HAL
open science

Recherche action PERL : visites à domicile réalisées par des puéricultrices de PMI pour accompagner les familles et soutenir les interactions précoces : de la conception à la mise en place

Sophie Buchheit

To cite this version:

Sophie Buchheit. Recherche action PERL : visites à domicile réalisées par des puéricultrices de PMI pour accompagner les familles et soutenir les interactions précoces : de la conception à la mise en place. Psychologie. Université de Lorraine, 2021. Français. NNT : 2021LORR0242 . tel-03594468

HAL Id: tel-03594468

https://hal.univ-lorraine.fr/tel-03594468v1

Submitted on 2 Mar 2022

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITÉ DE LORRAINE

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4
Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10
http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php
http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm

Ecole Doctorale SLTC (Sociétés, Langages, Temps, Connaissances)
Laboratoire INTERPSY, EA 4432

Thèse

Présentée et soutenue publiquement pour l'obtention du titre de

DOCTEUR DE L'UNIVERSITE DE LORRAINE

Mention « Psychologie »

Par Sophie BUCHHEIT

Recherche action PERL : visites à domicile réalisées par des puéricultrices de PMI pour accompagner les familles et soutenir les interactions précoces
De la conception à la mise en place

Soutenue le mercredi 20 Octobre 2021

Membres du jury :

Rapporteur : Monsieur Thomas SAÏAS, Professeur de psychologie, Université du Québec A Montréal, Montréal

Rapporteur : Madame Jacqueline WENDLAND, Professeure de psychologie, Université Paris Descartes, Paris V

Examinateur : Monsieur Antoine GUEDENEY, Professeur émérite de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, Université Denis Diderot, Paris VII

Directeur de thèse : Monsieur Bernard KABUTH, Professeur de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, Université de Lorraine, Nancy

Co-directrice de thèse : Madame Fabienne LIGIER, Pédopsychiatre, MCU-HDR, Université de Lorraine, Nancy

EA 4432, Laboratoire INTERPSY, axe PRISME, Université de Lorraine
Campus Lettres et Sciences Humaines et Sociales, 23, Bd Albert 1er, 54015 Nancy, France

REMERCIEMENTS

Je tiens à exprimer ma plus vive gratitude au Professeur Bernard Kabuth, mon directeur de thèse et chef de pôle pour m'avoir proposé de coordonner cette recherche action, et offert l'opportunité de réaliser une thèse de doctorat. Merci également pour votre soutien, vos encouragements, vos conseils et votre accompagnement bienveillant tout au long de ce travail, qui se poursuivra encore quelque temps.

Je remercie vivement le docteure Fabienne Ligier, ma co-directrice de thèse, pour sa disponibilité constante et sans faille, son soutien, ses encouragements et sa bienveillance. Tu m'as guidée, aidée et supervisée et la concrétisation de notre travail a donné lieu à cette thèse et à l'élaboration de notre échelle PIM13, entre autre.

Merci au Professeur Antoine Guedeney pour ses conseils bienveillants, pour avoir accepté de faire partie de mon comité de suivi de thèse puis de mon jury. Votre bienveillance et vos conseils avisés m'ont permis de poursuivre mon travail sur la voie qui me correspondait.

Je remercie le professeure Jaqueline Wendland et le professeur Thomas Saïas, de me faire l'honneur de leur présence pour évaluer et discuter mon travail de thèse. Merci également pour nos échanges concernant le vaste domaine de la prévention primaire en périnatalité.

Merci à toute l'équipe des puéricultrices de PMI : Bernadette Poupart, Nadine Maur, Valérie Cadario, Maud Serriere, Béatrice Peltre, Julie Gley, Elise Roussel, Myriam Cheminot, Emilie Berger, Céline Didier, Carole Briancon, Sophie Lechêne-Aubel, Patricia Dalstein, Gaëlle Cuvelier, Elodie Lamaze et Béatrice Sausse. Je sais combien la mise en place de ce dispositif a pu être coûteuse pour vous. Malgré tout, vous avez décidé de poursuivre l'aventure à mes côtés, donc merci pour votre implication et pour nos nombreux échanges.

Merci à Séverine Dehe qui a coordonné la recherche sur le territoire. Tu as été un véritable soutien quant à la possibilité de mettre en place cette action auprès de l'équipe. Merci également à Amélie Crapsky, pour ton aide et tout ce temps consacré au travail en background.

Merci au Docteure Marie-Christine Colombo, pour avoir tant œuvré pour mettre en place le dispositif PERL au sein du Conseil Départemental et du territoire, et au Docteure Marianne Boccard.

Merci aux membres du COPIL PERL pour nos nombreux échanges concernant cette recherche et sa mise en place : Boukhetaia Lydia, Yasmine Belarbi, Docteure Stéphanie Saad-Saint Gilles, Isabelle Thiebaut, Séverine Dehe, Docteure Stéphanie Remilleux, Docteure Cécile Garrigues, Sylvie Brice, Docteure Odile Dejong, Jeanne Chatry-Gasquet, Joëlle Kivits, Charlotte Decroix, Professeur Claude Demogeot, Martine Leclerc, Elise Fidry, Professeur Daniel Sibertin-Blanc et Alexis Jac. Merci également à Tatiana Dabrowski, notamment pour son apport méthodologique concernant les liens protocole PERL et CPP.

Je remercie également toutes les familles et leurs enfants qui ont accepté de participer à cette recherche et qui s'y sont activement impliquées.

Merci à Charlotte Decroix, de collègue tu es devenue une amie, qui a toujours répondu présente pour me soutenir, me rebooster dans les moments de doute, sans pour autant perdre ton esprit d'analyse me permettant d'avancer dans mon cheminement réflexif concernant cette thèse et cette recherche.

Je remercie mes collègues qui ont accepté de m'aider dans cette recherche : Céline Fernandes, Virginie No et Laurence Hilselberger (pour la cotation des vidéos ADBB, notamment) et à Rachel Joseph-Geiger, Claire Genin, et Laura Sternberger pour avoir accepté mes absences sur l'unité, pour vos encouragements, nos échanges toujours riches, constructifs et authentiques, votre soutien et votre bienveillance. Le travail et les moments passés à vos côtés sur l'unité étaient une bouffée d'oxygène. Merci également à Coline Lombard de ton aide pour la passation et cotation des tests de Brazelton et Dominique Labriet pour avoir accepté de nous superviser durant ces deux années.

Merci à Alex Toreilles pour avoir traité une partie de nos données recueillies issues de nos entretiens avec les mamans de la recherche.

Merci à mes meilleures amies Anne, Sophie et Julia, ainsi qu'à Gabriel, pour être présent(e)s à mes côtés depuis plus de 34 ans et ce parfois malgré la distance, pour tout ce que notre relation

m’a apportée et pour votre présence. Nos liens sont la preuve que l’attachement est le fruit d’une relation de confiance qui se tisse et du sentiment de sécurité qu’elle procure. Les amis sont la famille que l’on se choisit.

Merci à mon père qui m’a transmis la valeur du travail et le goût de l’indépendance.

Je remercie ma mère, ma grand-mère et ma tante pour avoir toujours cru en moi, m’avoir encouragée et épaulée, pour votre soutien sans faille, votre présence et votre confiance. C’est un peu de ce que vous m’avez transmis qui se retrouve dans cette thèse. Je vous suis également reconnaissante maman et tatie d’avoir relu attentivement ce travail et à mamie pour tout ce qu’elle m’a transmis. Papi et mamilie, vous êtes dans mes pensées.

Merci à mon conjoint Moussa, pour m’avoir toujours encouragé dans mes nouveaux projets et avoir cru en moi, même dans les moments de doutes au cours de ce travail.

Enfin, un grand merci à ma fille Ines, ma petite merveille, d’être cette petite fille si douce, gentille, attentionnée et coquine dont je suis si fière. Tu as accepté mes indisponibilités à certains moments de ce travail de thèse et je t’en remercie. Merci pour ce bonheur au quotidien à tes côtés, tu fais de moi une maman comblée.

SOMMAIRE

ABREVIATIONS **10**

VALORISATION SCIENTIFIQUE DE CE TRAVAIL DE THESE **11**

INTRODUCTION **15**

1 IL ETAIT UNE FOIS PERL… **16**

2 DEMARCHE SCIENTIFIQUE **18**

REVUE DE LITTERATURE **21**

QUELLE PREVENTION PRIMAIRE EN PERINATALITE ? **23**

1 LA PREVENTION EN PERINATALITE **23**

1.1 DEFINITION DE LA PREVENTION 23

1.2 PREVENTION ET PROMOTION EN SANTE MENTALE 24

1.3 L'EVOLUTION DE LA PREVENTION VERS LA PERINATALITE 24

1.4 LA PREVENTION PERINATALE 25

1.4.1 Pourquoi la prévention dès la période périnatale *26*

1.4.2 La prévention en prénatal *28*

1.4.3 La prévention en postnatale *28*

1.4.4 Les enjeux de la prévention sur le développement de l'enfant *29*

1.5 ENJEUX FINANCIERS DE LA PREVENTION 30

1.6 PROGRAMMES D'INTERVENTION DE PREVENTION PRECOCE INTERNATIONAUX 32

1.7 PREVENTION ET PMI 34

1.7.1 Missions de la PMI *35*

1.7.2 PMI et partenariat avec la pédopsychiatrie *36*

1.7.3 PMI, prévention et recherche *38*

1.7.4 La formation des puéricultrices *38*

2 LES VISITES A DOMICILE ET INTERVENTIONS PRECOCES **40**

2.1 POURQUOI LE DOMICILE ? 40

2.2 PRINCIPAUX PROGRAMMES D'INTERVENTION PRECOCES INTERNATIONAUX PORTANT SUR LES VAD 42

2.3 INTERVENTIONS PRECOCES ET VAD EN FRANCE 48

2.3.1 VAD réalisées par des psychologues *49*

2.3.2 VAD réalisées par des puéricultrices *51*

ELEMENTS FONDAMENTAUX D'UN DISPOSITIF DE PREVENTION PRIMAIRE EN PERINATALITE **54**

3 LA SUPERVISION : PREREQUIS POUR UNE RELATION SECURE SUPERVISEUR-PUERICULTRICES **55**

3.1 DEFINITION 55
3.2 LA SUPERVISION ET LES VAD 56
3.3 LES RESONANCES 56
3.4 IMPORTANCE DE LA VERBALISATION DES AFFECTS 58
3.5 LA SUPERVISION ET L'ATTACHEMENT 59

4 LA FORMATION DES PROFESSIONNELS 61

4.1 PREREQUIS POUR UNE RELATION SECURE PUERICULTRICE-PARENT EN VAD 61
4.1.1 Positionnement de la puéricultrice lors de la VAD 61
4.1.1.1 L'affiliation 62
4.1.1.2 L'authenticité 62
4.1.1.3 La bienveillance et venue inconditionnelle 63
4.1.1.4 L'empathie 64
4.1.1.5 La vision positive des situations 64
4.1.1.6 Le non-jugement 67
4.1.1.7 La valorisation des compétences parentales 68
4.1.1.8 La non-directivité 70
4.1.1.9 Recueil des émotions négatives 70
4.1.1.10 Le moment présent 71
4.1.1.11 La guidance développementale 72
4.1.1.12 Etablir une relation de qualité 74
4.1.1.13 Leviers et mécanismes du changement 77
4.1.2 La relation puéricultrice-parent 79
4.1.2.1 L'alliance thérapeutique 79
4.1.2.2 L'alliance thérapeutique avec le bébé 81
4.1.2.3 L'attachement puéricultrice-maman 82
4.1.2.4 Le professionnel comme base de sécurité provisoire 85
4.1.2.5 La puéricultrice, thérapeute ? 87
4.1.2.6 Le traitement thérapeutique de la relation 88
4.1.3 Contenu des VAD 89
4.1.3.1 Le soutien parental 89
4.1.3.2 L'observation du bébé 90
4.1.3.3 L'interaction au travers du jeu 92
4.2 PREREQUIS POUR SOUTENIR LES INTERACTIONS PRECOCES PARENT-ENFANT 97
4.2.1 La parentalité 99
4.2.2 La qualité des interactions précoces 100
4.2.3 La sensibilité maternelle 100
4.2.4 Théorie de l'attachement et théorie systémique 101
4.2.5 Transmission intergénérationnelle 106
4.3 LES AXES DE PREVENTION 107

QUESTION DE RECHERCHE **109**

PROTOCOLE PERL **111**

1 D'APRES CES CONSTATS…. D'INTERREG A PERL **111**

2 ASPECTS REGLEMENTAIRES **113**

2.1 AGENCE NATIONALE DE SECURITE DU MEDICAMENT ET DES PRODUITS DE SANTE (L'ANSM) 113

2.2 LE COMITE DE PROTECTION DES PERSONNES (CPP) 113

2.3 COMMISSION NATIONALE INFORMATIQUE ET LIBERTES (CNIL) 113

2.4 COMITE SCIENTIFIQUE DE LA RECHERCHE 114

3 OBJECTIFS **115**

4 POPULATION **116**

4.1 DETERMINATION DE LA TAILLE DE L'ECHANTILLON 116

4.2 CARACTERISTIQUES DU TERRITOIRE 117

4.3 CARACTERISTIQUES DE L'ECHANTILLON 120

5 MODALITES DE RECRUTEMENT DES FAMILLES **122**

5.1 COURRIER SYSTEMATIQUE 122

5.2 RANDOMISATION 122

5.3 RYTHME DES INCLUSIONS 123

5.4 PREMIERE INFORMATION PAR COURRIER 124

5.5 PREMIERE RENCONTRE : INFORMATIONS 124

6 L'ACCOMPAGNEMENT PERL **126**

6.1 ACCOMPAGNEMENT DES FAMILLES 126

6.1.1 Pour les familles du groupe intervention *129*

6.1.2 Pour les familles du groupe témoin *129*

6.1.3 Pour les familles des groupes témoin et intervention *129*

6.2 L'ACCOMPAGNEMENT DES PROFESSIONNELS 130

6.2.1 Formation initiale *131*

6.2.2 Supervision *132*

6.2.3 Formation continue *133*

6.2.4 Journées de travail et d'échanges *134*

6.2.5 Intégration des puéricultrices dans le dispositif *135*

7 OUTILS D'EVALUATIONS **136**

7.1 LE DEVELOPPEMENT DU BEBE 141

7.1.1 Brazelton *141*

7.1.2 BLR *141*

7.1.3 BITSEA ... 142
7.1.4 ERTL 4 ... 142
7.1.5 GED ... 143
7.2 RETRAIT RELATIONNEL : L'ADBB ... 144
7.3 LES INTERACTIONS PRECOCES : CONSTRUCTION D'UNE ECHELLE D'EVALUATION DES INTERACTIONS PRECOCES PIM-13 .. 145
7.4 LA DEPRESSION POSTNATALE ... 149
7.4.1 L'EPDS ... 149
7.4.2 La BDI ... 150
7.5 SEMIOLOGIE PSYCHIATRIQUE MATERNELLE : SCL-90R ... 150
7.6 LES REPRESENTATIONS PARENTALES : L'ERP ... 151
7.7 L'ALLIANCE DE TRAVAIL : LA WAI ... 152
7.8 LE VECU DE L'INTERVENTION DES FAMILLES ... 153
8 HYPOTHESES DE TRAVAIL ... 154
9 ANALYSE DES DONNEES ... 155
9.1 ANALYSE DESCRIPTIVE ... 155
9.2 ANALYSE COMPARATIVE ... 155
9.3 ANALYSE DE CORRELATION ... 156
9.4 EVALUATION LONGITUDINALE ... 156
9.5 ANALYSE DES PROCESSUS ET MECANISMES PAR LE CESP ... 156
RESULTATS PRELIMINAIRES ET DISCUSSION ... 159
1 ANALYSE DE LA POPULATION ... 159
1.1 CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION AYANT REFUSE DE PARTICIPER A PERL ... 161
1.2 CARACTERISTIQUES DES PERSONNES AYANT REFUSE DE PARTICIPER A LA RECHERCHE SUITE A LA PRESENTATION EN VAD. 161
1.3 TAUX D'ACCEPTATION ... 162
1.4 ETAT DU RECRUTEMENT ET DE LA POPULATION ... 162
1.5 SORTIES ET MOTIFS : ABANDONS ... 163
1.6 DESCRIPTION DE L'ECHANTILLON PERL ... 165
1.7 DONNEES RECUEILLIES DANS L'ETUDE ET NON TRAITEES DANS LE CADRE DE CETTE THESE ... 169
1.8 RESULTATS AUX ECHELLES ... 170
1.8.1 Brazelton ... 170
1.8.2 EPDS ... 171
1.8.3 SCL-90R ... 172
2 LES ENJEUX ET CRITERES DE REUSSITE DE LA MISE EN PLACE DU DISPOSITIF ... 173
2.1 LES FAMILLES ... 173
2.1.1 Une analyse qualitative du discours ... 174

2.1.2 D'après les puéricultrices ... *181*
2.1.3 Qu'en est-il pour le groupe témoin ? ... *182*
2.2 LES PROFESSIONNELLES ... 183
2.2.1 Les questionnements émergents ... *183*
2.2.2 L'appropriation du cadre, du protocole et de la démarche de recherche ... *190*
2.2.3 Apports et limites du dispositif PERL : point de vue des puéricultrices ... *194*
2.3 LE PARTENARIAT INSTITUTIONNEL ... 198
2.3.1 D'une grande richesse… ... *198*
2.3.2 … et d'une complexité indéniable ... *201*
2.4 LA QUESTION D'UN REFERENTIEL PRECIS ET DETAILLE POUR LES PROFESSIONNELLES DE PMI ... 202
3 DIFFICULTES RENCONTREES ET ADAPTATION NECESSAIRE ... 205
3.1 EVOLUTION DE LA PMI, REMANIEMENTS ET DIFFICULTES A LA MISE EN PLACE D'UN NOUVEAU PROJET ... 205
3.2 FORMATION DES PUERICULTRICES ... 207
3.3 SUPERVISION ... 208
3.4 LES ETAPES DE MODIFICATION DU PROTOCOLE PERL ... 209
3.5 LE CHOIX DES OUTILS ... 214
3.6 COVID-19 ... 214
3.6.1 COVID-19 et dispositif PERL ... *214*
3.6.2 COVID-19 et relations familiales ... *216*
CONCLUSION ... 219
PERSPECTIVES ... 221
1 L'EVALUATION QUANTITATIVE DU PROJET PERL ... 221
2 UN PARTENARIAT A RENFORCER ET PERENNISER ... 221
3 PLACE DU PERE ... 223
4 PROPOSITION D'UN DISPOSITIF DE PREVENTION PRIMAIRE EN PERINATALITE ... 224
4.1 DEFINIR UNE DEMARCHE D'UNIVERSALISME…PROPORTIONNEE ... 224
4.2 QUEL DISPOSITIF PROPOSER AUX PMI POUR REALISER DE LA PREVENTION PRIMAIRE EN PERINATALITE ? ... 225
4.3 POURQUOI PROPOSER 6 VAD SYSTEMATIQUES ? ... 226
BIBLIOGRAPHIE ... 228
ANNEXES ... 246

ABREVIATIONS

ASE : Aide Sociale à l'Enfance

CAF : Caisse d'Allocations Familiales

CD : Conseil Départemental

CESP : Centre d'Expertise en Santé Publique

CMP : Centre Médico-Psychologique

COPIL : COmité de PILotage

COTEC : COmité TEChnique

CPN : Centre Psychothérapique de Nancy

CPP : Comité de Protection des Personnes

DPN : Dépression PostNatale

ERP : Entretien sur les Représentations Parentales

FA : Figure d'Attachement

IP : Information Préoccupante

ISS : Inégalités Sociales de Santé

MIO : Modèle Interne opérant

PERL : Petite Enfance Recherche action en Lorraine

PIM-13 : Parent-Infant, early Interactions Measure 13 items

PMI : Protection Maternelle et Infantile

PPGP : Petit Pas Grand Pas

PSYCOR : PSYchologue COoRdinatrice **(Sophie Buchheit)**

UNIC : UNité d'Investigation et de recherche Clinique

VAD : Visites A Domicile

VALORISATION SCIENTIFIQUE DE CE TRAVAIL DE THESE

Publications :

- Lunévillois : développement de l'enfant et accompagnement à domicile. Article publié dans la revue « La santé en action » en mars 2019, N°447.

- PERL : accompagnement à domicile et développement de l'enfant. Article publié dans la revue « Les cahiers de la puéricultrices » en novembre 2020, N°341.

- Child development and early interaction: PERL research protocol, a preventive home visiting program, randomized controlled trial in France**.** Article publié dans la revue « Frontiers in Psychiatry » en juin 2021.

Poster :

Présentation de la recherche PERL. Poster réalisé en juin 2018 pour l'inauguration de l'UNIC.

Communications orales :

- 06.07.2017

« PERL : une recherche action innovante en petite enfance dans le Lunévillois »

Matinée d'échanges scientifiques rassemblant les chercheurs du CHU de Nancy, du CPN et d'une équipe de chercheurs de Chicago « De chicago à Nancy : échanges autour de projets de recherche en psychiatrie ». Co-auteur : Elise Fidry. Organisé par le CPN, à Laxou.

-26.06.2018

Présentation du poster PERL lors de l'inauguration de l'UNIC, organisé par le CPN, à Laxou

- 06.11.2018

« PERL : Petite Enfance Rechercher-action dans le Lunévillois. Prévenir en périnatalité par l'association et la modification des pratiques inter-institutionnelles »

Communication réalisée lors de la 2ème rencontre annuelle du département de promotion de la santé mentale et de prévention du Centre Psychothérapique de Nancy « Promotion de la santé mentale "définitions et expériences" », co-auteur : Marie-Christine Colombo. Organisée par le CPN à Villers-les-Nancy.

- 06.06.2019

« Les enseignements du programme PERL : Petite Enfance, Recherche-action dans le Lunévillois"

Communication réalisée lors des rencontres de santé publique France 2019 portant sur les interventions efficaces de prévention précoce à domicile : "atouts et contraintes de la PMI". Co-auteur : Charlotte Decroix, Myriam Cheminot. Organisé par Santé publique France, à Paris.

- 10.10.2019

« Présentation de la recherche-action PERL »

Journée des 20 ans du réseau de prévention et de promotion de la santé mentale du Lunévillois, à destination des partenaires du réseau, à Lunéville.

- 27.09.2019

« Description et bilan de l'expérience Petite Enfance Recherche dans le Lunévillois »

Communication réalisés pour la table ronde organisée par l'ARS Grand-est en présence du délégué ministériel à la santé mentale et à la psychiatrie, Pr Franck Bellivier, à Nancy.

- 15.11.2019

« Accompagner la parentalité et les professionnels de la petite enfance »

Séminaire « Prévenir, soigner, accompagner : regards croisés », organisé par l'axe PRISME du laboratoire INTERPSY de l'Université de Lorraine, à Nancy.

- 19.11.19

« Projet PERL : état d'avancement »

Journée PMI organisée par le conseil départemental de Meurthe-et-Moselle à Jarville-la-Malgrange.

- 19.01.2021

« PERL : recherche action de prévention primaire et pluriprofessionnelle en périnatalité »

Séminaire organisé par l'axe PRISME du laboratoire INTERPSY « Soins primaires, pluriprofessionnalité, Innovation », Université de Lorraine, à Nancy.

- 04.06.2021

« Recherche-action PERL : un dispositif de prévention primaire en périnatalité pour accompagner les familles et soutenir les interactions précoces parents-enfants »

Colloque « sacrés liens », atelier thématique : Protection de l'enfance et protection des liens, organisé par la SFPEADA, à Reims.

- 17.06.2021

« PERL : Petite Enfance Recherche action en Lorraine, comment prévenir les retards de développement du jeune enfant par les visites à domicile de puéricultrices de PMI »

Journées Nationales d'Etudes organisées par l'ANPDE, à Paris.

Un développement optimal ne peut survenir qu'au sein d'une relation et que chaque relation se développe et évolue au sein d'un contexte environnemental.

Fraiberg et ses collègues du Michigan

INTRODUCTION

L'attachement… Les relations précoces entre une maman et son bébé… Le portage... L'accordage… La synchronie dyadique... Autant de concepts théoriques essentiels qui se développent et qui sont principalement en jeu lorsqu'une maman et son bébé se rencontrent, se découvrent et s'apprivoisent durant les premiers mois de leur vie commune.
Ce travail de thèse s'appuiera sur les capacités qu'ont les mamans et leurs enfants à pouvoir tisser des liens ensemble, si forts et fragiles soient-ils, dans le partage.

« Le bébé peut-être rédempteur, celui qui permet un deuxième souffle aux ambitions blessées des parents, celui qui promet une relation d'amour parfait, telle qu'on la rêvait. Il peut être ce personnage idéal qui comble les failles, cet autre nous-même, partenaire de complicités qui se passent de mots. Mais il peut tout autant être le porteur de la désillusion parce qu'il est ce double de nous-même que nous méprisons, ou la réincarnation d'un parent qu'on déteste, ou encore parce qu'il porte dans sa chair la marque du défaut ou de l'échec, du fait de son apparence, de son sexe, ou d'une maladie », Cramer (Cramer, 1993).

Les grandes théories du développement s'accordent toutes à défendre la notion selon laquelle la qualité des expériences réalisées durant la petite enfance affectent profondément le devenir de l'individu.

1 IL ETAIT UNE FOIS PERL…

Pour débuter notre propos concernant cette thèse, il est important de revenir sur son origine.
PERL fait suite à la recherche INTERREG (Fidry, Claudon, et al., 2014; Fidry, Sibertin-Blanc, et al., 2014), réalisée de 2010 à 2014 sur le territoire du Lunévillois et plus particulièrement les trois cantons de la partie la plus rurale du territoire. Cette recherche a été menée par une psychologue clinicienne, Elise Fidry, et portée par l'INTERREGion : Lorraine, Luxembourg, Belgique, Allemagne. Elle portait sur le suivi de familles, à domicile, réalisé par une psychologue durant les deux premières années de vie de l'enfant (dont les modalités seront détaillées par la suite). Cette recherche a donné lieu à une thèse d'université en 2015 (Fidry, 2015). Suite à ce travail, le Centre Psychothérapique de Nancy (avec le Professeur Kabuth, Professeur Sibertin-Blanc, Professeur Demogeot, Leclerc et Fidry) ainsi que le Conseil Départemental et plus particulièrement le service de Protection Maternelle et Infantile (PMI) (Docteures Colombo et Boccard) se sont réunis afin d'envisager une suite à donner à ces résultats prometteurs. Il a été décidé de poursuivre l'action mise en place mais en la réimplantant et l'intégrant dans les pratiques existantes de PMI, dont la mission principale repose sur la prévention. En effet, ce service étant un service public, universel, ayant à sa disposition des personnels formés en petite enfance, cette mission entre tout particulièrement dans leur champ d'action.
C'est pourquoi, un COmité de PILotage (COPIL) s'est mis en place, réunissant le Centre Psychothérapique de Nancy (CPN), le Conseil Départemental (CD) incluant le service de PMI, l'Agence Régionale de Santé (ARS) Grand-Est et la Caisse d'Allocation Familiale (CAF), afin de pouvoir réfléchir et organiser la poursuite de l'action INTERREG.
Le projet élaboré par le COPIL consistait à reprendre les modalités d'intervention de la recherche INTERREG : modèle opérationnel, rythmicité des Visites A Domicile (VAD), formation des puéricultrices sur le modèle théorique utilisé lors des VAD INTERREG, outils d'évaluation et périodes d'évaluation, constitution du panel de recrutement, modalités de communication aux familles…, mais réalisé par des puéricultrices de PMI.

C'est dans ce contexte que le poste de coordinatrice de la recherche m'a été proposé ainsi que la possibilité d'effectuer un travail de thèse sur cette recherche à 80%, ce qui s'est révélé être une grande chance. En tant que psychologue clinicienne, la théorie de l'attachement et les thérapies familiales et systémiques ont toujours été les références théoriques qui ont guidé ma

pratique. L'étude des liens, des relations, des interactions et de leurs conséquences sur le fonctionnement de l'individu et du système m'a toujours passionnée. Il m'a donc paru tout naturel d'orienter mon sujet de thèse sur ces liens qui nous permettent d'être ce que nous sommes. Comme le spécifient beaucoup d'attachementistes « étudier l'attachement dans l'ensemble du système familial devient indispensable », Tereno (Guedeney & Guedeney, 2016).

A partir de cet instant, nous avons pu réfléchir communément sur les futures modalités de mise en place de la recherche PERL, tout en s'inscrivant dans la continuité du modèle INTERREG. Des modifications ont été apportées pour construire ce nouveau dispositif et un nouveau protocole a été élaboré (détaillé dans le chapitre « Protocole PERL), différent par quelques aspects du modèle précédent, tout en conservant certains éléments fondamentaux du dispositif INTERREG.

Ce protocole a ensuite été soumis à un Comité de Protection de Personnes (CPP), à la Commission Nationale d'Informatique et des Libertés (CNIL). Il a été enregistré au fichier de l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament (ANSM) et sur le site ClinicalTrials.

Cette recherche a par ailleurs été portée par l'UNité de recherche et d'Investigation Clinique du CPN (UNIC), le CPN ayant accepté d'être le promoteur de cette recherche.

Au cours de ce travail de recherche j'ai occupé plusieurs fonctions en tant que :
- Psychologue coordinatrice du projet (promotion de PERL, liens avec les partenaires, gestion administrative du projet),
- Doctorante menant la recherche avec tous ses aspects : la conception du protocole, le recrutement des familles et les VAD de recrutement, les évaluations, la collecte des données et l'analyse des résultats (avec l'aide d'une équipe formée afin de garantir le double aveugle pour certains tests) et la création d'une échelle.

2 DEMARCHE SCIENTIFIQUE

Nous souhaitons, dans ce travail, démontrer l'importance des liens et de la qualité des interactions dans la relation d'aide. Comment notre relation aux usagers, aux patients, aux personnes que nous côtoyons, peut-elle influencer leur évolution ? Comment, par le biais de cette relation, peut-on avoir un impact sur la dynamique d'une équipe ? Sur la mise en place d'une recherche action et sur la réussite de celle-ci ? Les interactions auront-elles un impact, par ricochet, sur la qualité des interactions entre la maman et son bébé ? La qualité de la relation et des interactions qui nous lient aura nécessairement un impact sur notre manière d'être, de nous comporter et d'interagir ensemble.

Dans cette thèse, nous détaillerons le processus d'implantation d'un dispositif de recherche au sein d'une structure du CD, avec des professionnelles de PMI déjà spécialisées en petite enfance et disposant de nombreuses années de pratique. Comment mettre un tel dispositif en place ? Quelle formation organiser ? Quelles étapes doivent être mises en place en amont ? Quels professionnels associer à la réflexion sur le déploiement d'un tel dispositif ? Quel impact ce dispositif aura-t-il sur les pratiques de ces professionnels ? Nous verrons également comment cet accompagnement est vécu par les familles.

Nous avons souhaité organiser notre revue de littérature en deux grandes parties :

- La première définira la prévention primaire en périnatalité et comment la mettre en place,
- La seconde exposera les éléments fondamentaux d'un dispositif de prévention en périnatalité.

Le contenu de cette revue de littérature nous a servi de trame pour la formation des puéricultrices participant à la recherche PERL.

Dans la première partie, nous démontrerons à partir d'une revue de littérature l'importance de la prévention en périnatalité et son évolution, les dispositifs axés sur la prévention, et pourquoi la PMI est au cœur de cette prévention primaire.

Nous présenterons la prévention primaire au travers des VAD, un moyen privilégié d'aller vers les familles et les nombreux dispositifs existants ayant prouvé leur efficacité.

Dans la seconde partie de la revue de littérature, nous évoquerons les éléments cruciaux à intégrer dans un dispositif de prévention primaire en périnatalité : la supervision et la formation des équipes. Nous expliciterons l'importance de la supervision en la définissant, développant ses concepts et modalités et en mettant l'accent sur la nécessité d'établir une relation suffisamment sécure superviseur-professionnel.

Nous détaillerons ce qui nous paraît important comme notions à développer dans le cadre de la formation des professionnels intervenant en prévention primaire : les prérequis pour établir une relation sécure puéricultrice-parent lors des VAD, en évoquant le positionnement de la puéricultrice, l'importance de la relation puéricultrice-parent et le contenu des VAD que nous avons souhaité mettre en place dans ce dispositif.
Nous expliciterons ensuite les prérequis nécessaires pour soutenir les interactions précoces parent-enfant, en développant quelques concepts clés comme la parentalité, l'importance de la qualité des interactions précoces, la sensibilité maternelle, et le lien avec la transmission intergénérationnelle. Enfin, nous citerons les aspects sur lesquels nous souhaitons avoir un impact en prévention primaire en périnatalité : la dépression postnatale, les troubles de l'attachement et le retrait relationnel du bébé.

Suite à cette revue de littérature, nous expliciterons notre question de recherche.

Dans la seconde partie de cette thèse, nous détaillerons le protocole PERL, les aspects règlementaires propres à toute recherche-action. Nous expliciterons les objectifs de notre projet à savoir, un accompagnement des familles, mais également des professionnels, et l'impact attendu de cet accompagnement sur le développement de l'enfant et la qualité des interactions précoces parent-enfant. Nous détaillerons le choix de notre population d'étude, en population générale, et ses modalités de recrutement, les outils d'évaluation et les hypothèses de travail sur lesquelles repose notre protocole. Nous présenterons les analyses qui seront à réaliser pour mesurer les hypothèses de travail autour de l'impact du dispositif.

Dans une troisième partie, nous présenterons notre population de recherche et une analyse des caractéristiques de l'échantillon. Nous exposerons les analyses préliminaires des mesures effectuées et discuterons ces résultats. Il nous paraissait également important de faire figurer dans ce manuscrit les limites de la mise en place d'un dispositif de recherche-action et les difficultés rencontrées afin d'avoir de possibles axes d'amélioration à prendre en compte pour les prochains dispositifs.

Enfin, nous exposerons nos conclusions de ce travail de thèse en définissant les modalités efficientes d'un dispositif qui permettent de faire de la prévention auprès de la population. Puis nous présenterons les perspectives de notre travail, notamment par la proposition d'un dispositif

de prévention primaire universelle, proportionnée et systématisée en lien avec les services de PMI français.

Notre conviction profonde est que les relations humaines sont un tremplin pour notre propre évolution, en tant qu'individu, mais également en terme de connaissances, de compétences, de connaissance de soi, de ses besoins ses envies et ses limites. Nous avons toujours à apprendre des autres, des personnes qui jalonnent notre chemin, au gré des rencontres, toujours à s'enrichir des relations et interactions que nous tissons avec ces personnes.
Ainsi, nous avons trouvé ce travail de/en collaboration avec les puéricultrices, les familles, mais également les partenaires et autres professionnels côtoyés au cours de cette recherche particulièrement riche en rencontres et en relations humaines. C'est une aventure que nous avons tout particulièrement appréciée, de par la curiosité intellectuelle qu'elle a suscitée en nous, de la modification de posture que nous avons dû adopter, et donc de ce remaniement personnel qu'elle a provoqué. Mais également, et surtout, du fait de toutes les rencontres que cela nous a permis.

REVUE DE LITTERATURE

Pour lutter contre les Inégalités Sociales de Santé (ISS), priorité de la politique de santé en France (Ministère des solidarités et de la santé, 2017), la petite enfance est une période clef. Dans ce cadre, l'accompagnement à la parentalité est reconnu comme un levier potentiellement efficace (Barlow et al., 2011, 2012; Bryanton et al., 2013; Gama e Colombo, 2010; Guyer et al., 2009; Shonkoff et al., 2009) et les actions d'accompagnement à la parentalité sont promues. Toutes les politiques de santé publique s'accordent donc à mettre l'accent sur la prévention primaire. Le projet gouvernemental prévoit pour cela :

- D'allouer des moyens supplémentaires aux PMI, provenant de l'Etat, qui souhaite que la PMI revienne au cœur de la prévention.
- De mettre en place un entretien post-natal d'ici fin 2021, dans les 2 mois post-partum, pour davantage dépister la DPN.
- De créer des équipes mobiles supplémentaires en France, dont la modalité principale serait la VAD.

De plus, la stratégie nationale de prévention et protection de l'enfance encourage les puéricultrices à faire davantage de VAD.

M. Peyron spécifie dans son rapport (Peyron, 2019) « les services de PMI sont les acteurs adéquats pour la mise en œuvre d'un tel programme (PANJO). Mais cela nécessitera un soutien fort des pouvoirs publics ».

Enfin, le rapport des 1000 premiers jours met en avant l'importance de pouvoir bénéficier systématiquement d'un accompagnement à domicile « des VAD pour une intervention individualisée et graduée », et propose le fait que la PMI puisse être l'institution de coordination de la ville, de l'hôpital et de la psychiatrie/pédopsychiatrie (Ministère des solidarités et de la santé, 2020).

La circulaire de 1992 recommandait que les actions de prévention et de soin en faveur des nourrissons et des parents se développent et se diversifient sous forme d'offres et non pas uniquement dans l'attente d'une demande de soin. Il s'agit donc d'aller au-devant des familles, ce qui a été à nouveau souligné lors de la circulaire de 2020.

En France, les VAD périnatales sont essentiellement effectuées par les puéricultrices de PMI qui se retrouvent alors souvent seules, confrontées aux problématiques de certaines familles, pour lesquelles elles n'ont pas été formées. De plus, le cadre et la charge de travail des

puéricultrices rendent souvent difficile la réalisation des VAD répétées et prévisibles sur du long terme. Le soutien psychologique fait également partie des missions de la PMI mais reste inhabituel et vite déstabilisant pour une puéricultrice, surtout lorsqu'elle se trouve confrontée à de véritables souffrances psychiques et sans supervision (Le Foll & Guedeney, 2014). Le travail en partenariat et pluriprofessionnel paraît donc indispensable.

QUELLE PREVENTION PRIMAIRE EN PERINATALITE ?

1 LA PREVENTION EN PERINATALITE

Les relations familiales et sociales sont les premiers cercles qui permettent à l'enfant de se construire. Les parents sont les principaux acteurs du développement de l'enfant. Ils procurent à l'enfant des conditions favorables pour sa santé et son autonomie.

De nombreux acteurs indiquent des pertes de repères pour certains parents (l'alimentation, le sommeil, l'utilisation des nouvelles technologies, des comportements addictifs, les nouvelles méthodes éducatives…) et de ce fait, les interactions parents-enfants peuvent être mises à mal (stress, environnement défavorable…).

« Une action menée précocement auprès de l'enfant et de sa famille peut avoir un effet positif majeur, en particulier si elle permet aux parents de prendre confiance en leurs capacités à accompagner leur enfant sur le long terme. Soutenir la parentalité et accompagner les parents de manière positive représente donc un fort enjeu de santé publique pour réduire les ISS. C'est l'affaire de tous, parents, grands-parents et plus largement de l'ensemble des acteurs qu'ils soient du champ social, de l'éducation, de la santé ou autre » (ARS Grand-Est, 2018).

1.1 Définition de la prévention

La définition de la prévention donnée par l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) présente deux logiques : l'une préventive au sens strict, où une prévention qualifiée de primaire vise à « empêcher une chose fâcheuse de se produire » (définition le *Petit Robert*) ; l'autre, plutôt thérapeutique, où une prévention qualifiée de secondaire ou tertiaire vise à réduire le développement plus ou moins avancé d'une maladie, en organisant notamment son dépistage (Soulé & Noël, 1985). « Le travail préventif auprès des familles s'appuie sur trois principes clés : la précocité, la prise en considération des règles de l'hygiène mentale infantile et la transdisciplinarité » (Soulé et al., 1989).

1.2 Prévention et promotion en santé mentale

La notion de prévention regroupe deux domaines : la prévention en santé mentale et la promotion en santé mentale. La prévention en santé mentale a pour objectif de diminuer l'incidence d'un trouble, en éliminant ou réduisant les facteurs de risque. Elle s'adresse à la population générale ou à une population à risque et intervient avant l'apparition des symptômes. La promotion en santé mentale a pour objectif d'accroître le bien être personnel et collectif en développant les facteurs de résistance et les conditions favorables à la santé mentale. Elle s'adresse également à la population générale et peut intervenir tout au long de la vie. La prévention primaire en périnatalité regroupe donc ces 2 domaines (Suchocka & Kovess-Masféty, 2006).

La prévention consiste donc à intervenir le plus en amont possible des risques de mise en danger de l'enfant pour éviter qu'ils surviennent ou pour limiter leurs effets. Elle requiert une succession et une complémentarité des acteurs des différents champs (sanitaire, social, éducatif, économique), afin de favoriser le bon développement de l'enfant et de veiller à ce que ses besoins fondamentaux et ses droit soient respectés (Dupays et al., 2019).

1.3 L'évolution de la prévention vers la périnatalité

Les circulaires du secteur infanto-juvénile de 1972 (Ministère de la santé, 1972) évoquaient déjà la nécessité d'une intervention précoce, celle de 1990 (Ministère de la santé, 1990) précisait un certain nombre de modalités de développement de ces interventions précoces (coordination avec les services de soins annexes tels que la PMI…) et la nécessité de reconnaissance précoce des difficultés du nourrisson et de son entourage. Quant à celle de 1992 (Ministère de la santé, 1992) fixait comme priorité le soin aux adolescents et le soin dans la toute petite enfance. Il est alors évoqué de mettre en œuvre des actions de prévention primaire pour contribuer à l'amélioration des conditions de développement psychoaffectif et intellectuel des enfants. L'importance du travail en partenariat est mentionnée, notamment pour mener à bien les actions de prévention en « mettant à contribution des ressources disponibles en dehors du champ propre de la psychiatrie », par divers biais (formation initiale ou continue des partenaires, travail de liaison, supervisions…).

En 2003, le rapport Trouvé/Vienne/Marrot (Trouve et al., 2003) évoque la question de la prise en charge globale de la mère en période périnatale dans la promotion de la santé mentale du bébé et de l'enfant, et l'articule avec la place du soutien à la parentalité dans la politique familiale. La prévention commence donc davantage à prendre en compte l'environnement social et familial de l'enfant.
Le troisième plan périnatalité 2005-2007 propose un changement de la politique concernant la prise en charge des femmes enceintes et de l'accouchement. Il propose trois grandes priorités :
- Assurer la sécurité émotionnelle, médicale et sociale des femmes enceintes et de leur enfant ;
- Permettre une égalité d'accès à des soins adaptés ;
- Répondre aux différentes attentes des usagers.
On assiste à un nouvel élan : prévenir dès la grossesse et la naissance de l'enfant, en tenant compte de la dimension émotionnelle de la naissance et ses implications dans la dynamique familiale et individuelle pour chacun des parents.

Depuis la loi de 2007 (Loi réformant la protection de l'enfance, 2007), « la prévention ne s'organise plus exclusivement autour de la notion de maltraitance, mais est élargie aux notions de danger ou de risque de danger, ce qui la place dans le champ de toute une série de situations pouvant porter atteinte au bien-être de l'enfant ». Cette notion de risque de danger et d'altération du bien-être de l'enfant peut aller d'un contexte insécurisant pour l'enfant à de la négligence ou de la maltraitance (Dupays et al., 2019).

La stratégie nationale de santé 2018-2022 (Ministère des solidarités et de la santé, 2017) spécifie « compte tenu du risque de persistance des troubles psychiques à l'âge adulte et de leur incidence sur les apprentissages et, à terme, l'insertion professionnelle, il est indispensable d'organiser la prévention et le repérage précoce de ces troubles en particulier durant les périodes de la périnatalité et de la petite enfance ». Dans ce rapport, il est également mentionné que l'ensemble des politiques doit concourir à créer un environnement favorable à la parentalité et au développement de l'enfant.

1.4 La prévention périnatale

Pour les professionnels de la petite enfance, l'enjeu de la prévention ne repose pas uniquement sur le fait de se préoccuper de l'enfant, ce pour quoi ils ont été formés, mais de prendre en compte également la dyade, la relation entre la maman et son bébé, ainsi que la maman, la

femme devenue mère, avec son propre vécu. Cela nécessite parfois une remise en question de l'attitude de ces professionnels et de leurs compétences professionnelles (Molénat, 2009).

1.4.1 Pourquoi la prévention dès la période périnatale

Dans nos sociétés, « l'investissement » dans un individu en termes d'aide au développement et d'éducation est inversement proportionnel au mouvement de développement de son capital neuronal : c'est à la période de l'adolescence où le développement neuronal est réalisé qu'on dépense le plus en termes d'enseignement et d'éducation ; c'est pendant la grossesse et dans les premiers mois de la vie de l'enfant qu'on leur consacre le moins, alors que le développement neuronal, la synaptogénèse et la sélection synaptique sont en plein essor (Dugnat, 2012).

Le repérage et la prise en charge précoces dans le domaine de la psychiatrie des mineurs sont des priorités unanimement partagées et fondées. S'il n'existe pas de déterminisme avéré en matière de pathologies mentales, les professionnels insistent sur l'existence d'une possible continuité entre la présence d'un simple mal-être et l'apparition ultérieure d'un trouble psychiatrique. Au-delà d'une certaine durée et intensité, le risque existe cependant que le mal-être devienne pathologique, surtout s'il n'est pas pris en charge ou s'il l'est de manière inadéquate. Il est avéré que des troubles rencontrés au cours de la petite enfance peuvent réémerger au cours de l'adolescence, de la vie adulte ou de périodes de rupture (Amiel, 2017).
Selon l'OMS (2005) « une intervention précoce sur les enfants et leurs parents/familles peut réduire ou éliminer les manifestations de certains troubles mentaux et favoriser l'intégration des enfants dans la vie scolaire et les services de santé pour enfants, et ainsi éviter le besoin de services spécialisés intensifs ». Elle préconise donc également un travail autour de la prévention en santé mentale du nourrisson en tentant d'agir sur les facteurs de risques.
La méthode de « santé mentale du nourrisson » est définie comme « le traitement d'enfants de moins de deux ans et de leurs parents, au sein d'un environnement thérapeutique qui nourrit les relations précoces d'attachement et interrompt le cycle des soins nocifs ou négligents » (Fraiberg et al., 1975, 1980).
Les services de santé mentale du nourrisson offrent aux parents et aux nourrissons une opportunité d'établir et de maintenir une relation d'attachement saine, réduisant ainsi le risque de retards ou de troubles, et accroissant les chances de développement optimal dans la petite enfance et les premiers temps de la parentalité (Moralès-Huet, 1996; Weatherston, 2003).

La grossesse et/ou la naissance d'un enfant peuvent entraîner une aggravation de la pathologie préexistante ou un déclenchement d'une pathologie, notamment pour les pathologies psychotiques (où les parents peuvent se retrouver en situation d'être incapables de répondre de manière appropriée aux besoins de l'enfant) (Dupays et al., 2019). En effet, d'après une étude suédoise (Valdimarsdóttir et al., 2009), l'incidence des pathologies psychotiques augmente suite à la naissance d'un enfant et la moitié des patientes hospitalisées pour psychose n'avait aucun antécédent psychiatrique personnel.

Toute naissance entraîne un stress lié à la découverte des soins à prodiguer à un bébé dépendant et provoque chez les parents des réaménagements psychologiques pouvant entraîner des désorganisations psychiques graves, des perturbations des interactions parents-enfant précoces, et pouvant ainsi avoir des conséquences à long terme sur le développement des enfants (Dumaret, 2003).

La période périnatale est une période riche en remaniements et source de développement tant pour le parent que pour le bébé. Le remaniement sociétal actuel (séparations parentales, précarité, instabilité des liens familiaux, éloignement géographique familial, difficultés d'accès à l'emploi, crise sanitaire…) vient interroger la capacité de certains parents à offrir une sécurité affective au bébé dans un tel contexte.

Cette période, d'après mais aussi d'avant la naissance, se révèle des plus fécondes pour des interventions à vocation préventive. Par la fragilisation psychique qu'elle génère chez les parents, elle fait resurgir des problématiques enfouies. Elle permet de traiter à chaud la détermination psychique des attitudes des parents en explicitant leurs soubassements archaïques (Neyrand, 2004).

Si l'enfance et l'adolescence constituent des périodes de fragilité pour les familles confrontées aux mutations familiales et sociales, à l'augmentation des situations de vulnérabilité et de pauvreté, elles peuvent aussi constituer des périodes d'opportunité : « une action menée précocement auprès de l'enfant et sa famille peut avoir un effet positif majeur, en particulier si elle permet aux parents de prendre confiance dans leur capacité à accompagner leur enfant sur le long terme » (ARS Grand-Est, 2018b). Le concept de parentalité et les modalités de son soutien/ accompagnement ont pris de l'essor à partir des années 1990 en France (ARS Grand-Est, 2018).

1.4.2 La prévention en prénatal

La question de l'accompagnement de la construction du lien parent-enfant se pose dès la grossesse (Bernard, 2016). Il y a donc nécessité de débuter la prévention dès la période prénatale.

Dans le cadre du suivi des grossesses « tout-venant », les procédures administratives (déclaration de naissance, ouverture du dossier à la maternité), les consultations de suivi de grossesse, les échographies, les groupes de préparation à la naissance, offrent une potentialité préventive des troubles de la parentalité et des dysharmonies interactives précoces et sont à investir plus en amont (Missonnier, 2009).

En France, selon l'enquête nationale périnatale de 2016, seule 29% des parturientes ont eu un Entretien Prénatal Précoce (INSERM - DREES, 2017). L'enquête ELFE rapporte que 33 % des femmes ont eu accès à l'EPP, et cela plus fréquemment si elles étaient primipares, en situation d'emploi, nées en France, de niveau éducatif élevé et déclaraient des difficultés psychologiques (Barandon et al., 2016), donc plutôt des femmes ayant une capacité personnelle à accéder aux soins.

On sait que la grossesse impacte la santé de la mère au long cours. Des recherches récentes soulignent des changements de la structure du cerveau au moment de la grossesse et en post-partum « il y a des zones du cerveau qui mutent, des neurones apparaissent, disparaissent, des connexions se créent. Les interactions avec le bébé viennent stimuler le cerveau, de façon bénéfique ou négative » (Sutter-Dallay, communication personnelle, 2019).

Le domaine de la prévention prénatale reste donc encore à étoffer afin que la période post-natale se déroule avec davantage de quiétude et d'accompagnement pour les familles (INSERM - DREES, 2017).

1.4.3 La prévention en postnatale

« En périnatalité, la précocité est maximale : on est tôt dans la vie de l'enfant, et à un moment où une action curative pour soigner la mère est préventive pour le futur du bébé dont on va prendre soin… il faut penser en cette période, et la mère, et le bébé, et leur relation » (Dugnat, 2012).

La période périnatale, suivant la naissance du bébé est dite « période sensible ». Bydlowski la relie à la « transparence psychique » (Bydlowski, 2008), période durant laquelle, la femme enceinte aura davantage accès aux contenus refoulés de son inconscient et de son préconscient, pour entreprendre un travail possible de reconstruction de son identité. Cette période sensible,

probablement unique dans le déroulement de la vie adulte, suit et accompagne les changements considérables dans l'économie psychosomatique de la future mère. Cela se fait plus discrètement dans celle du futur père, probablement en lien avec les aléas de la conception, de la grossesse, de l'accouchement puis de la nécessité de s'ajuster aux caractéristiques de ce bébé-là. Cette période sensible est assez courte et se situe dans les neuf mois qui suivent la mise au monde de l'enfant, intervalle temporel privilégié « pour soigner les maladies de la naissance psychique » (Delassus, 2005).
Durant les trois premières années, l'enfant est soumis à une dynamique développementale extraordinaire (communication, interaction, développement psychomoteur et affectif…), considérée comme la plus importante de la vie (OMS, 2013). Il est prouvé que la qualité du développement lors de ces premières années a des effets tout au long de la vie (Fox et al., 2010) tant sur le plan de l'insertion sociale que de la santé mentale.

D'après les résultats issus de la cohorte ELFE, on sait que 12,6% des femmes déclarent une difficulté psychique pendant la grossesse. Cette difficulté est plus fréquente si la grossesse est non planifiée ou compliquée, la déclaration tardive, le niveau socio-économique bas, s'il y a consommation de tabac ou d'alcool pendant la grossesse et chez les grandes multipares. Parmi ces 12,6% de femmes qui déclarent une difficulté, seulement 27,4% bénéficieront d'une consultation spécialisée et seules 10% recevront un traitement thérapeutique ou médicamenteux. 4% se verront prescrire des psychotropes sans consultation spécifique. Avec une prévention plus systématique, ces repérages et orientations pourraient se faire plus précocement « avec la prévention on permet à ces épisodes de ne pas se révéler, aux femmes de passer à travers les gouttes. Quand on déclenche une dépression, une fois qu'on a eu un épisode, on est plus à risque, à chaque épisode le cerveau se fragilise…. Avec de la prévention simple on peut éviter une pathologie mentale au long cours » pour la mère et donc pour l'enfant » (Sutter-Dallay, communication personnelle, 2019).
« La prévention, thème capital dans nos métiers de soignants ou de travailleurs sociaux, permet de maintenir […] « la santé mentale » ou « la santé globale » de l'enfant, donc de l'adulte », Soulé cité par (Dugnat, 2004).

1.4.4 Les enjeux de la prévention sur le développement de l'enfant

En cas de souffrance très précoce du bébé, il y a une lutte contre toute émergence d'une émotion, d'un ressenti qui témoignerait de cette souffrance, notamment par différents mécanismes tels que : l'indifférence, le gel des émotions, le renversement de l'émotion en son contraire...

(Fraiberg et al., 1980). Il y aurait alors mise en place de défenses primitives ou de manœuvres autistiques pour faire face à des angoisses incommensurables de séparation, de chute sans fin, de précipitation (Houzel, 2002).
Davidson et Choquet (cité par (Soulé, 2004)) ont prouvé dans leur recherche qu'il était possible de prévoir les 10 % d'enfants à grand risque : on les retrouvait à 7 ans, non plus à grand risque, mais dans de grandes difficultés. Cette recherche a beaucoup œuvré pour la défense de la prévention. Elle encourageait à repérer, sur des signes de fonctionnement, les très petits enfants à grand risque et à tenter d'éviter des évolutions péjoratives car « certains troubles fonctionnels qui, si on les trouvent rassemblés, signalent parfois l'existence de difficultés qui se traduiront dans un premier temps sur le plan du fonctionnement physique du bébé, mais qui, ultérieurement, se mentaliseront et se traduiront peut-être dans le comportement ».

Les distorsions relationnelles de la petite enfance entraînent une fragilité au niveau de la constitution du narcissisme primaire du bébé, du sentiment continu d'exister et de sa sécurité de base. Elles favorisent l'évolution vers des troubles psychiques graves chez l'adulte (troubles de personnalité, dépression sévère, psychose...) (Winnicott et al., 1958).

1.5 Enjeux financiers de la prévention

En France, nous disposons de très peu de données permettant d'évaluer le coût financier de la prévention et son impact financier au long terme. Quel montant d'investissement peut être mis à disposition dans la prévention pour venir limiter le coût des soins ultérieurs ? Quel coût ont les soins psychiatriques qui auraient pu être évités si des dispositifs de prévention avaient pu être mis en place ? Quels coûts financiers ces manques d'accompagnements préventifs ont pour la société ? « L'introduction au plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015 rappelle que les coûts collatéraux liés à la perte de production et à la perte de qualité de vie atteindraient près de 80 milliards d'euros chaque année. D'un point de vue médico-économique, il a été démontré que la prévention sous ses différentes formes permet des économies par rapport à l'absence de réponse adaptée » (Amiel, 2017).

Au Royaume-Uni, environ 140 000 bébés chaque année ont des parents qui présentent des troubles mentaux (National Society for the Prevention of Cruelty to Children) et 72 % des coûts en santé mentale périnatale sont liés aux soins des enfants. Le « non-soin » en santé mentale

périnatale a un coût élevé, qui a été évalué comme 5 fois supérieur à celui nécessaire à l'amélioration des services existants (Sutter-Dallay, 2017).
« La Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques évalue en 2016 à 7.8 milliards d'euros les dépenses de protection de l'enfance à charge des conseils départementaux, hors personnels des départements et sans prendre en compte les surcoûts indirects et de long terme (santé, éducation spécialisée en justice). Les placements constituent l'essentiel de ces dépenses : plus de 6 milliards d'euros en 2016 » (Dupays et al., 2019). La prévention constitue donc un enjeu humain et économique et son retour sur investissement a été démontré. « L'intérêt des investissements dans la petite enfance a été affirmé par des théoriciens de l'investissement social, notamment Esping-Andersen (cité par (Dupays et al., 2019)) qui a montré son impact positif sur le capital humain présent et futur. Il met en évidence les rendements en capital humain d'un investissement fort de l'état dans la petite enfance ». Le programme « Carolina Abecedarian » a été évalué : chaque enfant ayant bénéficié de ce programme préventif a été suivi durant plusieurs décennies afin de pouvoir mesurer l'impact du dispositif sur la destinée de ces enfants. Selon Heckman (cité par (Dupays et al., 2019)), qui a mené l'analyse coûts-bénéfices détaillée de ces programmes, il s'agit de l'investissement éducatif le plus « rentable » de la société

Suhrcke, 2008 (cité par (Ball et al., 2009)) démontre qu' une bonne santé peut générer en soi une croissance économique en permettant aux personnes capables d'éviter maladies et blessures de profiter d'un plus grand nombre d'occasions d'optimiser leur éducation, leur travail et leur potentiel humain.

Deux autres études font état de gains financiers lorsque le domaine de la prévention en périnatalité est investi :
- Nurse-Family-Partnership : pour 1 dollar investi, il y a 6.4 dollars économisés aux 18 ans de l'enfant, dans les familles dans lesquelles l'action à domicile a pu se poursuivre au moins pendant 1.5 an (Miller, 2015).
- L'étude « Lifecycle benefits of an influential early childhood program » menée par le Center for the economics of human development de l'université de Chicago, portant sur un dispositif d'accompagnement préventif : 1 dollar investi dans le programme a permis une économie de 7.3 dollars à terme (García et al., 2016).

Le rapport de Peyron (Peyron, 2019), évalue le coût de la prévention primaire porté par les services de PMI à 0.045 euros par enfant (pour les 0-6 ans), il s'agit donc d'un réel investissement collectif bien moins coûteux qu'intervenir plus tard dans le cadre de la protection.

Santé publique France a établi une estimation du budget départemental moyen pour le lancement du programme PANJO (détaillé plus loin) pour la 1ère année (pour 7 653 naissances/an pour un département) à 34 300 euros.

1.6 Programmes d'intervention de prévention précoce internationaux

C'est à partir des années 80 que se développent des modèles de thérapies conjointes parent-enfant inspirées des courants de pensée développementaliste, destinées aux familles à risques multiples. La thérapie conjointe vise à protéger la santé mentale de l'enfant en ajustant les perceptions des parents et les comportements de caregiving qui en résultent avec les besoins développementaux et individuels du bébé dans le contexte culturel socio-économique et interpersonnel de la famille (Lieberman et al., 2000).

Les données de la littérature anglo-saxonne démontrent les effets positifs des interventions précoces de prévention de la santé mentale du nourrisson (Davis et al., 2004; Olds et al., 1997). Des revues de littérature (Dumaret, 2003; Fonagy, 2004; Suchocka & Kovess-Masféty, 2006; Weatherston, 2003) explicitent ces actions de prévention et promotion de la santé mentale du nourrisson, toutes destinées à des familles dites « à risques ». Ces actions peuvent s'axer autour du parent, de l'enfant, de l'interaction parent-enfant et du soutien familial, social et communautaire. Tous ces programmes démontrent un effet positif sur : le développement de l'enfant, les compétences parentales, l'estime de soi des parents, l'attachement parent-enfant et le recours aux services d'aide et de soin.
Plusieurs principes gouvernent les interventions précoces visant au développement cognitif des enfants vulnérables sur les plans biologique et social : elles doivent démarrer très tôt, être fréquentes et soutenues, variées et étayées par un environnement aidant (Ramey & Ramey, 1998).

Triple P

Positive Parenting Program développé par Sanders et al en 2000 (Sanders, 2008; Sanders et al.,

2000), en Australie puis dans de nombreux pays (Belgique, Allemagne, Suisse, Hollande, Finlande, Angleterre, Portugal, Nouvelle-Zélande, Canada…) dont l'objectif est l'amélioration des connaissances, des compétences et de la confiance en soi des parents pour réduire les troubles de développement et de comportement chez l'enfant. Ce programme randomisé est basé sur les thérapies comportementales et cognitives et concerne 1615 enfants âgés de 0 à 16 ans. L'étude est axée sur la formation brève ou intensive (en fonction des niveaux) des parents, par des professionnels de santé. Ce programme comportait différents niveaux en prévention : « universal » (pour tous les parents), « selected » (parents qui éprouvent quelques difficultés avec les comportements ou le développement de leur enfant), « primary care » (pour les parents avec un degré de difficulté moyen et nécessitant une aide à la parentalité), « standard/group teen/self-directed/stepping stones » (parents nécessitant un travail intense sur la parentalité et troubles sévères chez l'enfant), « enhanced/pathways » (parents avec de graves dysfonctionnements familiaux et à risque de maltraitance). Les résultats, comparativement à un groupe témoin :

- Après 12 mois d'intervention : un meilleur ajustement parental et un meilleur comportement de l'enfant rapporté par le parent,
- Après 24 mois d'intervention : absence de différence significative au niveau de l'ajustement parental mais un meilleur comportement de l'enfant rapporté par le parent et une baisse de 37% des troubles du comportement diagnostiqués.

<u>Compétences du nourrisson et représentations maternelles</u>

Programme développé par Wendland en 2004 (Wendland, 2004) au Brésil, à destination des mères primipares ou ayant un niveau socio-économique défavorisé. Cette étude consistait à aller rencontrer les mères à la maternité à J2 ou J3 et 1 VAD au 1 mois du bébé pour réaliser les évaluations (N=17 population expérimentale, N=19 population témoin). L'objectif de cette étude était d'évaluer les effets d'une intervention précoce sur les représentations maternelles du bébé. Le but principal du dispositif était de favoriser la sensibilité maternelle et la qualité des interactions précoces dans une population. Le temps d'échange était centré sur les compétences précoces du nourrisson afin de favoriser l'interaction. Les résultats de cette étude montrent que pour le groupe expérimental l'enfant est perçu comme plus compétent pour interagir et communiquer, le parent éprouve moins de difficultés dans les soins quotidiens et a une meilleure compréhension des soins du bébé. L'intervention proposée a influencé de manière positive les représentations que les mères ont construites de leur enfant et de leurs interactions avec lui. Enfin, les parents ont une représentation positive de l'intervention.

Effect of peer support on prevention of postnatal depression

Programme développé par Dennis, Hodnett et al. en 2009 (Dennis et al., 2009), au Canada et aux Etats-Unis, pour les mères volontaires de plus de 18 ans (N = 289) et présentant un score inférieur à 9 à l'EPDS. L'étude consistait à proposer des contacts téléphoniques de soutien (minimum 4) par des mères bénévoles et formées, durant les 12 semaines de post-partum. L'étude a montré, comparativement à un groupe témoin (N= 311) que :

- 12 semaines après la naissance : 14% des mères présentaient une dépression du post-partum, et la différence était significative comparativement au groupe témoin (25%),
- 24 semaines post-partum : 11% des mères présentent une dépression, mais aucune différence significative entre les groupes,
- 80% des mères étaient satisfaites de ce soutien téléphonique.

1.7 Prévention et PMI

En France, nous disposons d'un service de Protection Maternelle et Infantile : la PMI. Il s'agit d'un service public universel et gratuit, ouvert à toute la population, qui emploie des professionnels spécialisés en petite enfance. L'une de leur principale mission consiste à faire de la prévention primaire universelle, accessible à tous, notamment par le biais des VAD. Les prestations de ce service sont remboursées directement par l'Assurance Maladie au département.

La PMI participe non seulement à la promotion de la santé et à la prévention, mais aussi au soutien à la parentalité et à la protection de l'enfance. Du fait de la pluralité de ses actions et de ses acteurs, la PMI est polymorphe, adaptable à des situations très hétérogènes, et avec une capacité à aller vers des publics en retrait, à établir la confiance, et à proposer un étayage sur mesure (Peyron, 2019).

Une étude nationale sur les pratiques d'intervention à domicile par les services de PMI a souligné que ces VAD sont rarement effectuées dans le cadre d'un programme structuré (exigeant des objectifs, des lignes directrices, le respect du cadre et une formation spécifique, etc.) (Colin, 2019; Saïas et al., 2018). En France, malgré une volonté gouvernementale d'investir dans le domaine de la prévention, des rapports récents montrent un contexte d'intervention complexe avec des moyens limités et inégaux pour les services PMI (Peyron, 2019).

1.7.1 Missions de la PMI

L'ordonnance du 2 novembre 1945 met en place un dispositif global de PMI avec obligation d'ouvrir dans tous les départements des consultations pour les femmes enceintes et les nourrissons. Depuis une cinquantaine d'années on peut noter l'évolution de ce dispositif public qui positionne la prévention et la promotion de la santé au premier rang de ses priorités. La réduction des ISS dans le domaine périnatal et de la petite enfance étant un axe majeur de ses actions (Bernard, 2016).

Les missions de la PMI sont définies par le code de la santé publique :

- Consultations médicales pour les femmes enceintes, les enfants de 0-6 ans, des jeunes dans le cadre de la planification familiale,
- Des VAD de sages-femmes et puéricultrices,
- Des bilans de santé en écoles maternelles,
- Des actions médico-sociales de soutien aux familles,
- Des activités de planification et d'éducation familiale,
- Des actions de prévention et de prise en charge des mineurs en danger,
- Des activités d'agrément et de contrôle des modes d'accueil de la petite enfance,
- Le traitement d'informations épidémiologiques et en santé publique relatives à la maternité et à la petite enfance.

La PMI est un service en lien direct avec plusieurs partenaires :

- Les services de soins généraux : pédiatrie, gynécologie-obstétrique, maternité, etc,
- Les réseaux de santé en périnatalité,
- Les médecins libéraux,
- Les sages-femmes libérales,
- Les CAMSP (Centre d'Actions Médico-Sociale Précoce), CMP (Centre Médico-Psychologique),
- Les ARS, CAF, CPAM.

L'évaluation de la politique de prévention en protection de l'enfance 2019 (Dupays et al., 2019) met en évidence que :

* Les risques propres à la périnatalité (troubles de l'attachement, dépression postnatale, pleurs du nouveau-né…) sont les principaux déterminants de prévention et les acteurs de mobilisations sont les services de santé et les services de PMI.

* La PMI connait actuellement des limites en termes de moyens humain et budgétaire, ce qui constitue un frein objectif à l'investissement de long terme souhaité dans la prévention.
* L'action de la PMI a constitué un axe important de la loi de 2007 en matière de prévention dans le champ de la santé pour les périodes périnatales et postnatales (1000 premiers jours).

Leurs missions consistent (Dupays et al., 2019):
- A repérer précocement les familles vulnérables à partir des déclarations CAF, des entretiens précoces du 4ème mois de grossesse, et des observations réalisées par les professionnels de santé au moment de la naissance de l'enfant.
- A informer l'ensemble des familles en leur proposant des actions individuelles ou collectives dans le champ sanitaire et social avec les différents partenaires.
- A fournir un suivi médical des jeunes enfants jusqu'à l'âge de 6 ans (bilan école maternelle entre 3 et 4 ans, consultations..).

Les atouts de la PMI sont principalement la proximité avec l'usager en raison d'un réseau d'implantations territoriales étendu, la diversité des modes d'action à caractère individuel ou collectif, la pluridisciplinarité des équipes, la gratuité… Pour autant, ce service rencontre beaucoup de limites dans la réalisation de leurs missions de prévention « universelles » :
- Les possibilités d'effectuer les différentes consultations et entretiens prévus tendent à se réduire au plan national. Les VAD des puéricultrices en postnatal sont en pratique, aujourd'hui, exclusivement ciblées sur des familles présentant des critères de vulnérabilité (eux-mêmes variables en fonction des territoires).
- Le nombre d'actions collectives tend à diminuer sur le territoire national (mais nous constatons une volonté de les préserver au maximum sur le territoire du Grand Nancy).
Ces difficultés peuvent être expliquées par la diminution des médecins de PMI et la désertification médicale de certains territoires, ainsi que par l'augmentation du nombre d'Informations Préoccupantes (IP) et des mesures de protection de l'enfance, auxquelles la priorité est donnée.

1.7.2 PMI et partenariat avec la pédopsychiatrie

Le développement de la santé mentale périnatale doit constituer une priorité pour une pédopsychiatrie maintenue et développée, articulée à une protection maternelle et infantile (Clery-Melin et al., 2003). La prévention précoce en périnatalité doit donc se mener en partenariat entre les acteurs de terrains (PMI et pédopsychiatrie). « La prévention nécessite une

réflexion collective de l'ensemble des équipes […] À plusieurs, on s'aperçoit que chaque professionnel a repéré tel ou tel clignotant dans sa spécialité, ou auquel il est personnellement attentif » (Soulé, 2004), d'où cette importante notion de travail en partenariat et des supervisions.

« Le travail des professionnels en prévention doit être en mesure de connaître et repérer les signes d'appel d'un trouble psychique afin de prévenir le développement éventuel d'une pathologie mentale. Au constat de l'existence d'un dysfonctionnement doit succéder un dépistage qui déterminera s'il y a lieu ou non de consulter un spécialiste, donc la nécessité de travail des professionnels en réseau » (Amiel, 2017). Il est primordial de pouvoir assurer la transmission d'instruments communs auprès des professionnels concernés par la prévention, donc les services de PMI, étant en 1ère ligne. La proposition n°15 de ce rapport d'information sur la psychiatrie des mineurs en France vient souligner l'importance d'un travail conjoint **:** **«** développer l'intervention des pédopsychiatres dans les services de protection de l'enfance ».

La psychiatrie périnatale s'est forgée autour de la clinique des troubles psychotiques, dépressifs, anxieux et du risque suicidaire chez la femme enceinte et en post-partum. Aujourd'hui, son champ d'action s'élargit dans une perspective de prévention primaire, secondaire et tertiaire et s'ouvre à la diversité des dysfonctionnements de la parentalité (Lebovici et Mazet, 1998, cité par (Missonnier, 2009)), d'où l'importance du pluri-professionnalisme.

Dans certains secteurs, le travail de partenariat entre la PMI et la pédopsychiatrie est déjà établi, il suffirait donc de le pérenniser. A l'inverse, dans d'autres régions de France, le cloisonnement et l'absence de lien entre les deux structures ne permet pas encore à l'heure actuelle d'organiser un soin global pour l'enfant, tant sur la partie somatique que psychique (Amiel, 2017).

Suite à la mise en place du secteur de psychiatrie infanto-juvénile en 1972, d'importants apports théoriques ont été développés dans les années 1980, lorsqu'a été introduite en France la psychopathologie du nourrisson, notamment par Lebovici. La psychiatrie périnatale occupe aujourd'hui un champ de plus en plus important tant au niveau national qu'international.

La pédopsychiatrie tient compte de la continuité possible entre un simple mal-être, des troubles psychiques ou psychiatriques et des pathologies psychiatriques avérées. C'est une spécialité qui se doit d'aborder l'enfant dans sa globalité et dans son fonctionnement environnemental et familial. Elle se situe à l'intersection des champs sanitaire, médico-social, éducatif, parfois judiciaire ou carcéral, et de plusieurs politiques publiques d'envergure.

Une hausse des demandes adressées aux services de pédopsychiatrie a été constatée. Cette augmentation n'est pas forcément en lien avec une hausse de la prévalence des pathologies mais à une transformation des demandes. En effet, les services de pédopsychiatrie se trouvent désormais associés aux actions de formations, de prévention et aux demandes d'ordre médico-psycho-sociales. Le partenariat renforcé avec les structures sociales ou médico-sociales amène plus de personnes à consulter nos services, la prévention semble donc être en marche et efficiente, du moins sur le secteur du Grand-Nancy.

1.7.3 PMI, prévention et recherche

Il existe en France peu de travaux portant spécifiquement sur l'efficacité globale de la PMI à l'inverse des travaux scientifiques étrangers abondants (Peyron, 2019).

Pour exemple, quelques travaux :

- Les travaux de l'université de Chicago (1970) ont mis en évidence les bénéfices d'une action médico-sociale précoce par le biais d'actions sanitaires, sociales et éducatives à destination des familles défavorisées, de la naissance aux 5 ans. Les résultats de cette étude montrent des résultats significatifs en termes sanitaires et sociaux (revenus des mères, futurs revenus des enfants, criminalité).
- Le programme Nurse-Family Partnership (détaillé dans ce chapitre, partie 2.2 « Principaux programmes d'intervention précoces internationaux portant sur les VAD ») reposait sur des VAD effectuées par des infirmières, pour des mères primipares ayant des facteurs de fragilité sociale. Les résultats publiés en 2016, à partir des données de 1996-2013 (Miller, 2015) montrent des bénéfices sur le plan sanitaire, social et économique, pour les mères et leurs enfants. D'après ces analyses, d'ici à 2031, les actions menées dans ce programme devraient permettre d'éviter 500 décès de nouveaux-nés, 10 000 naissances prématurées, 4 700 avortements, 42 000 incidents de maltraitance d'enfants, 36 000 incidents de violence conjugale, 90 000 crimes violents commis par des jeunes, 36 000 arrestations et 41 000 années-personnes d'abus de substances.

1.7.4 La formation des puéricultrices

Les puéricultrices sont des infirmières diplômées d'état qui poursuivent leur cursus avec une spécialisation supplémentaire et un diplôme d'Infirmière Puéricultrice Diplômée d'Etat. Ces professionnelles sont formées, d'après la dernière mouture du diplôme 2020, à :

- Evaluer l'état de santé et le développement des enfants et adolescents,
- Accompagner et soutenir les familles dans le processus de parentalité,

- Concevoir et conduire un projet de soins et d'éducation adapté à l'enfant,
- Mettre en œuvre les soins adaptés aux enfants présentant des altérations de santé,
- Concevoir et mettre en œuvre des activités de promotion de la santé et de l'enfant et de protection de l'enfance,
- Organiser et coordonner les soins et les activités de développement et d'éveil pour des enfants et adolescents.

2 LES VISITES A DOMICILE ET INTERVENTIONS PRECOCES

A l'adolescence, les symptômes psychiatriques sont moins nombreux dans les familles ayant bénéficié non seulement de VAD mais aussi de conseils en santé mentale (Dumaret, 2003).

2.1 Pourquoi le domicile ?

« Des formules expérimentales utilisant, en accord avec les familles, les VAD de façon intense font apparaître des évolutions favorables y compris dans des situations cliniques graves ; ces interventions à domicile se situent dans le cadre d'actions très précoces visant à prévenir les altérations du développement psychoaffectif de l'enfant et à soulager tant l'enfant que sa famille » (Ministère de la santé, 1992).

Pour les familles difficilement accessibles et à « haut risque », auxquelles se sont adressés les premiers programmes d'intervention précoce, cette construction du cadre et de l'alliance passe par un accompagnement à leur domicile : l'intervenant va ainsi faciliter le premier contact avec les parents puis les suivants en « allant à la source » (Moralès-Huet, 1996; Weatherston, 1997).

Le domicile permet une évaluation et intervention dans un environnement qui est familier aux familles et donc plus sécurisant pour elles (Le Foll & Guedeney, 2014). Les situations sont moins artificielles qu'en institutions et permettent donc d'apprécier plus finement les dysfonctionnements mais surtout les ressources et compétences des familles (Stern, 1997). Dans cette approche, les parents sont clairement positionnés comme co-acteurs du soin et le sentiment de contrôle et de maîtrise de la situation leur est permis : être présente au domicile ou non, ouvrir la porte, ne pas répondre, faciliter le déroulement de l'entretien ou l'entraver avec le bruit de la télévision, nous laisser voir son bébé ou le soustraire à notre regard en le laissant dans une autre pièce…

Les VAD permettent une meilleure appréciation des gestes du quotidien, des relations interpersonnelles, de l'organisation matérielle et familiale, des difficultés sociales rencontrées par la famille ainsi que l'appréciation du maillage environnemental et familial présent dans la vie quotidienne du bébé et de sa famille (Moralès-Huet, 1996).

Elles offrent un très bon moyen d'intégrer l'environnement familial dans les soins (Le Foll & Guedeney, 2014) « il est fondamental de les prendre en considération, de les entendre et de

pouvoir nouer avec eux une alliance de travail solide et efficace », faisant référence aux membres de la famille souvent présents lors des VAD. Ce point est également le fondement de l'approche systémique : l'alliance avec les proches peut venir renforcer le travail effectué auprès d'une mère et son bébé, tout comme son absence qui peut venir le fragiliser ou l'entraver totalement (Isebaert & Cabié, 1997).

En France, d'ordinaire, les VAD en période périnatale s'inscrivent dans le domaine de la prévention et sont effectuées principalement par la PMI ou, plus rarement, par les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile.
Ce suivi permet d'accompagner les familles, les mères, durant cette période de fragilité qu'est la naissance d'un enfant.
L'objectif du travail à domicile est de traiter la pathologie du lien qui isole ces familles et donc de créer un maillage social qui permettra une meilleure insertion. La finalité étant que la famille puisse s'appuyer sur les ressources de l'environnement afin de pouvoir développer ses propres ressources (Le Foll & Guedeney, 2014).

Le travail à domicile permet une création commune du cadre : choix du moment de la VAD (en fonction du sommeil du bébé, d'un temps de repas, d'un bain..), mise en place de rituels. Cependant, l'intervenant reste le garant du cadre et assure la continuité du lien et son inscription temporelle. La continuité (des visites, des professionnels, du suivi), qui est d'ordinaire importante, devient cruciale pour les familles les plus fragiles (Le Foll & Guedeney, 2014).
Les VAD permettent au psychothérapeute de construire du lien ou de le réparer, mais à condition que cette démarche s'inscrive dans la durée et la continuité (Bion, cité par (Moralès-Huet, 1996)).

Cependant, le travail à domicile nécessite une souplesse, une patience, une capacité d'adaptation de leur cadre de travail, et donc une forte implication et engagement émotionnel des intervenants. Il demande également une grande disponibilité psychique, et remise en question constante de la distance professionnelle nécessaire à l'établissement d'une relation ajustée (Le Foll & Guedeney, 2014). Engagé dans une relation psychique et physique, l'intervenant est confronté à des pratiques qui peuvent être inhabituelles (prendre le bébé dans les bras et lui donner le biberon…) et ce rapprochement physique peut être déstabilisant. L'intervenant adopte un comportement face au patient qui est plus à découvert. C'est un cadre

hors institution qui nécessite de pouvoir travailler avec les nombreuses distractions environnementales (télévision allumée, personnes présentes au domicile…).
Travaillant dans l'intimité du foyer, les parents ont baptisé leur intervention de « thérapie autour de la table de cuisine » (Fraiberg et al., 1980).

2.2 Principaux programmes d'intervention précoces internationaux portant sur les VAD

Le travail à domicile en périnatalité s'appuie majoritairement sur des concepts théoriques combinés : la guidance interactive, la psychothérapie psychodynamique (notamment de Fraiberg), la théorie de l'attachement, l'alliance de travail (que l'on nommera alliance thérapeutique au fil de ces pages) et l'observation du bébé selon la méthode E. Bick.
Des revues de littérature assez exhaustives ont été réalisées portant sur les actions de prévention et de promotion en santé mentale du nourrisson (Fonagy, 2004; Weatherston, 2003) et toutes étaient destinées à des familles dîtes vulnérables.

Travaux précurseurs
C'est Fraiberg (Fraiberg et al., 1980) qui développe le premier modèle de psychothérapie parent-nourrisson lorsqu'elle prend conscience de l'intérêt de l'observation et de l'écoute à domicile et des difficultés interactives parent-enfants. Elle débute alors une expérience en 1970 où elle se rend au domicile lorsque la détresse d'un bébé ou d'une mère et de son bébé est signalée. Dans cette expérimentation, Fraiberg tente de répondre aux besoins vitaux des familles les plus désocialisées et qui échappent à toutes les mesures d'aide et de traitement. Ce modèle sera repris et adapté par ses successeurs aux différents contextes d'intervention.

STEEP (Steps Toward Effective, Enjoyable Parenting : Etapes vers une parentalité effective et agréable) (Erickson et al., 1992)
Programme élaboré par Erikson en 1992, auprès de 74 familles considérées à haut risque ou à des adolescentes isolées, à faibles ressources. L'objectif était de renforcer les pratiques des soins maternels, et d'encourager des relations d'attachement saines dans la petite enfance. Ce dispositif incluait des VAD et la participation à un groupe parent-bébé pendant la grossesse et durant la 1ère année de vie du bébé. Le travail thérapeutique se fondait sur l'insight des expériences précoces personnelles et sur une guidance développementale. D'après les résultats à 24 mois, les parents du groupe expérimental ont : amélioré leur compréhension des pleurs du

bébé, un sentiment plus positif d'eux-mêmes et moins de symptômes dépressifs. Ils offrent plus de jouets intéressants à leur enfant et leur maison était davantage organisée autour du bien-être de l'enfant.

Community Mothers (Johnson et al., 1993)

Etude randomisée, développée par Johnson et al en 1993, auprès de 127 mères primipares présentant un facteur de risque (monoparentalité, niveau socio-économique défavorisé, réfugiées, jeunes mères). Les VAD (de la naissance aux 2 ans de l'enfant) étaient réalisées 2 fois par semaine par des mères bénévoles, formées et supervisées. L'étude avait pour objectif : la stimulation du développement psychomoteur de l'enfant, les soins de nursing primaires, le travail sur la confiance en soi des mères, la réduction de l'isolement et de la dépression des parents et la facilité d'accès aux soins.

Les résultats immédiats ont montré : une augmentation de l'estime de soi des mères et de leurs compétences parentales, une nutrition adaptée à l'enfant et un développement moteur de bonne qualité.

A 7 ans, les résultats montrent : des effets durables sur l'estime de soi et les compétences parentales, un meilleur équilibre alimentaire des enfants et de meilleures compétences en lecture pour les enfants.

Nurse Family Partnership (Olds et al., 1997)

Etude randomisée, développée par Olds, Sadler et Kitzman en 1997, pour 1139 mères primipares, de moins de 19 ans, isolées, ayant un faible niveau d'études et un niveau socio-économique défavorisé. Dans le cadre de cette étude, des VAD étaient réalisées : 1 fois par semaine, puis toutes les 2, 4 et 6 semaines, de la grossesse aux 2 ans de l'enfant. Ces VAD étaient effectuées par des infirmières supervisées et disposant d'un manuel d'intervention centré sur la santé de la mère et de l'enfant ainsi que sur l'insertion sociale.

L'étude a montré :

- A la naissance, une diminution de : 38% des visites d'urgence, 25% de la dépendance tabagique des mères et 75% du nombre d'accouchements précoces ; une augmentation du poids à la naissance.
- Après 3 ans : une augmentation des capacités intellectuelles de l'enfant, une diminution : de 15% des violences sexuelles sur enfants, de 83% du taux de chômage et moins de visites chez le médecin généraliste.

- Après 15 ans : une diminution de : 56% des problèmes d'alcool, 81% d'arrestations suite aux actes de délinquances, de 63% du nombre de partenaires sexuels et des troubles du comportement à l'adolescence.

HFA : Healthy Families America (Duggan et al., 2004; Duggan et al., 1999)

Programme largement basé sur le programme HSP (Hawaï Healthy Start Program) débuté en 1975 dans le but de prévenir les maltraitances infantiles en repérant précocement les familles à risque, par le biais de VAD. Le programme HFA a été développé par Duggan en 1999 et 2004 en Alaska et à Hawaï, puis repris en 2002 à San Diego et 2006 à New-York, destiné à des familles présentant un risque de négligence et de maltraitance sur l'enfant. L'objectif était de travailler sur le développement des compétences parentales par des VAD fréquentes mais adaptées aux besoins des familles et réalisées par des bénévoles, sur une durée de 3 à 5 ans. Les résultats de cette étude diffèrent en fonction des pays :

- Hawaï : il a été démontré pour les mères : une meilleure santé mentale et une meilleure adaptation en ce qui concerne la discipline, mais pas d'effets ou effets contradictoires sur la santé de l'enfant.
- Alaska : il a été constaté un(e) meilleure : (i) adaptation des parents concernant la discipline, (ii) conditions de vie au domicile et (iii) développement mental de l'enfant à 2 ans. C'est pour les familles les moins en difficultés que les effets ont été plus significatifs.
- New-York : les résultats attestent d'une réduction : de la prématurité et des punitions physiques mais aucun effet à 2 ans sur le mode de vie des mères. Là encore, les résultats sont plus significatifs pour les mères les moins en difficultés.
- San Diego : il a été démontré des effets sur le développement de l'enfant et les compétences parentales à 2 ans mais qui ne perdurent pas à 3 ans.

PAT (Parents As Teachers) et BTL (Born To Learn) (Wagner et al., 2002; Wagner & Clayton, 1999)

Programmes développés par Wagner et al. en 2001 aux Etats-Unis, à destination de 665 parents résidant en zone rurale, ou parents adolescents, ou parents en situation socio-économique difficile (différents en fonction des lieux où le programme a été appliqué). Cette étude avait pour objectif de soutenir la parentalité dans les 3 premières années pour améliorer les apprentissages des enfants, notamment par les biais de VAD mensuelles de la naissance aux 3 ans de l'enfant. Différents supports ont également été utilisés en complément : groupe de parents, soutien autour du développement de l'enfant, appui sur les autres services de santé. Les

résultats font état de 50% d'abandons et de peu d'effets significatifs. Néanmoins, les parents ayant participé au dispositif étaient satisfaits. Il a tout de même été noté des effets qualitatifs sur la motivation scolaire pour les enfants de milieux socio-économiques défavorisés.

European Early Promotion Project (Davis et al., 2004)

Programme développé par Davis en 2004 en Chypre, Finlande, Serbie-Monténégro, Grèce et au Royaume-Uni, à destination de 216 familles (N = 113 pour le groupe expérimental et N= 103 pour le groupe témoin) d'un quartier urbain désavantagé. Les objectifs étaient d'identifier les besoins des familles, d'améliorer les compétences parentales, la qualité des interactions parent-enfant et le soutien disponible, par 2 VAD (anténatale et à 1 mois) réalisées par des professionnels formés et disposant d'un manuel. La possibilité d'étendre les VAD à une fois par semaine tant que nécessaire, pour les familles dont ces besoins ont été identifiés a été rendu possible. Les résultats aux 2 ans des enfants montrent : une meilleure qualité de l'évaluation des visiteurs de santé après formation, une meilleure qualité de la relation parent-enfant, un plus grand partage de plaisir dans l'interaction et une meilleure qualité générale de l'environnement familial, mais pas d'effet sur le développement de l'enfant.

EHS (Early Head Start) (Love et al., 2005)

Programme développé par Love en 2005 aux Etats-Unis, à destination de 3001 parents (N=1513 groupe expérimental et N=1488 groupe témoin) en situation socio-économique défavorisée. L'objectif de cette étude était de prendre soin du bébé et d'améliorer les compétences parentales par les VAD de paraprofessionnels. Les résultats ont montré un effet peu significatif sur le développement cognitif, sur le langage, sur la régulation émotionnelle, aucun effet sur la santé du parent, mais des effets sur l'engagement dans un processus d'emploi.

Minding The Baby (Longhi et al., 2019; Slade, 2002; Slade, Sadler, et al., 2005)

Programme développé par Slade et al en 2002 aux USA, centré sur des VAD réalisées auprès de mères « défavorisées » et leur bébé, à partir du 2ème trimestre de grossesse et jusqu'au 1 an de l'enfant. Ce modèle est centré sur la fonction réflexive de la mère et le fait de pouvoir « garder son bébé à l'esprit » de diverses manières : physiquement, émotionnellement et relationnellement. L'équipe intervenant au domicile est composée d'un travailleur social et d'une puéricultrice, formés à la santé mentale, au développement des interactions précoces, et à l'attachement. La méditation pleine conscience est également utilisée dans ce programme comme complément au renforcement à la fonction réflexive.

Ce programme a été repris par une équipe de Grande-Bretagne dans le cadre d'une étude contrôlée randomisée (Fonagy, Longhu, Murray et al) de 2014 à 2018. Il reposait également sur un programme de VAD intensives, débutées durant le 3ème trimestre de grossesse et pour des femmes primipares âgées de 14 à 25 ans. Durant la 1ère année, les mères bénéficient d'une VAD par semaine de l'infirmière (axée sur les soins parentaux, l'éducation en santé, la santé et le développement de l'enfant et la santé de la mère : alimentation, étapes du développement de l'enfant, anticipation des besoins et comportements de l'enfant,…) et le travailleur social (centré sur la promotion de la santé mentale, par exemple évaluer et explorer les sentiments de la mère par rapport à la grossesse ; et l'évaluation et l'intervention auprès du bébé et de sa famille, en se focalisant sur le jeu dyadique et l'intervention familiale) en alternance, associant quelques VAD conjointes. Les deux utilisaient la fonction réflexive comme approche globale. Durant la 2ème année, les VAD diminuent à 1 tous les 15 jours (avec flexibilité d'augmentation des VAD en fonction de la nécessité des familles). L'approche a obtenu des résultats prometteurs dans 2 études aux USA :

- Moins de naissance dans les 2 ans, plus d'attachements sécures, amélioration de la parentalité à 4 mois, mais pas d'effet sur la santé mentale maternelle (Sadler et al., 2013).
- Amélioration de la fonction réflexive parentale et de l'attachement sécure du bébé, mais pas d'effet sur la santé mentale maternelle et l'interaction parent-enfant (Slade et al., 2019).

En Grande-Bretagne, 148 mères ont été recrutées, 74 dans chaque groupe (intervention et témoin). Les résultats ne montrent pas de bénéfices de l'action sur la sensibilité maternelle, la sécurité de l'attachement et le développement cognitif, mais une réduction du nombre de troubles du comportement de l'enfant à 2 ans. Des analyses secondaires ont cependant montré que l'implication des mères dans le dispositif avait un effet bénéfique sur la sécurité de l'attachement. Il n'y a pas de bénéfice pour les accouchements futurs et la santé mentale maternelle (Longhi et al., 2019).

Les auteurs attribuent la réussite de ce programme au fait que l'intervenant ait pu garder à l'esprit la mère et l'enfant, à être témoin de la douleur et la colère sans induire de dérégulation et jugement négatif, et donc permis à la mère de garder son bébé également à l'esprit.

Une revue de littérature portant sur les programmes de VAD (Dumaret, 2003) fait état de 26 programmes effectués par des professionnels pendant une durée d'au moins un an, auprès de familles et d'enfants âgés de moins de 2 ans. Les prises en charge d'enfants porteurs de handicaps spécifiques et celles centrées uniquement sur l'attachement et les relations mère-enfant sans support social ont été exclues. L'objectif principal de ces études est de faciliter le

développement optimum des enfants et sous-tend l'hypothèse que ces derniers vont profiter directement des prises en charge socio-éducatives et indirectement de l'aide dont auront bénéficié leurs parents. Plus du ¾ de ces recherches ne sont pas réalisées en population générale.
Les études menées auprès des familles à risque psychologique et psychiatrique ont montré que :
- Le support émotionnel a apporté un mieux-être dans la vie quotidienne des familles, avec des effets positifs sur le fonctionnement maternel (initiatives sociales, capacité à rechercher de l'aide dans l'entourage, utilisation des services de la communauté),
- Une diminution des stress et des états dépressifs chez les mères.
Ces programmes, à une exception près, montrent également à court terme une certaine amélioration des comportements des enfants : sentiment de contrôle des situations, moins d'agressivité et sentiment de sécurité chez près de la moitié des jeunes.
La conclusion de cette revue de littérature : les accompagnements visant à soutenir les parents et les bébés à domicile sont ceux ayant apporté le plus de modifications comportementales : plus d'autonomie et de compétences des parents, moins d'état dépressif chez les mères, attachement plus sécure, moins de troubles de comportement chez l'enfant et influences positives sur la qualité des relations mère-enfant (Dumaret, 2003).

David OLDS et son équipe ont également mené des recherches sur les VAD et leurs effets à long terme sur le quotidien de la maman (Olds et al., 1997), sur les caractéristiques psychologiques maternelles et leurs influences sur les VAD (Olds & Korfmacher, 1998) et sur les relations puéricultrices-familles (Olds, 2006). Les VAD reposaient sur des visites précoces (en prénatal), prolongées et continues et concernaient les femmes présentant de multiples facteurs de vulnérabilité. L'objectif était de cibler des facteurs susceptibles d'être modifiés (compétences parentales, éducation à la santé, formation, logement, aides sociales, inscription dans les réseaux sanitaires, sociaux et éducatifs…). Ces visites étaient effectuées par des infirmières formées et supervisées.
Il conclut que ces interventions précoces réduisent la prévalence des risques morbides ultérieurs pour la mère et l'enfant et améliorent la qualité des relations précoces, ayant un retentissement avéré sur le développement de l'enfant (Olds, 2006).

Plusieurs études randomisées portant sur des programmes de VAD révèlent des effets positifs pour la santé physique de l'enfant et pour la santé mentale des parents de même que sur les pratiques parentales et la qualité de l'interaction parent-enfant (Kearney et al., 2000; McNaughton, 2004). D'autres rapportent des effets positifs sur la santé physique des enfants

(problèmes respiratoires et nombre de visites chez le médecin dues à des accidents ou à des intoxications) (McNaughton, 2004). Enfin, certains montrent que les VAD peuvent prévenir l'anxiété et la dépression et contribuer à améliorer l'estime de soi (Kearney et al., 2000; Shaw et al., 2006).

En résumé

Un des principaux objectifs des programmes des VAD est d'améliorer la qualité de vie des enfants et d'agir sur leur santé mentale. Ces programmes permettraient de réduire l'impact des facteurs de stress social sur les familles et de développer les compétences parentales, d'autant plus dans les familles vulnérables (Boris et al., 2006; Sweet & Appelbaum, 2004)**.**

Il a été démontré que l'association VAD hebdomadaires et supervisions des professionnels ont des effets considérables : amélioration de l'empathie maternelle, diminution des comportements évitants ou résistants chez le jeune enfant et instauration positive de la relation d'attachement parent-enfant (Lieberman et al., 1991)**.**

Pour une efficacité maximale, il est recommandé de commencer le programme pendant la grossesse, d'offrir un soutien de plus d'un an, d'avoir un personnel formé, de travailler à la construction d'une relation de confiance avec le parent et de le soutenir dans ses interactions avec l'enfant.

2.3 Interventions précoces et VAD en France

Le gouvernement Français a développé la commission des 1000 premiers jours (Ministère des solidarités et de la santé, 2020) mettant l'accent sur l'importance de cette période dans le développement du bébé et le soutien nécessaire à apporter aux familles au cours de cette période cruciale. Cette commission évoque la santé mentale périnatale : 3000 naissances nécessitent l'hospitalisation d'une mère psychotique, 50 000 bébés interagissent avec une mère en situation d'anxiété sévère. Les bébés qui bénéficient d'un programme de VAD ont 3 fois plus de chances de développer un lien d'attachement harmonieux.

Peu de recherches ont testé en France l'efficacité des VAD pendant la période périnatale sur la santé mentale et le développement de l'enfant (Dugravier, 2014; Pierron et al., 2018; Tubach et al., 2012).

2.3.1 VAD réalisées par des psychologues

CAPEDP

L'étude CAPEDP (Dugravier, 2014) est une recherche basée sur la prévention précoce des troubles de la relation mère-enfant. Cette étude évalue l'impact des VAD réalisées par des psychologues formés à l'attachement sur : la Dépression PostNatale (DPN) 3 mois après la naissance, la qualité de l'environnement à domicile à 12 mois et les troubles psychologiques de l'enfant à 18 et 24 mois.

Cette étude a été proposée à 440 (218 groupe témoin et 222 dans le groupe bénéficiant de l'intervention) jeunes mères (< 26 ans) ayant des critères de vulnérabilité/risques psychosociaux et comprenait : 1 formation à la psychologie communautaire, à la guidance développementale, à la théorie de l'attachement, à l'utilisation de la vidéo à domicile ; une supervision individuelle hebdomadaire et 2 séances de supervision de groupe par mois. L'utilisation de la vidéo et la reprise de celle-ci avec la mère était un point central des VAD. Le rythme des VAD était : 6 fois en période prénatale (à partir du 7ème mois de grossesse), 8 fois durant les 3 premiers mois, 15 fois entre 4 et 12 mois et 15 fois entre 12 et 24 mois, soit 44 visites par famille pendant 2 ans. L'objectif de l'étude était d'instaurer une relation de confiance avec le ou les parents afin de permettre un soutien dans la relation parents-enfant. L'hypothèse était que les VAD très régulières pouvaient avoir un effet bénéfique sur les relations d'attachement parents–enfant, permettant aux parents de mieux faire usage des réseaux de soins existants, et donc d'améliorer la santé mentale périnatale de la mère et de l'enfant. Les résultats ne montrent pas de différences significatives sur la DPN à 3 mois pour les mères les plus vulnérables, pas d'effet préventif sur la DPN ou sur sa diminution mais mettent en évidence une meilleure utilisation du réseau de soin (principalement de la PMI) et donc une meilleure inscription des familles dans leur environnement social (Tubach et al., 2012). Un impact significatif a cependant été relevé sur la DPN pour les mères présentant le moins de critères de vulnérabilité.

INTERREG

L'étude INTERREG (Fidry, 2015; Fidry, Claudon, et al., 2014; Fidry, Sibertin-Blanc, et al., 2014) est une recherche action, qui s'appuie sur des rencontres à domicile par une psychologue clinicienne, d'une heure et demie environ, selon un rythme préétabli : 23 VAD de 0 à 2 ans, proposées à 49 familles. Il n'y a pas eu de randomisation, ce dispositif ayant été proposé à toutes les familles résidant sur les 3 cantons ciblés par l'étude (Cirey-sur-Vezouze, Blâmont et Badonviller). Le groupe témoin a été recruté en décalage du groupe intervention : le groupe témoin n'a donc bénéficié que d'une évaluation à 24 mois et n'a pas eu dévaluation à TO. Ces

visites débutaient dès le séjour à la maternité, puis une VAD toutes les 3 semaines de la naissance à 4 mois, 1 tous les mois de 4 mois à 1 an, puis 1 tous les 2 mois de 1 à 2 ans. Les rencontres étaient basées sur l'empathie, l'attention portée à l'enfant et l'interaction avec les parents, inspirées du modèle d'Esther Bick. Les évaluations étaient axées sur le développement du bébé, l'interaction et les représentations parentales, à la naissance et à 3, 9 et 24 mois. La psychologue réalisant le recrutement, les VAD, la collecte et l'analyse des résultats a bénéficié d'une supervision mensuelle. L'objectif de cette étude était d'observer les effets de cette action sur : « la construction progressive de la parentalité, les interactions affectives, le développement du bébé et de ses compétences propres, notamment du langage oral jusqu'à 4 ans ». L'orientation théorique de ce modèle est principalement psychanalytique.

L'étude INTERREG a montré que les VAD effectuées ont eu un impact positif sur le développement du jeune enfant. Les enfants ayant participé à la recherche INTERREG («cas») présentent :

- Moins de retard de langage,
- Un meilleur développement psychomoteur à l'âge de 2 ans,
- Moins de retard de langage au test ERTL4 (Alla et al., 1998) (17% par rapport au groupe témoin 31%, résultats non publiés).

À l'âge de 4 ans, une réduction statistiquement significative (20% versus 51%) du nombre d'enfants orientés vers une psychothérapie et/ou un orthophoniste a été observée dans la cohorte « cas » par rapport à la cohorte témoin.

Cependant, cette étude n'est pas transférable dans la population générale, nécessitant un coût financier important pour le recrutement de psychologues dédiés aux missions de prévention et un manque de puissance statistique.

Bien que très intéressants, ces dispositifs peuvent difficilement être implantés sur un territoire plus vaste en raison des besoins matériels, humains et financiers importants. De plus, les psychologues ne sont pas en première ligne lorsqu'il s'agit de réaliser des VAD notamment préventives, bien que cela puisse faire partie intégrante de leur métier.

Or, comme nous l'avons précisé, les services de PMI sont eux au cœur de la prévention primaire en périnatalité et l'une de leur mission principale consiste à réaliser des VAD.

Il est donc important de développer une méthodologie clinique plus économique et facilement généralisable sur l'ensemble du territoire pour véritablement lutter contre les ISS, en y associant des acteurs de terrain déjà présents auprès des familles. Cependant, cela nécessite de pouvoir

prendre en compte et s'adapter aux contraintes de leur contexte professionnel et à leurs connaissances et compétences professionnelles.

2.3.2 VAD réalisées par des puéricultrices

Seulement une recherche en France est axée sur les VAD réalisées par des puéricultrices de PMI : PANJO (Dugravier & Saïas, 2015; Saïas et al., 2015).

Cette étude vise à soutenir l'attachement auprès de mères primipares et isolées et comprend 2 volets :

- Un dispositif d'interventions renforcées à domicile comprenant au moins 2 VAD prénatales et 4 VAD postnatales (et selon les besoins des familles jusqu'aux 12 mois, 6 VAD supplémentaires pouvant être proposées aux familles). Les objectifs principaux de ces VAD sont de promouvoir les relations parent-enfant de qualité, le bon usage par les parents des services médico-sociaux et le maintien des liens avec les services de PMI, l'utilisation de leur propre réseau social et les comportements protecteurs de santé ;
- Un dispositif de soutien à la qualité des pratiques préventives des professionnels de PMI comprenant une évolution de l'organisation des services, une formation dédiée au programme, un référentiel et des outils d'intervention (fiches actions) principalement axés sur la théorie de l'attachement et une supervision mensuelle par une professionnelle formée à la théorie de l'attachement.

Ce dispositif a été proposé aux futures mères présentant des critères de vulnérabilités (isolement social, primipares, jeune âge…).

Les enseignements ayant pu être tirés de PANJO, déterminés par Santé publique France sont les suivants (conférence santé publique France en 2019 à Paris) :

- Les professionnels de PMI intervenant à domicile ont une forte expérience de leur métier et un fort engagement dans les activités de PMI,
- Le programme a été apprécié par les professionnels et vécu comme une expérience bénéfique pour leur pratique,
- Les VAD soutenues nécessitent une réorganisation des services,
- Ce type de programme donne une image positive de la PMI,
- La principale difficulté étant le repérage et la prise de contact avec les femmes enceintes les plus fragiles,
- L'intérêt des familles perçu par les professionnels : meilleure compréhension de leurs besoins et des services offerts,
- Réflexion nécessaire sur la meilleure cible de ce type de programme.

Des résultats qualitatifs de l'étude sont en cours de publications (Saïas) et les résultats quantitatifs ne sont pas encore publiés à ce jour.

Que faut-il retenir de ces programmes Français ?

Ces programmes présentent bien entendu de nombreuses similitudes :

- Leur objectif principal : réaliser de la prévention primaire en périnatalité pour prévenir les troubles de la relation parent-enfant et donc agir par ricochet sur le développement du jeune enfant et rompre l'isolement.
- La modalité d'intervention : les VAD débutées précocement (en pré ou post-partum immédiat).
- La formation et supervision des équipes réalisant les VAD.
- Les modalités d'intervention en VAD : l'observation, l'échange avec les parents et le jeu, tout comme décrit dans la littérature plus globale.
- Une référente pour la famille : la même puéricultrice suit la famille tout au long du dispositif.
- Un continuum temps suffisamment long : au moins 6 mois.
- Les critères de vulnérabilité concernant la population ciblée par le dispositif (territoire défavorisé, jeune âge des mères, isolement, etc.).

Les principales différences concernent :

- La fréquence des VAD : 44 VAD sur 27 mois (CAPEDP), 23 VAD sur 24 mois (INTERREG) et entre 6 et 12 sur 12 mois (PANJO).
- La fréquence des supervisions : mensuelles pour PANJO et hebdomadaires pour CAPEDP et INTERREG
- Le modèle théorique : CAPEDP et PANJO étaient davantage ciblés autour de l'attachement et la psychologie communautaire. INTERREG était plus centré sur un modèle psychanalytique, faisant référence notamment à la méthode d'observation par E. Bick.
- Les modalités de VAD : pour CAPEDP et PANJO les VAD étaient standardisées et protocolisées : vidéo feed-back avec les familles, utilisation d'une mallette d'outils encourageant la verbalisation du parent sur des thématiques précises (utilisation de cartes) et des prérequis à aborder en fonction de l'âge de l'enfant ou de la période de VAD. Quant à INTERREG, les VAD étaient axées sur une approche non interventionnelle auprès des familles, comprenant uniquement les 3 temps d'observation, de jeu et d'échanges avec les familles.

En résumé…

Nous pouvons constater que la grande majorité des programmes de VAD ont des effets positifs et bénéfiques tant pour le parent que pour l'enfant. Alors, nous pourrions nous demander : est-ce les différentes méthodes utilisées lors des VAD ou simplement le dispositif VAD ? Est-ce l'accompagnement, le soutien et la relation thérapeutique qui ont un effet positif sur le développement du bébé et l'interaction parent-enfant, permettant à l'enfant et ses parents de tisser leur histoire avec de nouveaux atouts ?

ELEMENTS FONDAMENTAUX D'UN DISPOSITIF DE PREVENTION PRIMAIRE EN PERINATALITE

L'accompagnement des professionnels est désormais reconnu comme un axe fondamental. La supervision est tout aussi importante que les VAD elles-mêmes et encore trop peu proposées aux professionnels de première ligne. Quant à la formation, elle a été démontrée comme une fonction clé dans les dispositifs de VAD en prévention primaire.

Tout nouveau dispositif implanté dans le cadre de la prévention primaire en périnatalité doit reprendre 4 principes fondamentaux (Pawl, 1995) :

- Définir un cadre conceptuel : quels que soient le contexte et la perspective théorique, le lien entre les concepts développementaux clés et la pratique clinique devrait être présent dans chaque rencontre entre le professionnel et la famille, justifiant la parole et les actions du praticien.
- Répondre aux besoins particuliers et uniques d'un enfant ou d'une famille. Il y a une certaine pression des pouvoirs publics pour « standardiser » les protocoles d'évaluation, la conception des programmes, les exigences de participation, et même les sujets de discussion lors des VAD, mais, il est important de retenir qu'un programme cliniquement réactif s'efforce de bien servir les familles. Il est donc nécessaire d'évaluer et prendre en compte les besoins des familles et ensuite d'adapter sa réponse.
- Engager une réflexion sur l'importance et l'impact de la relation d'aide elle-même : « l'usage professionnel de soi » est la clé de l'établissement et du maintien des relations parents-professionnels qui peuvent soutenir le bébé. Former les professionnels à construire des relations pourrait être une manière d'influencer les résultats thérapeutiques (Baldwin et al., 2007).
- Prendre place dans un système de soin qui, idéalement, soutient autant le praticien que l'enfant et sa famille : la formation, les programmes et politiques administratives, l'organisation des services au niveau communautaire et les politiques de santé publique…

3 LA SUPERVISION : PREREQUIS POUR UNE RELATION SECURE SUPERVISEUR-PUERICULTRICES

Comment accepter de se laisser surprendre, que l'autre nous émeuve, nous enseigne ? Comment supporter une forme de douleur pour soi dès qu'il s'agit d'entendre celle de l'autre ? Comment ne pas avoir peur de perdre sa place, ou de prendre celle d'un intervenant « plus compétent » lorsqu'un parent se livre ? Après avoir reçu un peu de cette douleur, comment ne pas se sentir trop mal ? Comment ne pas penser que la personne va plus mal, puisque l'on est soi-même troublé, que l'on est incompétent face à tant de souffrance ? Comment éviter la confusion entre ses propres sentiments et ceux de la personne rencontrée, surtout si l'on traverse soi-même un moment de vie difficile ? Tout le mouvement à opérer est là : le seul fait d'avoir pu écouter déplace la charge émotionnelle de la personne souffrante sur celui qui l'a reçue. Affronter la douleur des parents, lever les fragiles protections face à l'angoisse n'est pas une position confortable. Plus les parents sont « à risque », du fait de leur histoire passée, plus la communication sera difficile à engager. Où trouver l'énergie ? Comment se repérer ? Personne ne sort indemne d'un véritable échange qui a permis l'émergence d'émotions violentes jusqu'alors contenues et parfois même non conscientes.

La nécessité d'un recueil rationnel de ce que vivent les professionnels confrontés à de telles charges émotionnelles, la prise en compte indispensable de leurs représentations, de leurs besoins en termes de temps, mais aussi de reconnaissance et de formation, se sont imposées comme le véritable levier d'une politique de prévention (Molénat, 2001).

3.1 Définition

Une supervision et une analyse des pratiques régulières sont indispensables quelle que soit l'ancienneté ou l'expertise du soignant. La supervision est « une mesure d'accompagnement des professionnels dans une recherche de sens, visant à aider à regarder la situation selon plusieurs points de vue, en y rajoutant les facteurs personnels et les représentations » (Jardin & Rebillaud, 2006).

La supervision peut aider les professionnels dans l'appréhension des situations difficiles, voire complexes ou à dépasser une période de stress. Le cadre de ces réunions doit être solide et maintenu avec la même rigueur que le cadre d'un traitement : réunions régulières avec les mêmes soignants de référence. Leur durée (1 heure à 1 heure 30 minimum) doit permettre que s'installe un climat de confiance pour que les personnes puissent exprimer leurs éléments sans

danger en permettant un cadre d'autoréflexion favorisant la sécurité relationnelle (Lamour, 2010; Le Foll & Guedeney, 2014).
Dans le cadre de la supervision, « l'alliance entre professionnels est au moins aussi importante que l'alliance avec la famille, et peut même favoriser celle-ci » (Hervé & Maury, 2004).

3.2 La supervision et les VAD

La formation et la supervision des professionnels intervenant à domicile sont centrales. En effet, au domicile, le cadre externe est modifié (plus de bureau, pas de collègues, pas d'institution) et les soignants sont confrontés d'autant plus à la pathologie du lien ; il est donc fondamental qu'un cadre interne soit proposé aux intervenants (Hyndrak-Fabrizio & Welniarz, 2017; Welniarz et al., 2016).

Bien ancrées dans les pratiques psychiatriques, les supervisions ne sont pas encore généralisées en PMI. Selon une étude nationale (2016) sur les interventions à domicile en PMI, 54,2% (des 59 départements qui ont répondu) ont proposé un système de supervision ou d'analyse des pratiques à destination des professionnels réalisant des VAD (Saïas et al., 2018).

Si l'intervention des « psys » à l'égard des parents reste délimitée, leur importance dans la formation des autres personnels est manifeste en les autorisant à intervenir dans la dimension du soutien relationnel. Ils peuvent ainsi « encourager – en les soutenant – les soignants dans cette fonction éprouvante mais féconde » (Neyrand, 2004).
De plus, des effets bénéfiques des VAD ont mis en évidence la nécessité d'une prise en charge intensive, précoce et mise en place par des professionnels formés et supervisés (Le Foll & Guedeney, 2014).

3.3 Les résonances

Il est important de pouvoir évoquer dans le cadre de la supervision les projections que nous renvoyons sur l'enfant et/ou le parent afin de ne pas se faire happer par le système familial et ses modes de fonctionnement. Le risque, si la prise de conscience sur les modes interactionnels au sein du système dyadique ne se fait pas, serait de les reproduire dans la relation à la mère, au bébé et à la triade.

Elkaïm (Elkaïm, 1989) a développé le concept de résonances utilisé à la fois pour le thérapeute face à la famille et pour le superviseur face aux supervisés. Ces résonances se manifestent dans une situation où la même règle s'applique, elles sont donc constituées d'éléments semblables, communs à différents systèmes en intersection. Il est important de pouvoir prendre en compte ces résonances et les analyser car leur recherche peut se révéler cruciale pour le devenir du système thérapeutique. D'après l'auteur, il semblerait que le travail effectué sur tel ou tel point de résonance avec tel ou tel protagoniste d'un système particulier modifie les autres systèmes en interrelation**.** La résonance est un vécu qui assure une fonction dans le système (thérapeute-patient ou superviseur-supervisé). « Ce que je vis est lié à moi mais non réductible à moi » (Elkaïm, 2018) : *quelle est la fonction pour la personne de m'entraîner dans tel ou tel sentiment ?* En général c'est pour ne pas briser son armure et la garder en sécurité dans ce qu'elle connaît. Mes sentiments/émotions me décrivent quelque chose qui a une fonction dans ce système. En thérapie, le patient tente de répéter ce qu'il connaît avec le thérapeute pour conserver sa construction du monde et le thérapeute, tout en s'alliant au patient, doit tenter de ne pas y entrer afin que le patient puisse inaugurer en séance, expérimenter un nouveau mode relationnel, une nouvelle transaction, qu'il pourra exporter hors du contexte thérapeutique. Ce qui fait changer les personnes, ce sont les dimensions affectives expérimentées et non les actes. Il faut donc en supervision que le superviseur puisse travailler sur les résonances des puéricultrices au sein de la famille. Pour qu'elles ne se fassent pas happer par le système familial et qu'elles puissent mettre en lumière ce que ce système familial leur renvoie qui pourrait être en lien avec leur propre vécu.

Un malaise dans la communication s'avère être un excellent signal d'alarme pour l'intervenant (Molénat, 2001). Ce malaise correspondrait à un décalage entre ce que vit la mère (réveil d'émotions passées) et ce que ressent l'intervenant. Si ce « malaise dans la communication » n'est pas travaillé, il a de fortes chances de se retrouver dans la relation avec l'enfant. L'enfant sera alors envahi de projections et de confusions qui tiennent peu compte de sa propre réalité psychique. Le plus souvent à notre insu, par le biais d'une prise de pouvoir, voire d'une carence de support lorsque l'action n'est pas suffisamment ajustée à la dynamique d'une famille, nous offrons en miroir ce que les sujets souffrants ont pu connaître : conflits, méfiance, rivalité, incohérence, discontinuité, insécurité.

En supervision, il faudra alors se poser la question de : comment ce malaise peut-être contenu et pensé afin que l'intervenant puisse retrouver sa fonction contenante auprès de la famille.

Cette même fonction contenante devra être assurée par le superviseur auprès des intervenants à domicile.

Un risque de danger entre le bébé et sa famille aura un impact sur le professionnel (Lamour & Barraco, 1998) : « Ces bébés en souffrance, qui se construisent dans des interactions profondément perturbées, nous font d'abord vivre un « désaccordage », une mise en échec de nos processus empathiques. D'où la pauvreté de nos ressentis, la pauvreté de nos représentations, voire la sidération de notre fonctionnement psychique. S'installe un malaise diffus, vécu dans notre « corporéité », mais impossible à mettre en mot ». Les auteurs ont par ailleurs montré à quel point les soignants face à des enfants maltraités tendent à reproduire des interactions pathologiques avec eux et dans leurs relations avec les autres institutions. De tels phénomènes s'expliquent par la caractéristique spécifique de ces souffrances : elles se transmettent dans l'entourage par « diffusion », à l'image d'un gaz.

Si la question princeps : « Comment un environnement professionnel peut-il, à son insu, répéter ce qu'ont connu des parents meurtris dans leur propre construction ? » n'est pas posée, la collaboration interprofessionnelle construira des « tours de Babel ». C'est en prenant radicalement ses distances avec une culture de la réparation et en s'ouvrant sur celle de l'anticipation des compétences parentales que la prévention précoce peut advenir en périnatalité. Cet objectif a une condition sine qua non : le soutien élaboratif des professionnels qui seul peut interrompre la fatalité de la répétition de leur maltraitance (Missonnier, 2009).

La notion de résonance peut être rapprochée de la notion de transfert/contre transfert décrite en psychanalyse.

3.4 Importance de la verbalisation des affects

Les professionnels peuvent se sentir atteints dans leur propre narcissisme quand ils travaillent avec une mère dont le narcissisme a été très attaqué. Ils ont donc besoin de se sentir soutenus par ailleurs (professionnalisme, éclairage, retour d'information, etc.) pour « ne pas rester seul dans l'engagement relationnel auprès de familles très meurtries ».
Les professionnels doivent pouvoir eux-mêmes sentir leurs mouvements psychiques éclairés et contenus pour résister aux projections dont ils sont l'objet et « rien ne vaut un moment collectif

de prise de conscience qui fait effet d'électrochoc et remet de manière radicale les sujets dont nous parlons au centre de la réflexion » (Molénat, 2001).
L'intervenant peut également être en situation de stress, avec présence d'affects très variés : gêne, malaise, inquiétude, sentiment de solitude, colère, violence, tendresse, sentiment d'incompétence…, ce qui laisse place à des émotions pouvant être potentiellement partagées et venant activer les systèmes d'attachement respectifs (Jardin & Rebillaud, 2006; Le Foll & Guedeney, 2014).

3.5 La supervision et l'attachement

Tout comme dans la relation mère-enfant, la fonction réflexive joue un rôle important. En effet, les compétences réflexives de l'intervenant vont permettre aux parents de développer des capacités à se représenter l'état mental et les pensées de leur enfant. Dans le cadre de la supervision, c'est le superviseur qui adoptera cette fonction d'intervenant, car dans cet espace, les compétences réflexives de l'intervenant peuvent se développer au mieux. Superviseur et supervisé sont invités à entrer dans un dialogue réflexif et c'est cette capacité réflexive qui accroît la capacité du professionnel à comprendre le bébé et les parents, en mettant l'accent sur le développement des interactions précoces parent-enfant (Weatherston et al., 2010).

Le souci de la qualité générale de la supervision reposerait sur la qualité de la relation établie entre le superviseur et l'intervenant, relation qui influe par la suite celle entre l'intervenant et la famille. La relation sécure avec le superviseur donne une base de sécurité à l'intervenant qui, à son tour, peut offrir une base de sécurité pour les familles (Welniarz et al., 2016). Welniarz mentionne les principaux facteurs de ces bonnes pratiques, plébiscités par les superviseurs et les supervisés :
- Le cadre de la supervision et de la séance de supervision : le superviseur assure la confidentialité des séances, est disponible et n'a pas de relation hiérarchique avec l'intervenant,
- Les compétences du superviseur : le superviseur connait le travail sur le lien mère-enfant et doit être psychologue ou psychiatre ayant une expérience théorique et de terrain dans la prise en charge d'enfants et de familles,
- Les relations superviseur-intervenants : le superviseur crée une base de sécurité pour l'intervenant, une relation sécure et est garant de l'intervention en aidant l'intervenant à s'approprier son rôle, à bien le jouer et ne pas s'en éloigner. Cela concorde donc avec

l'hypothèse que la supervision fait office de premier maillon de la chaîne de sécurité attachementale « superviseur-intervenant-parents-enfants ».

- Les stratégies d'intervention du superviseur : le superviseur est empathique, bienveillant et à l'écoute. Il reconnaît et valorise le travail de l'intervenant et l'aide à se situer professionnellement, à trouver la bonne distance entre attitude d'écoute et d'intervention vis-à-vis de la famille. Il est présent pour repérer les mouvements transférentiels et contre-transférentiels (et donc les résonances) de la relation intervenant-famille et assume les différents rôles : analyser les pratiques des intervenants et l'aider à trouver des ressources pédagogiques pour progresser dans son travail, assurer la fonction de support émotionnel pour aider l'intervenant à identifier les obstacles émotionnels et intrapsychiques qu'il rencontre, fournir un apport théorique, aider à la résolution pratique de situations, analyser l'intervention, résoudre les conflits dans le cadre du projet, prendre le temps de parler « de tout et de rien ». Le superviseur doit également aider l'intervenant à identifier ce qui devient préoccupant dans la quantité d'informations qui peut lui être livrée lors de la VAD, l'aider à reformuler et à interpeller les bonnes personnes.

4 LA FORMATION DES PROFESSIONNELS

Quel contenu de formation fournir aux professionnels qui réalisent la prévention primaire en périnatalité ?

Il faut les former aux prérequis (communs aux différents courants théoriques) pour établir une relation sécure puéricultrice/parent, lesquels sont-ils ? Quels sont les points fondamentaux à prendre en compte, à soutenir ou développer pour travailler sur les relations précoces parent/enfant ? Sur quoi reposent les principes fondamentaux de la relation d'aide ? Comment établir une alliance thérapeutique de bonne qualité ? Comment remédier aux ruptures de l'alliance ? Quels sont les leviers et mécanismes du changement ? Pourquoi établir une alliance thérapeutique avec la mère et avec l'enfant, et quels liens peut-on faire avec la notion d'attachement puéricultrice/parent ? Quels sont les contenus des VAD communs aux différentes recherches et qu'apportent-ils à la relation parent/enfant/puéricultrice ?

4.1 Prérequis pour une relation sécure puéricultrice-parent en VAD

« Il n'est pas de relation sans rencontre, pas de rencontre sans imprévu. On ne sait pas ce qui va se passer, puisque la valeur de l'échange dépend autant de l'autre que de soi. Aucun savoir ne permet d'en faire l'économie. Ainsi se trouve posée la question de la sécurité du professionnel ». L'action relationnelle va se vivre d'abord au niveau individuel. Impossible à apprécier dans l'instant, l'effet d'une rencontre ne prend sens que dans une dynamique (Molénat, 2001).

4.1.1 Positionnement de la puéricultrice lors de la VAD

Plusieurs études anglo-saxonnes (Gaston, 1990; Piper et al., 1993) ont montré que les patients ayant eu des relations précoces problématiques ont essentiellement besoin de former une relation gratifiante avec le thérapeute. Ceci ne peut se faire que sur la base d'une relation thérapeutique sécure, qui est en soi un véritable vecteur de changement. La confiance du professionnel dans les capacités des parents et de l'enfant peut augmenter leur confiance en eux ainsi que leur confiance dans l'aide proposée (Hervé & Maury, 2004).

4.1.1.1 L'affiliation

La capacité du thérapeute à forger une relation de collaboration et une alliance thérapeutique de qualité avec le sujet/parent est nettement prédictive de résultats positifs (Baldwin et al., 2007; Egeland et al., 2000; Lieberman & Zeanah, 1999),.

Certains facteurs communs implicites peuvent être plus puissants que les théories utilisées et surplombent toute différence supposée entre les approches ; le plus important constitue la relation (Rosenzweig, 1936).

L'importance de la relation est également décrite à travers les axiomes de la communication (Watzlawick et al., 1979). Toute communication présente deux aspects : le contenu et la relation, tel que le second englobe le premier et est par la suite une métacommunication. Le premier aspect : le contenu, concerne ce que l'on veut faire passer. Le deuxième aspect, considéré comme primordial et primant sur le premier aspect, est la relation. Si la relation est « mauvaise », le contenu sera rejeté, déformé, ou ignoré. A l'inverse, si la relation est ressentie comme « bonne », de confiance, les interlocuteurs pourront se centrer sur le contenu, sans tenter de chercher, derrière ce que l'autre dit, à décrypter des intentions négatives.

Il est donc primordial d'établir une bonne relation avec le parent afin qu'il puisse se centrer sur le contenu de la VAD.

4.1.1.2 L'authenticité

Le thérapeute doit être authentique : il ne rentre pas dans la relation en tant qu'expert mais en tant que personne, dans l'ici et maintenant, authentique dans ses attitudes et capable d'éprouver des émotions et des sentiments, dont il peut, au besoin faire part au sujet (Rogers, 1968).

Cependant, la recherche de Hille et Knox (2002) (cité par (Duncan et al., 2012)) suggère que cela doit être employé dans un but de validation de la réalité, de normalisation des expériences, de renforcement de l'alliance pour proposer d'autres manières de penser ou d'agir, ou pour faciliter l'expression du sujet, et non dans un but de verbalisation des besoins propres au thérapeute.

Bateson (cité par (Watzlawick et al., 1979)) introduit la métacommunication qui fait référence à l'art de communiquer sur la communication en cours afin d'en préciser le sens. Elle peut concerner la relation ou le contenu de l'échange et peut être utilisée pour clarifier les objectifs et les intentions et/ou rétablir un équilibre et une entente dans la relation, et nécessite de l'authenticité.

Le « malaise dans la communication » est un signe prédictif (Molénat, 2001). Son repérage demande un minimum de sécurité (qui est mal à l'aise ? la patiente ou le professionnel ?). Il révèle que des émotions, liées à des expériences en dehors de la réalité actuelle, mais réveillées par elle, envahissent le psychisme. Le simple fait de pouvoir dire « je ne vous sens pas très bien mais je ne comprends pas ce qu'il se passe » permet alors de reconnaître les émotions de la mère. En se sentant reconnue dans ses émotions, nous émettons l'hypothèse qu'elle pourra alors, au fur et à mesure, transposer cette posture avec son enfant. Ce « malaise dans la communication » doit être repris par le professionnel car « s'il n'est pas mis à plat et travaillé, il a de fortes chances de se retrouver dans la relation avec l'enfant ».

Le premier axiome de la communication « On ne peut pas ne pas communiquer » spécifie que chaque être humain adopte un comportement qui a valeur de message (Watzlawick et al., 1979). *Par exemple : les familles qui n'ouvrent pas la porte, qui accueillent le professionnel porte entrouverte, qui restent mutiques au cours de la visite,… Ces familles transmettent un message à travers leurs attitudes. Comment le professionnel adapte son comportement à ce message tout en restant authentique et en métacommuniquant ?*

4.1.1.3 La bienveillance et venue inconditionnelle

« Les soignants se voient engagés dans une relation elle-même à risque pour ces familles, puisque ces dernières vont souvent susciter en eux non seulement un sentiment d'usure, d'impuissance, mais aussi parfois un véritable sentiment de rejet, ce qui vient encore renforcer leur méfiance et leur isolement » (Lamour, cité par (Moralès-Huet, 1996)).

Il faut concevoir les difficultés des familles à consulter en n'omettant pas de tenir compte de leurs histoires et conflits familiaux qui se mobilisent dans le transfert aux professionnels, qui sont alors vécus comme de mauvais parents ou parents « insuffisamment bons ». Par conséquent, il faudra comprendre ces parents qui adoptent des attitudes de méfiance envers le professionnel, des attitudes de mises à distance, d'évitement ou d'agressions ouvertes et il sera nécessaire de poursuivre et renforcer le lien à ces parents qui ne font que reproduire les relations discontinuent qui se sont jouées dans leur histoire personnelle (souvent marquée par un mélange d'amour et de rejet, d'absence de fiabilité et de différentes formes d'abus) (Seligman et Pawl, 1984 cité par (Stoleru & Morales-Huet, 1988)).

4.1.1.4 L'empathie

Empathie signifie « sentir le monde privé du client comme s'il était le vôtre, mais sans jamais oublier la qualité du « comme si »» (Rogers, 1968). Elle serait le réel moteur du soin et comme faisant partie de la personnalité de celui qui la pratique.

Pour occuper cette position empathique, le thérapeute ne doit pas se contenter de simplement répéter ou refléter les paroles du sujet, il doit communiquer à la personne son vécu et les conséquences qui en découlent, pour lui permettre d'accéder à autant d'informations. Le thérapeute empathique prête donc beaucoup attention au non-dit.

D'après une méta-analyse de 47 études (Bohart, Eliott et al. 2002, rapporté par (Duncan et al., 2012)), l'empathie permettrait de positiver la relation, de contribuer à un vécu émotionnel correcteur, de promouvoir l'exploration et la création de sens et de soutenir l'autoguérison active.

Lamboy (Lamboy, 2011) définit l'empathie à travers les questions à se poser face à un sujet : qu'est-ce que cette personne est en train de vivre, d'éprouver, de ressentir dans cette situation ? Comment fait-elle face à cette situation actuellement ? Dans quel monde subjectif vit-elle ? Que souhaite-t-elle vraiment ?

Il serait nécessaire d'adopter une souplesse « élastique » en ce qui concerne la distance relationnelle (Hervé & Maury, 2004) : à certains moments le thérapeute doit être dans une position de résonnance empathique et à d'autres davantage dans une position de métacommunication. Cela demande donc une adaptation entre la perception des émotions en jeu et l'expression de ce que l'intervenant perçoit.

4.1.1.5 La vision positive des situations

Le professionnel doit avoir une attitude positive inconditionnelle (ou regard positif inconditionnel) (Rogers, 1968). Cette attitude jalonne toutes les étapes de la relation avec l'individu et se définit par l'acceptation de l'autre : ne porter aucun jugement négatif, aller rencontrer la personne sans a priori, sans jugement de valeur, être focalisé sur l'ici et maintenant du vécu de la personne au moment où nous la rencontrons. Le professionnel se contente, dans un premier temps, de recueillir et renvoyer les propos qui lui sont rapportés par l'individu, par la reformulation.

D'après Rogers, la reformulation ne doit pas être utilisée comme une simple technique mais dans un but de « vérifications d'impressions » ou « essais de compréhension » du thérapeute

pour vérifier que ses impressions soient bien en adéquation avec le vécu de la personne et ne soient pas une interprétation du thérapeute.
La reformulation doit permettre à la personne d'entrevoir d'autres perspectives, ce n'est pas qu'une reformulation en miroir, elle doit pouvoir diriger la personne vers ses compétences et une vision plus positive d'elle-même. *Exemple : « Je suis si faible que je ne peux rien faire»* → *« vous vous sentez si faible qu'il vous semble que vous ne pouvez rien entreprendre », le thérapeute reprend donc la notion de faiblesse et la traite comme une impression et non comme un état, et utilise un terme qui suggère l'action plutôt que son accomplissement*. Comme décrit dans le modèle de Bruges (Isebaert & Cabié, 1997) « tout en respectant le contenu de la description que le client fait de ses difficultés, le thérapeute peut en reprendre certains aspects et les reformuler d'une façon plus positive, ou à tout le moins d'une façon qui ouvre des perspectives de changement ».

Rogers insiste sur le fait que ce regard positif inconditionnel doit permettre de considérer le point de vue de l'autre, même s'il est diamétralement opposé au nôtre, et de reconnaître que sa réalité est aussi réelle pour lui que la nôtre l'est pour nous.

Cela pose la question des « recommandations de prévention » faites par les professionnels lors des VAD postnatales (d'autant plus lorsqu'il n'y a qu'une seule et unique VAD postnatale pour les familles n'étant pas à risque). Comment s'opère le repérage des familles à risque ? Sur quels critères ? Il faut être vigilant sur le fait que les critères prédéfinis ne sont pas protecteurs d'autres fragilités pouvant entraîner des répercussions négatives dans l'interaction parents/enfant ou sur le développement de l'enfant.

Le thérapeute ne doit pas avoir pour objectif de convaincre la personne que sa vision est erronée, mais davantage de venir compléter et élargir sa vision, venir placer un grain de sable dans les rouages de sa logique de pensée afin d'injecter du renouveau (Isebaert & Cabié, 1997).

Une des tâches cruciales du thérapeute est donc de repérer les ressources de l'individu afin de lui permettre d'y accéder pour qu'il puisse procéder à un changement dans son mode de pensée. C'est, toujours d'après Rogers, cette présomption qu'a le thérapeute sur les compétences de la personne qu'une relation de personne à personne peut se faire (et non d'expert à « ignorant »). Cette vision positive, permettant de rester à l'affût de ressources de la personne et des solutions aux difficultés étant naturellement présentes dans le système, est également décrite dans le

modèle de Bruges : « si le thérapeute veille à garder une vision positive, il lui sera plus facile de semer, tout au long de l'entretien, des remarques plus ou moins discrètes soulignant les atouts dont dispose le patient » (Isebaert & Cabié, 1997).

Quel avenir pour cette unique VAD postnatale ? Pour repérer les compétences, le potentiel des parents et aller en VAD en repérant les points positifs pour les accentuer, ne faudrait-il pas que plusieurs VAD soient instituées d'emblée ? La déformation professionnelle amenée par la recrudescence des VAD ayant pour mission la protection de l'enfance vient biaiser le regard du professionnel en se focalisant de prime abord sur les points inquiétants, négatifs et à travailler, probablement par manque de temps. Le temps de l'enfant, pour son développement harmonieux, ne correspondant pas aux temps humains pouvant être déployés dans certains services de PMI.

Une étude de Ducan et Moynihan (1994) (cité par (Duncan et al., 2012)) décrit le fait que ces sentiments, dits positifs à l'égard du sujet, devraient leur être formulés non dans un déversement de compliments, mais en adoptant une attitude communicative bienveillante et respectueuse afin de soutenir chez eux un sentiment fondamental de valeur.
Molénat s'étonne de voir les parents rassurés lorsqu'ils discernent un intérêt au titre de leur enfant et non de leurs éventuelles « défaillances », perçues par eux-mêmes ou par les témoins comme relevant du domaine « négatif » (Molénat, 2001).

« Les facteurs de risque classiques ont constitué un premier niveau de vigilance, en même temps qu'ils portaient leur propre poison : repérer le négatif sans avoir forcément les moyens de chercher la subjectivité de la patiente ». Si la prévention périnatale ne s'accompagne pas chez les divers professionnels en réseau d'un souci éthique commun du respect de la subjectivité créatrice des parents, elle sera synonyme de maltraitance institutionnelle qui favorise la répétition délétère alors qu'elle prétend la combattre (Missonnier, 2009; Molénat, 2001).

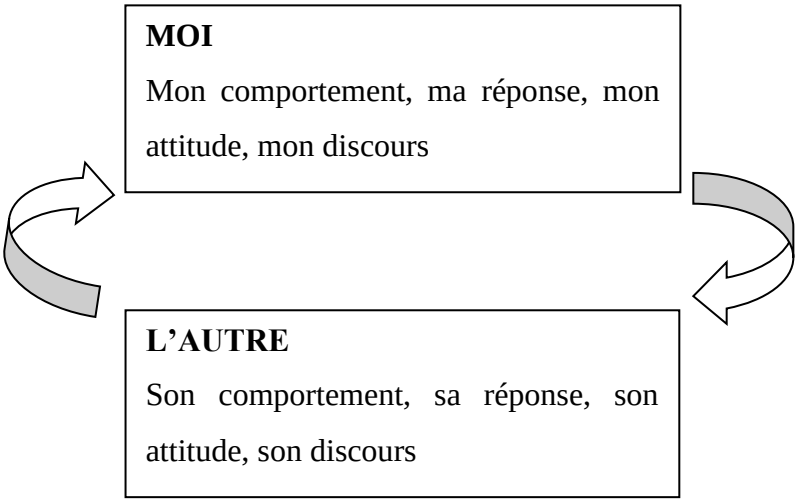
Pour que cela puisse-être possible, ne faudrait-il pas que les puéricultrices de PMI puissent disposer d'un espace de réflexion, d'élaboration (à travers des moments de supervision instaurés systématiquement dans les services) et d'un temps de travail leur permettant de passer plus de temps auprès de toutes les familles ?

« On veut « prévenir » le négatif – sinon pourquoi prévenir ? Le risque est alors d'aborder les parents par le biais d'un négatif potentiel. Comment être positif en pensant au négatif ? […] Prévenir la maltraitance, c'est risquer de voir l'enfant maltraité comme avenir possible. L'intention est plus que louable, mais comment rester relié aux parents concernés avec à l'esprit de telles images ? Collecter les facteurs de risque, et donc tout ce qui manque ou a manqué, au moment où une mère met tant d'espoir dans un avenir neuf, devient une mission bien délicate si l'on veut maintenir la confiance » (Molénat, 2001).
Quel regard porte le professionnel sur les parents avec cette préoccupation en arrière-plan ? En corollaire, quels en seront les effets sur l'image que les parents se forgeront d'eux-mêmes et de leurs enfants ? Ne risquons-nous pas de devenir maltraitants à notre tour ?

4.1.1.6 Le non-jugement

S'abstenir de juger, parce que cela perturbe le mécanisme d'écoute directe, trouble et déforme les perceptions. Le thérapeute peut alors faire des retours sur ses propres émotions et ressentis et donc engager la métacommunication. Le non-jugement et la non comparaison à une norme lorsque la personne livre ses émotions et ressentis, permettront de cultiver une confiance et une sécurité de base qui se développeront au cours de cette rencontre.

Comme le décrit le troisième axiome de la communication (Watzlawick et al., 1979), la nature de la relation dépend de la ponctuation des séquences de communication entre partenaires. La communication est donc un système circulaire d'échanges. Le comportement de l'un induit le comportement de l'autre, qui lui-même réinduit le comportement du premier. Il s'agira donc de ne pas considérer uniquement notre attitude en réponse au comportement de l'autre mais de se rendre compte de l'impact de notre propre attitude sur le comportement et l'attitude de l'autre.



Weatherston souligne la nécessité de respecter et de comprendre les besoins des familles, de ne porter aucun jugement sur leurs défaillances parentales, et d'être tout aussi sensible à leurs ressources qu'à leurs vulnérabilités et à leurs échecs.

Ainsi, si nous nous rendons auprès de ces familles avec des a priori négatifs, un jugement,… Quelle sera notre attitude à leur égard ? Et qu'allons-nous susciter dans la relation ? Quelle communication allons-nous établir ? Quelle répercussion cela va-t-il avoir sur notre relation à elles et donc la relation qu'elles auront à ce moment-ci avec leur enfant ?

4.1.1.7 La valorisation des compétences parentales

« Pour un public de professionnels, une attitude active visant à mettre au jour le plus tôt possible les ressources intérieures des futurs parents avant qu'ils ne se sentent en échec, ne passe pas… Ainsi, parler de la place des parents n'est pas une priorité pour ceux qui ont l'enfant pour objet d'attention » (Molénat, 2001).

En tant que thérapeute, nous sommes le stimulateur des capacités autothérapeutiques, notre travail est donc d'aider la personne à trouver en elle ses propres ressources.

La construction d'une alliance avec les familles repose sur l'attitude disponible et empathique du thérapeute, le repérage de ses sentiments négatifs, de sa capacité à s'adapter aux particularités de la famille et à renforcer le sentiment de participation active et de compétence de chacun (Hervé & Maury, 2004). Les auteurs précisent également que la confiance du professionnel dans les capacités des parents et de l'enfant peut augmenter leur confiance en eux ainsi que leur confiance dans l'aide proposée. Ce n'est que lorsque les parents auront suffisamment retrouvé un sentiment de compétence, c'est-à-dire qu'ils se sentiront suffisamment reconnus dans leur relation avec le thérapeute, que celui-ci pourra introduire de petits changements et proposer d'autres perspectives.

La rencontre peut aider la mère à se sentir qualifiée dans ses compétences et à trouver ou retrouver une place auprès de son bébé (Hervé et al., 1999).

Le parent qui vient d'un milieu vulnérable a dû faire des interprétations hostiles pour se protéger (Tarabulsy, 2020). Parfois cette vigilance qu'a le parent est dirigée à l'égard de l'enfant. Or nous souhaitons défaire cette vigilance à l'égard de l'enfant (*par exemple quand l'enfant pleure, beaucoup de parents font l'interprétation de : « il me manipule, il fait l'enfant gâté… »)* pour travailler sur les compétences parentales qui permettront de sortir de ces interprétations hostiles. Différentes approches qui utilisent le recours à l'action sont possibles :

- L’enfant communique par des émotions, il est important de le faire constater au parent
- Ce que les parents font est important
- Soutenir l’autonomie émergente de l’enfant et accompagner le parent pour qu’il apprenne à veiller sur son enfant dans différents contextes alors qu’il devient de plus en plus autonome
- L’encadrement : le parent doit intervenir et dire « non » pour le bien de l’enfant. Il faut alors accompagner le parent pour l’aider à intervenir sans retirer son affection pour l’enfant.

Moss et Cyr (cité par Tarabulsy) utilisent une intervention relationnelle, validée pour les enfants de 0-5 ans axée sur des rencontres hebdomadaires, utilisant des capsules de discussion (segment de formation sur le développement de l’enfant et rétroaction vidéo en relevant uniquement les bonnes choses et les mauvaises seront intégrées dans la suite des entretiens). Cette approche reprend les mécanismes de vidéo-intervention maintenant largement décrites dans la littérature. Cet outil de médiation thérapeutique permet d’appréhender les interactions comportementales, affectives et fantasmatiques, d’avoir accès aux comportements manifestes et aux représentations sous-jacentes. Lors du visionnage des séquences avec le parent, les extraits montrés sont en premier lieu positifs, ce qui permettra au parent de se sentir valorisé dans ses compétences parentales. Un lien de confiance peut alors s’établir avec le parent, et notre rôle est de souligner ce que le parent fait bien.
Si on menace le parent, en accentuant sur leur incompétence, on vient activer leur système d’attachement. De ce fait, il ne sera plus en capacité d’assumer sa fonction de caregiver auprès de son enfant. Il faut sécuriser le parent, pour qu’il puisse faire ces apprentissages, et donc passer par un lien de confiance qui va créer un sentiment de sécurité pour baisser la garde et faire ces apprentissages (Tarabulsy, 2020). Il ne s’agit donc pas de venir diagnostiquer les insuffisances pour les travailler car cela ne marche pas (Raynaud lors du webinaire ou Tarabulsy intervenait (Tarabulsy, 2020)), mais plutôt de valoriser ce qu’il sait faire.

Il est nécessaire de se soustraire à la position haute que l’on adopte lorsque l’on accompagne les familles, en tant que personne « savante », sachant mieux que les familles, comme expert, afin de pouvoir davantage s’intéresser au contexte et à la personne, à être présent dans l’ici et maintenant, à ce que les parents présentent comme capacités et non à ce que l’on pense savoir de ces familles étiquetées vulnérables. Cependant, en fonction de ce qui est repéré dans la situation et dans la clinique du parent, cette position haute peut être maintenue pour rassurer les familles. D’après le cinquième axiome de la communication (Watzlawick et al., 1979) : une communication est soit symétrique, soit complémentaire. La relation symétrique est une

relation d'égalité qui minimise la différence et sous-entend que le savoir et la décision sont partagés. A contrario, la relation complémentaire est une relation qui maximise la différence, avec deux positions : l'une basse, l'autre haute. Dans l'idéal, la relation devrait tendre vers une relation symétrique, mais il est nécessaire pour le professionnel de s'adapter aux besoins et demandes de l'individu, en décryptant ce qui peut lui être bénéfique dans ce contexte. *Exemple : face à une maman très angoissée par les pleurs de son bébé, dans l'incapacité de réfléchir à distance, le fait d'adopter une relation complémentaire pourra davantage faire office de réassurance afin de diminuer son angoisse et repartir dans une relation plus symétrique.*

Rassurer les parents sur leurs compétences parentales fait donc référence à l' « empowerment », notion qui occupe également le devant de la scène dans notre société.

4.1.1.8 La non-directivité

Rogers considère que le thérapeute doit être non directif avec le sujet, c'est-à-dire qu'il faut suivre la personne, ses questionnements, et non la diriger. Le sujet choisit ses propres buts, même s'ils sont en contradiction avec ceux que le professionnel aurait choisis. A l'inverse d'un entretien directif où le professionnel choisit le but désirable et socialement approuvé que le sujet doit atteindre avec son aide. Le thérapeute fournit une atmosphère dans laquelle le sujet peut être ouvert, participer, tester ses idées et faire des erreurs.

Il s'agit donc d'inviter à décrire plutôt qu'interpréter, inciter à explorer plutôt qu'à définir, inviter à ressentir plutôt que raisonner et intellectualiser. Le rôle du thérapeute est alors d'accueillir ce qui va être dit.

Cela implique : une attitude active du thérapeute (être attentif, curieux, intéressé par ce qui se passe, ce qui est dit, alerte et pleinement vivant), et une part active de l'individu en montrant la direction qu'il souhaite emprunter.

Une revue de 50 années de littérature (Orlinsky en 2004 cité par (Duncan et al., 2012)) affirme que « la qualité de la participation du patient s'avère être le déterminant le plus important des résultats ».

4.1.1.9 Recueil des émotions négatives

D'après Rogers, il est important de recueillir chaque sentiment, quelle que soit sa connotation et si négative soit-elle. Cela permet à la personne de ne pas avoir besoin ni de se défendre des

émotions négatives, ni de survaloriser les émotions positives, mais simplement de pouvoir être authentique et donc avoir une meilleure compréhension d'elle-même.
Il ne s'agit pas de s'attarder sur cette émotion négative afin de ne pas la cristalliser et de ne pas utiliser de formulation de type trop émotionnel qui tend à amplifier ces sentiments négatifs (Lamboy, 2011).
Dans son approche, Fraiberg (Fraiberg et al., 1980) donne la permission à la mère de ressentir des affects pénibles et douloureux et de pouvoir les verbaliser (Moralès-Huet, 1996). Elle considère qu'il est nécessaire de pouvoir permettre à la maman d'exprimer toute ses émotions, si négatives soient-elles (tristesse, colère, déception, lassitude, peur…) concernant son enfant, la relation qu'elle noue avec lui, la situation, la relation avec l'intervenant… afin que le parent puisse faire l'expérience du mirroring de la part du thérapeute (par le biais de la communication verbale mais surtout non verbale via la modulation de l'intonation, la distance avec le parent, le toucher, le regard, les mimiques faciales…). Cette expérience d'empathie envers le parent qui exprime sa souffrance peut s'avérer être une expérience inédite pour certains.

Zeanah et McDonough (cité par (Hervé & Maury, 2004)) établissent un lien positif entre la prise en compte des préoccupations et aspirations de la famille et une intervention ayant des probabilités importantes de succès. Il s'agit donc de s'interroger sur la logique interne de la famille, le système de référence ou les actes, et les pensées de ses membres deviendront alors plus compréhensibles.

En résumé, pour Rogers, ces éléments ne constituent pas une technique mais une philosophie de vie, une manière d'être, qui nécessite un engagement personnel du soignant.
Par son approche « centrée sur la personne », Rogers nous invite à nous questionner sur la relation humaine qui fonde le cœur même du métier centré sur la relation d'aide.

4.1.1.10 *Le moment présent*

Stern (Stern et al., 1998) souligne l'importance du rapport relationnel et du « moment présent ». Ces moment présents sont qualitativement différents et affectivement chargés, dans lesquels la personne ou le thérapeute a pu vivre quelque chose d'important ; si le thérapeute reste conscient et ouvert et peut saisir le « moment présent » et y répondre de manière authentique et non préméditée, ils deviennent les éléments constitutifs du changement via des « moments de

rencontre » dans lesquels se produit une augmentation de la compréhension mutuelle thérapeute-individu ; un développement relationnel authentique peut alors se construire.
Ne pas mettre l'avenir à la place du présent, mais renforcer le présent pour ouvrir l'avenir (Molénat, 2001).

4.1.1.11 *La guidance développementale*

Fraiberg (Fraiberg et al., 1980) évoque la notion de guidance développementale, qui a pour but d'encourager et de renforcer l'attachement entre les parents et le bébé, d'aider les parents à comprendre le « langage » de leur enfant et à trouver de nouvelles méthodes d'éducation.

La préoccupation des professionnels de la petite enfance est la santé du bébé et son développement. Fraiberg définit la guidance développementale comme étant centrée sur les soins élémentaires à donner au bébé et sur ses besoins affectifs et développementaux. Elle passerait par une reconnaissance des propres besoins de la mère et de ce qu'elle éprouve.
« Ces interventions de guidance auront valeur d'interprétation et ne devront être formulées uniquement lorsque celles-ci sont utilisables par les parents, parents considérés comme véritables partenaires dans la mise en place de cet accompagnement ». Ces interventions de guidance viennent souligner les besoins de l'enfant et aider la maman à les reconnaître, les tolérer et y répondre. Ce travail de guidance n'est possible qu'à partir du moment où il y a une bonne alliance thérapeutique (Moralès-Huet, 1996).

Cette guidance développementale vise à donner aux parents une information concernant le développement de chaque bébé et les soins spécifiques dont les enfants ont besoin (Weatherston, 1995, 2000, 2003). L'opportunité qu'ont les parents d'observer le bébé et de lui répondre en présence du thérapeute, les aide à prendre conscience peu à peu de l'unicité de chaque bébé, à se sentir plus confiants dans leurs réactions face au bébé, à oser poser des questions et à se réjouir des changements, semaine après semaine. L'intervenant doit montrer à la maman que le bébé est une personne distincte et compétente et mettre en mots ce qu'elle perçoit du comportement du bébé envers sa maman : *« elle vous suit du regard lorsque vous quittez la pièce, il n'y a que vous qui puissiez la faire rire, elle semble heureuse lorsque vous la prenez sur vos genoux pour qu'elle puisse regarder son frère jouer…».*

Elle permettrait :

- D'offrir des informations sur les routines de puériculture de base (nourrir, dormir, pleurer, réconforter) et encourage les parents à rechercher les compétences changeantes du bébé, suggérant les tâches de développement à venir,
- De proposer des activités et des expériences qui enrichiront à la fois les plaisirs et les capacités du bébé et des parents,
- De faire des observations du bébé et inviter le parent à faire de même,
- De parler au nom du bébé, en identifiant les besoins ou désirs immédiats du bébé, modéliser un comportement particulier en matière de soin et encourager le bébé à réagir.

Il est important de s'interroger sur : le parent me demande-t-il un conseil ? Cherche-t-il simplement à être valorisé pour le comportement qu'il a adopté auprès de son enfant ? Cherche-t-il à avoir des informations plus concrètes sur un point particulier ?
Comme nous l'avons vu dans les paragraphes précédents, il est important de valoriser les compétences parentales, d'avoir un regard positif inconditionnel, de ne pas être dans le jugement, de laisser une part active au parent, et cela n'est possible qu'en laissant le parent amener ce qui lui semble problématique, ce qui le préoccupe ou l'inquiète.

En résumé, l'efficacité des interventions à domicile se fonde sur la relation entre l'intervenant et le parent (Heinicke et al., 1999)**.**
Un bébé se développe essentiellement à partir des interactions quotidiennes entre lui et les personnes significatives qui répondent à ses besoins primordiaux.
De la même façon, il est important pour l'intervenant de créer un lien de confiance avec les parents qui permettra de rompre l'inhibition des compétences parentales et de favoriser l'exploration du monde pouvant être perçu comme hostile et dangereux. Cela pourra être permis grâce à des échanges plus ou moins fréquents mais continus. Le facteur primordial de changement semble être la relation de confiance entre le professionnel et le parent. Celle-ci étant possible, notamment grâce à l'empathie, l'accessibilité de l'intervenant, la disponibilité émotionnelle, la régularité et la continuité des contacts.
La relation thérapeutique entre la mère et le thérapeute est considérée comme jouant un rôle déterminant dans le développement des capacités de la mère à penser et à exprimer ses sentiments envers son bébé (Lieberman et al., 1991)**.**

« Il y a, dans la rencontre avec un professionnel qui ne juge pas, qui est investi du pouvoir de la science et qui sait écouter, un effet révélateur étonnant : c'est l'effet rencontre » (Cramer, 1993)**.**

4.1.1.12 *Etablir une relation de qualité*

L'APA (American Psychological Association) est le premier groupe de travail ayant synthétisé des données empiriques issues de recherches scientifiques. Ils ont établis une liste des éléments de la relation et des moyens efficaces d'adapter une relation d'aide à chaque sujet :

1- L'empathie

Bachelor et Horvath (1999) démontrent l'utilité d'obtenir un feed-back de la part du sujet. « Les intentions ou les efforts des cliniciens pour être empathiques ne suffisent pas ; il est nécessaire de connaître la manière dont le client accueille cette empathie » (Duncan et al., 2012).

2- Alliance thérapeutique

Tous ces aspects de la communication et de la relation nécessitent un accordage affectif entre l'individu et l'intervenant.

Cet accordage affectif joue un rôle fondamental dans l'alliance thérapeutique et est modulé par l'échange verbal et par la communication infralangagière (pour une large part) (Fivaz-Depeursinge & Corboz-Warnery, 2001, cité par (Duncan et al., 2012)).

Le quatrième axiome de la communication (Watzlawick et al., 1979) fait également référence à cette modulation des échanges nécessaire à la mise en place d'une alliance de qualité : « la communication humaine utilise simultanément deux modes de communication » :

- La communication analogique, qui définit la relation, fait référence à la communication non verbale (prosodie, mimiques faciales, regard, gestes, postures, orientation et distance des corps...). Ses capacités d'expression sont sources d'interprétations de la part de l'interlocuteur. Grâce à cette communication non verbale, le sens de la communication pourra être compris.
- La communication digitale vient compléter ce langage non verbal en précisant le contenu et en ayant possiblement recours à la métacommunication. Ce langage digital permet donc de recadrer le message analogique et d'éviter les interprétations hasardeuses.

Il est donc essentiel d'être attentif au langage non verbal, soit en l'accentuant pour renforcer le message à faire passer dans le digital *(exemple : un sourire, un hochement de tête, une mimique faciale convaincue lorsque nous rassurerons la maman sur ses compétences parentales)* soit, en le justifiant pour éviter une interprétation erronée *(exemple : verbaliser le fait d'être parasité par le bruit de la télévision lors de la visite).*

Ce langage non verbal aide à définir la relation entre les partenaires, le degré d'intimité de leurs échanges et donne des informations sur la qualité de l'alliance (Hervé et al., 2006).

Il faut néanmoins rester vigilant à ne pas confondre alliance et relation : la relation est bien plus étendue et inclut davantage de choses que la seule alliance (empathie, regard positif…). L'alliance est donc un élément fondamental de la relation d'aide (Hervé & Maury, 2004).

Une méta-analyse de 89 études a montré une bonne corrélation entre l'alliance et les résultats de la thérapie (Horvath & Bedi, 2002). Deux études (Marziali, 1984) et Plotnicov (1990) (cité par (Hervé et al., 2008)) ont démontré une association entre la qualité de l'alliance à la première consultation et l'évolution du patient.

Les études de thérapies d'adultes montrent que l'alliance se développe au cours des trois à cinq premières séances (Duncan et al., 2012; Hervé et al., 2008). D'après Hervé cette alliance se développe plus rapidement dans les thérapies avec une mère et son nourrisson. L'alliance correspond aux liens de confiance et de collaboration entre le thérapeute et son patient « le climat émotionnel positif engendré par l'alliance va servir de catalyseur, rendant efficace les interventions » (Hervé & Maury, 2004). Cependant, cette alliance ne va pas de soi, elle constitue un problème partagé avec le patient, elle se coconstruit et est le fruit des interactions entre les contributions du patient et celles du professionnel. Le thérapeute a donc une double tâche : repérer les difficultés d'alliance et favoriser celle-ci, notamment par le biais du feed-back du patient.

Puis, du côté du thérapeute, favoriser une alliance plus robuste par l'utilisation de techniques de communication, d'empathie, d'ouverture et une absence d'interactions hostiles. Il paraît également important de parvenir à un consensus quant aux buts (le lien pourrait-être fait avec le partenariat corrigé quant au but, décrit dans la théorie de l'attachement) et aux tâches respectives pour favoriser la formation de cette alliance. Enfin, l'importance, durant les premières séances, du lien relationnel, essentiellement au niveau de la compréhension, de la sécurité et de la confiance.

3- Consensus quant aux objectifs et collaboration

Le consensus quant aux objectifs fait référence à l'accord entre le thérapeute et le sujet sur les objectifs et les attentes du suivi. La collaboration est décrite comme étant l'implication mutuelle des participants de la relation (Duncan et al., 2012).

La présentation du suivi comme fruit d'une collaboration et d'un travail d'équipe, l'encouragement du sujet à fournir un feed-back spécifique et la construction d'un sentiment d'unité (via l'utilisation de mots comme « nous » et « faisons ») contribuent à la perception d'une alliance facilitatrice chez les sujets (Creed et Kendall, 2005 cité par (Duncan et al., 2012)).

Il faut placer les parent en position de partenaires actifs afin de leur permettre un sentiment de collaboration, dans le but d'augmenter leur sentiment de sécurité (Hervé & Maury, 2004).

4- Le regard positif (partie 4.1.1.5 de ce chapitre « La vision positive des situations »)
5- La congruence/authenticité (partie 4.1.1.2 de ce chapitre « L'authenticité »)
6- Le feed-back

Le feed-back peut être adressé au sujet et au thérapeute.

Dans le premier cas, il se définit comme une information descriptive et évaluative que le thérapeute fournit au sujet concernant son comportement ou les effets de celui-ci. Une corrélation de 73% est constatée entre le feed-back et les résultats thérapeutiques (Claiborn et al. 2002, cité par Duncan et Miller (2012)).

Et dans le second, le feed-back est adressé au thérapeute et fait par le sujet. Il est important de recueillir les attentes de la personne, de lui demander ce qu'elle pense du suivi, de la relation qui se crée, de ce qui la dérange, ce qu'elle apprécie, le soutien perçu, la motivation à participer… Cela permet : de renforcer l'alliance thérapeutique et le sentiment de valeur de la personne ; et au professionnel d'ajuster la relation aux attentes de la personne afin de créer un sentier commun (Duncan et al., 2012). Le feed-back prévient la dégradation de la relation (donc l'arrêt du suivi) et améliore les résultats positifs de manière cliniquement significative. Dans ces études, les patients bénéficiant d'un feed-back sur leur suivi et leur évolution, bénéficient de moins de séances que ceux n'en ayant pas eu, alors qu'ils étaient identifiés comme étant sur la bonne voie du changement.

7- La remédiation aux ruptures de l'alliance

La rupture de l'alliance correspond à une tension au sein de la relation de collaboration ou une rupture de cette dernière. L'accent est mis sur l'importance d'une analyse en direct du vécu du suivi et de la relation entre le clinicien et le client (feed-back) (Duncan et al., 2012). Si le thérapeute peut repérer les ruptures de l'alliance (pouvant s'exprimer au travers de sentiments négatifs du patient à l'égard du professionnel, de signes non verbaux d'évitement, d'oublis de rendez-vous, mais également par un haut niveau de compliance) et travailler à les résoudre, il s'ensuit en général un gain thérapeutique important (Bordin, 1994 ; Safran et Muran, 1996, cités par (Hervé & Maury, 2004)).

L'alliance n'est pas un phénomène linéaire, elle suit dans le temps des cycles d'affaiblissements et de renouvellements, et, de ce fait, une diminution de l'alliance peut parfois être fructueuse (Horvath, 1994, cité par (Hervé & Maury, 2004)) .

8- L'ouverture de soi ou autodivulgation

Ces termes font référence aux affirmations et comportements du thérapeute qui révèle quelque chose de personnel le concernant et qui permettrait d'améliorer la perception d'empathie.

9- Gestion du contre-transfert

Il fait généralement référence aux réactions dans lesquelles les conflits non résolus du psychothérapeute sont impliqués.

10- Qualité des interprétations relationnelles

Elles sont définies comme des interprétations du thérapeute qui tente d'amener à la conscience des éléments qui en étaient précédemment exclus.

4.1.1.13 Leviers et mécanismes du changement

Tout processus d'aide vise le changement, non exclusivement focalisé sur les comportements, attitudes ou sentiments mais davantage sur le vécu expérientiel de l'aidé (notion également développée en thérapie familiale et systémique par Trapeniers).

Les leviers et mécanismes par lesquels le changement peut opérer lors des interventions à domicile auprès des parents de jeunes enfants seraient (Weatherston, 2003) :

1. Le changement

C'est principalement ce que nous mesurons qui va déterminer le changement car l'intervention en santé mentale du nourrisson est multifocale, le thérapeute peut donc se focaliser sur :

- Le comportement du bébé dans le contexte de la relation parent-bébé,
- Le comportement du parent dans le but d'accroître la sensibilité du parent aux besoins de l'enfant,
- Les représentations, en étant attentif aux pensées et sentiments du parent au sujet du bébé,
- L'interaction entre parent et nourrisson.

Le modèle décrit par Fraiberg encourage à prendre en compte toutes ces modalités lors du soutien apporté à la dyade.

2. L'usage de la relation

Lorsque l'échange entre le parent et l'enfant est dit régulé, menant à une interaction ou chacun est réceptif à l'autre et où la relation est décrite comme sécure, le travail de l'intervenant est

alors de renforcer et maintenir ce système d'échange.
A l'inverse, lorsque l'échange est difficile, les signaux et réponses sont confus et la relation est décrite comme insécure. L'enfant lutte pour faire reconnaître ses besoins, le plaisir est à son minimum ou inexistant aussi bien pour l'enfant que pour son parent, le parent est inattentif ou peu fiable et le développement peut donc être retardé. Le travail de l'intervenant s'avère plus complexe : modifier l'attention et la réceptivité du parent à son bébé, modifier et reconnaître les ressources et signaux du bébé et changer le mode de communication et d'interaction qu'entretiennent le parent et son bébé.

3. La relation nourrisson-parent

A domicile, en travaillant avec le parent et son bébé, l'intervenant pourra réellement observer la réalité de la relation qui se développe entre un parent et son bébé. Quelle est l'expérience réelle qu'a le parent du bébé ? Quelle est la signification du bébé pour le parent ? Qui est ce bébé ? Qu'est-il capable de faire ? Qu'est ce qui s'avère être difficile pour le parent ? Le travail du thérapeute est alors d'amener le parent à une discussion à propos du bébé, centrée exclusivement sur le présent, et permettant généralement au parent d'accéder à la compréhension plus profonde de son bébé et de leur relation ; cela permet d'observer l'interaction, de commenter sa signification pour le parent, et d'encourager de nouvelles manières plus appropriées d'entrer en relation et amener à des expériences partagées (Lieberman & Zeanah, 1999).

4. La relation parent-thérapeute

Dans la majorité des cas, un parent en thérapie apprend des choses sur les relations par ses interactions avec le thérapeute qui se trouve être constamment disponible, sensible à ses besoins et réceptif émotionnellement. C'est dans ce contexte que le parent peut expérimenter la confiance et la sécurité (Lieberman & Pawl, 1993).
Cette relation peut constituer une « expérience émotionnelle correctrice » (Alexander et French, 1946 cité par (Lieberman & Pawl, 1993; Weatherston, 2003)) ou procurer des « moments de rencontre » avec le thérapeute permettant au parent de découvrir ce qui est important et fondamental dans l'interaction afin de le transposer dans la relation à son bébé (Fraiberg et al., 1980).
La manière dont le thérapeute se conduit, dans son interaction avec la mère et le bébé est tout aussi importante en vue du changement que ce qui est dit au sujet du conflit ou l'interprétation d'une interaction ou d'un évènement (Cramer, 1998). 80% de la conversation dans les thérapies

mère-bébé est non spécifique et invite à une interaction constante entre le thérapeute et le parent dans l'espoir de maintenir ou établir une relation entre eux. Les 20% restants de la conversation sont plus spécifiques et impliquent une clarification, une explication, une opposition, ou l'interprétation de quelque chose ayant une importance thérapeutique pour le parent (Cramer, 1998).

Ce sont donc principalement des techniques dites non spécifiques, renvoyant aux techniques de construction de la relation, ou le thérapeute suscite un dialogue avec le parent, maintient l'interaction par la conversation, développe une compréhension émotionnelle et instaure un certain climat, qui sont d'importance fondamentale.

En résumé, quelle que soit l'approche envisagée, c'est bien l'affiliation, la qualité de l'alliance thérapeutique et de la relation clinique avec les parents qui s'avèrent être les facteurs les plus prédictifs quant à l'issue positive du suivi. « Les cliniciens doivent approcher les parents de la façon dont ils voudraient que les parents abordent leurs enfants » (Lyons-Ruth & Spielman, 2004)**.**

4.1.2 La relation puéricultrice-parent

Olds, Fraiberg, Hervé, Liberman, Guedeney, Slade… Tous les auteurs et chercheurs ayant expérimenté des recherches portant sur la prévention précoce en périnatalité, soulignent le fait que la relation thérapeutique avec le visiteur à domicile est la clé d'un certain nombre de résultats positifs pour la mère et l'enfant.

D'après Fraiberg, « l'histoire n'est pas la destinée ». Les parents ont la capacité de changer leur manière d'interagir avec le bébé avec le soutien et la guidance d'une relation thérapeutique (qui est l'instrument essentiel de changement), en découvrant les « anges dans la chambre d'enfant» (Lieberman et al., 2005) et en bannissant les «fantômes». Il s'agit donc là de rompre le cycle des échecs relationnels et d'entrer dans une relation d'amour avec son enfant, grâce à la relation thérapeutique (Weatherston, 2007).

4.1.2.1 L'alliance thérapeutique

Zetzel (1956), cité par (Hervé & Maury, 2004) définissait l'alliance comme étant l'attachement et l'identification du patient au thérapeute. Luborsky (1976), cité par Hervé et Maury (2004), la définie comme étant axée sur 2 composantes :

- Affective : établir un climat favorable à une rencontre et à un échange relationnel ou lien interpersonnel,

- Cognitive : accord sur les moyens à employer pour résoudre le problème, ainsi que le partage d'une responsabilité dans sa résolution ou relation de collaboration.
Selon l'auteur, le niveau affectif précède le niveau cognitif. Il fait état de deux grands types d'alliances problématiques pouvant s'associer :
- Des difficultés dans la mise en place du lien affectif stable et sécure,
- Des difficultés du fait d'un décalage trop important entre les représentations du parent et celle du professionnel.

Seligman (1993), cité par (Guédeney et al., 2007) définie l'alliance thérapeutique avec les parents de très jeunes enfants comme étant des conditions basiques de coopération :
- Que les parents aient confiance en notre souci et notre préoccupation les concernant et en notre capacité à les aider,
- Que les parents aient la volonté de considérer nos conseils, informations ou projets thérapeutiques,
- Qu'il existe une adhésion minimale aux rendez-vous fixés avec eux,
- Que les parents soient capables et désireux de supporter ce que représente comme source de souffrance, de réconfort et d'inconfort, l'activité d'autoréflexion sur des phénomènes douloureux.

L'alliance passe en premier lieu par une diminution des angoisses des parents et une réintroduction d'une estime suffisante d'eux-mêmes (Hervé & Maury, 2004). C'est davantage la mise en place d'un lien et principalement le maintien de ce lien qui apparaît fondamental et premier, avant tout travail sur le contenu et ce malgré les attaques et tentatives de ruptures. Les patients ayant eu des relations précoces problématiques ont essentiellement besoin de former une relation gratifiante avec le thérapeute, plus que se centrer sur le contenu du problème et sa résolution, qui en règle général affaiblit l'alliance (Gaston, 1990 ; Piper et al, 1993, cités par Hervé et Maury, 2004).

C'est l'alliance thérapeutique avec la maman, l'attitude sécurisante et empathique du soignant ainsi que la présence du bébé à leurs côtés qui permet à la mère de s'engager dans un travail thérapeutique sur elle-même mais également sur la relation qui la lie à son nourrisson (Moralès-Huet, 1996).
Le souci de construire une alliance thérapeutique sécurisante avec les parents est une notion centrale soulignée par tous les thérapeutes attachementistes. D'après Kobak (Kobak &

Mandelbaum, 2003) il faut « prendre soin de celui qui prend soin » : en étant à l'écoute des difficultés et des besoins de réconfort de la mère (ou des deux parents), le clinicien doit permettre à celle-ci de retrouver ses capacités de protection et de soutien auprès du bébé (Fraiberg et al., 1980; Kobak & Mandelbaum, 2003; Lieberman & Zeanah, 1999). Ceci ne peut se faire que sur la base d'une relation thérapeutique sécure, qui est en soi un véritable vecteur de changement.

Cette notion d'alliance thérapeutique est à rapprocher de la notion de « joining » (affiliation) (Minuchin, 1979), notion fondamentale de base dans les théories systémiques et familiales. Cela renvoie à comment établir une relation d'empathie et d'affiliation avec la famille, permettant de modifier le système familial. Le joining décrit comment créer une alliance thérapeutique, *par exemple en adoptant le style de langage de la famille, en adoptant certains patterns comportementaux (être « affectueux », proche physiquement avec les familles plutôt à l'aise avec les contacts physiques...), le fait de ne pas faire de jugement, de s'ajuster personnellement pour se « connecter » avec la famille*… Mais tout en veillant à garder une certaine distance pour que le thérapeute ne se trouve pas happé par le fonctionnement familial et parce qu'une trop grande accommodation ne permet pas un bon joining. Ce concept nécessite un accordage (qui peut être mis en lien avec la théorie de l'attachement) entre le thérapeute et les membres de la famille : « s'accorder aux membres du système, tant au niveau verbal, non verbal, que du tempo » (Meynckens-Fourez & Henriquet-Duhamel, 2007)
Selon l'auteur, ce processus peut-être fait inconsciemment et délibérément. Lorsqu'il sera fait délibérément, « il peut accélérer les premières phases de la thérapie et améliorer le traitement ».

4.1.2.2 L'alliance thérapeutique avec le bébé

Fivaz et son équipe au centre d'étude de la famille de Lausanne, ont introduit le terme d'alliance triadique, et Hervé et al. l'ont appliquée à la triade à fonction thérapeutique mère-bébé-thérapeute. L'alliance triadique est définie par Fivaz comme étant « la capacité de la triade à définir un cadre lui permettant de modifier souplement les règles de son organisation » (Gertsch Bettens et al., 1992).
C'est durant la première consultation que l'alliance doit être construite entre la mère, le thérapeute et le bébé (Hervé et al., 1999). Dans ce contexte, la mère est le partenaire principal du thérapeute au niveau verbal mais le bébé joue un rôle primordial en utilisant d'autres canaux de communication, principalement non verbaux. C'est la notion de partage affectif qui permettra d'instaurer un climat de confiance et une communication affective favorable à

l'action thérapeutique. L'expérience du patient liée au comportement du thérapeute et en particulier le ton de sa voix et la façon dont il s'approche du patient, est au moins aussi importante que ce qu'il dit (Slade, 1999 cité par (Hervé & Maury, 2004)). L'alliance s'appuie pour une large part sur un engagement affectif des partenaires les uns envers les autres. La mise en place de ce lien affectif positif peut prendre plusieurs mois (Hervé & Maury, 2004).

Hervé et al. démontrent une association significative entre la qualité des interactions à trois et l'alliance thérapeutique : il doit y avoir présence d'au moins un moment de partage émotionnel à trois et présence de moments d'engagement non verbal des trois sujets (Hervé et al., 2006). Ces moments à trois apparaissent à la fois comme le reflet d'une alliance de qualité et un élément pouvant la favoriser. Le bébé est donc un partenaire actif de ce suivi (Stern, 1997) et le travail nécessitant le plus de flexibilité de la part de l'intervenant sera de soutenir chacun dans l'expression de ses émotions et représentations (Hervé & Maury, 2004; Moralès-Huet, 1996).

La qualité de la relation mise en place par le thérapeute avec l'enfant est susceptible d'influencer la qualité de sa relation avec la mère et vice versa : les moments d'interaction du thérapeute avec l'enfant, notamment s'ils incluent la mère, peuvent améliorer ou renforcer le lien entre le thérapeute et la mère (Hervé et al., 2000).

Lebovici pense que son action est destinée à la triade mais qu'une action directe sur le bébé en est une pièce constitutive princeps. Il est convaincu que « l'intervention peut agir directement sur le bébé, ce qui modifie alors le comportement de la mère » (Lebovici & Lamour, 1999).

Missonnier milite également pour positionner le bébé comme l'un des interlocuteurs principaux du thérapeute (Missonnier, 2009).

4.1.2.3 L'attachement puéricultrice-maman

Pour Bowlby (1988), la période d'accès à la parentalité rend la jeune mère particulièrement vulnérable et réactive, avec ses besoins de dépendance et d'attachement, celui d'une base de sécurité à laquelle aspire tout être humain en situation de stress. Cette vulnérabilité est étroitement liée au fait que la parentalité place les parents dans un contexte où l'enfant qu'ils étaient se réveille dans l'adulte qu'ils sont devenus (Fraiberg et al., 1980; Slade et al., 2005; Stern, 1997).

La rencontre avec un professionnel de santé réactive les émotions et représentations liées au mode d'attachement développé par le parent. Le parent se retrouve en position de vulnérabilité

face à une personne qui a le pouvoir de l'aider, ce qui peut réactiver une situation de détresse ou de menace. Cela induit des attentes positives ou des anticipations anxieuses et négatives vis-à-vis du professionnel (Moralès-Huet & Guédeney, 2007). Un parent dont l'attachement est insécure se sentira difficilement en confiance, craindra une disqualification de ses sentiments étant persuadé que personne ne peut l'aider (en lien avec ses expériences passées).

Le thérapeute devient une Figure d'Attachement (FA) stable et fiable pour la mère et la qualité de la relation entre la mère et le thérapeute détermine le changement (Guedeney et al., 2014).

Il est supposé que les mères puissent modifier leurs modèles de représentation internes et leur relation d'attachement avec leur enfant à travers une expérience émotionnelle corrective au sein de la relation thérapeutique (Kumar & Robson, 1984). La thérapie ne prend donc pas d'abord place dans le bureau du thérapeute, mais les personnes transforment activement ce qu'elles ont expérimenté en thérapie et l'appliquent dans des situations qu'elles vivent (Dreier, 2015). Cela correspond à la notion d' « enactment » (Minuchin, 1979) : mettre en acte permettrait une modification des interactions, des « transactions » en séances, ce qui engendrerait des changements en dehors de la séance. Le fait de mettre en acte conduirait à explorer de nouveaux comportements afin d'interrompre les modèles existants d'interaction et fournirait au parent une expérience différente de la réalité.

A travers cette relation clinique « les parents apprennent souvent pour la première fois, des manières d'être en relation qui sont caractérisées par la mutualité et le soin », une relation qui peut seule permettre aux parents l'engagement dans le projet de soin (Lieberman & Zeanah, 1999).
C'est en s'ajustant au plus proche du mode de fonctionnement des parents que le clinicien peut arriver à les rencontrer non seulement dans leur monde, mais également dans l'espace temporel dans lequel ils se trouvent, c'est-à-dire dans le temps où les émotions suscitées par les évènements actuels les renvoient (Hervé & Maury, 2004). Grâce à cette rencontre, les parents pourront réexpérimenter ces émotions, mais en étant cette fois accompagnés et soutenus différemment que dans le passé, avec une FA (subsidiaire) qui pourra leur apporter de la sécurité (Slade et al., 2005).

Moralès-Huet et Stoléru ont défini la « préoccupation thérapeutique primaire » (Stoleru & Morales-Huet, 1988), faisant référence à ce que Winnicott appelait la « préoccupation

maternelle primaire ». Cet accompagnement à domicile fait appel aux capacités d'identification et d'empathie du thérapeute, il s'agit donc de pouvoir s'identifier de manière empathique et sécurisante à la mère et au bébé, adapter le cadre et ses modalités, bien plus qu'en consultation sur un lieu extérieur (horaires, flexibilité des dates…). « Avoir les parents « dans la tête » apparaît de plus en plus comme l'élément majeur d'aide à la construction d'une place parentale, tout particulièrement quand ce rôle de parents est fragilisé par le manque d'expériences structurantes dans l'enfance » (Molénat, 2001).
Une différence subsiste entre relation et lien (Delage et al., 2006). L'auteur définit la relation comme reposant sur des éléments comportementaux observables et « c'est sur la base de cette réalité interpersonnelle que s'élaborent pour chacun des représentations de cette réalité interpersonnelle ». Le lien est davantage décrit à un niveau symbolique qu'on ne peut jamais directement observer, mais dont on peut percevoir les effets sur les relations dans leurs dimensions d'appartenance. L'attachement relève donc de la relation et concerne également le lien.

Il existe une relative stabilité au cours de l'existence de l'attachement construit au cours de la petite enfance ; cependant, des évolutions et des changements restent possibles sous l'influence de différents facteurs encore trop peu étudiés. Mais, parmi ces facteurs, on peut retenir : les remaniements liés au cycle de vie, les évènements extérieurs, les rencontres avec un partenaire ainsi que les interventions thérapeutiques. Ces interventions thérapeutiques paraissent, « pouvoir modifier les styles relationnels d'attachement » (Delage et al., 2006).

Siegel (cité par (Delage et al., 2006)) décrit 5 éléments de base pour la constitution d'un attachement de qualité :
- Une collaboration qui s'établit entre les partenaires de la relation, de telle sorte que chacun puisse se sentir compris,
- Le dialogue réflexif qui correspond à la capacité de mentalisation et de création de représentations de son propre esprit et de celui de l'autre avec ce qu'il comporte de sentiments, de croyances, d'intentions et de mémoire. Cette mentalisation apparaît donc comme un travail de transformation par la pensée de la sensorialité, des éprouvés, des émotions et représentations mentales communicables et partageables de telle sorte qu'un sens puisse être donné à l'expérience vécue,
- La capacité de réparer les désaccordages interactifs. L'attachement permettra donc de rétablir une sécurité après une expérience dysfonctionnelle,

- Capacité à produire des narrations cohérentes, capable de maintenir un bon niveau d'intégration des émotions, capable de les lier sans les confondre, passé, présent et avenir à travers les aspects disparates des émotions et des relations interpersonnelles,
- La communication émotionnelle et la capacité pour chacun d'avoir accès à des informations socioaffectives pouvant être librement exprimées par les uns et les autres. Il faut que le clinicien ait le souci de la sécurité émotionnelle des parents et soit disponible à l'écoute de toute forme de souffrance (Molénat, 2001).

Ces 5 éléments peuvent être rapprochés de la notion de « base de sécurité familiale » (Byng-Hall, 2013) comme « permettant une communication claire, une expression ouverte des sentiments, une solidarité dans la résolution de problèmes, la capacité à venir en aide à ceux qui sont en détresse et la capacité à recruter des aides extérieures ». Ces éléments sont donc des arguments supplémentaires qui viennent confirmer qu'une relation d'attachement peut s'instaurer entre le parent et la puéricultrice.

La métaphore des poupées gigognes est souvent utilisée en psychothérapie conjointe : « on soutient une mère qui soutient son enfant ».

4.1.2.4 Le professionnel comme base de sécurité provisoire

Tout comme elle souligne le poids pour le bébé de la réponse de la part de la mère et de son environnement, la théorie de l'attachement souligne le poids de la réponse du psychothérapeute pour le patient ou la famille.

Stern parle de « constellation maternelle » pour évoquer le fonctionnement et le vécu psychique qui anime la future ou jeune mère (Stern, 1997). Durant cette période, le besoin de « réseau de soutien matriciel » est fortement animé ; aussi, cette période paraît plus propice pour créer un lien d'attachement avec ces jeunes mamans qui sont davantage en demande d'un soutien concret et psychologique, du papa certes, mais également d'autres femmes s'étant déjà occupées d'enfants (dans le cadre professionnel ou personnel) et étant à ce titre reconnues légitimement comme pouvant aider la mère.

Les théories de Bowlby mettent l'accent sur le fait que le professionnel constitue en soi une base de sécurité pour le parent afin qu'il puisse explorer la complexité de son monde interne tout comme ses relations à son bébé. C'est à travers l'expérience d'une relation thérapeutique correctrice, contenante, soutenante, bienveillante et empathique que des changements peuvent s'opérer chez le parent, tant au niveau des représentations que des émotions et des

comportements que le mère adoptera pour elle-même et qu'elle pourra réemployer dans la relation à son enfant (Moralès-Huet & Guédeney, 2007).
La capacité d'écoute de l'intervenant favorise une communication nouvelle qui facilite un espace de sécurité pour la mère et son enfant (Jardin & Rebillaud, 2006).

Le thérapeute est utilisé par les partenaires de la relation comme « base provisoire de sécurité » (Byng-Hall, 1991). Le thérapeute doit être particulièrement à l'écoute des insécurités que peuvent éveiller en lui les styles relationnels d'attachement qu'il perçoit. Il doit pouvoir être utilisé comme base de sécurité suppléante et provisoire (Delage et al., 2006). C'est le fait de pouvoir établir ce lien avec les parents qui permet de jouer le rôle de support parental face à leur sentiment d'insécurité (Moralès-Huet, 1996).
Pour Lhermet, un « tuteur de résilience » est une personne auprès de qui la maman en souffrance pourra trouver bienveillance, soutien, réconfort et auprès de qui elle pourra expérimenter une relation sécure (Lhermet & Delage, 2016). Lorsque la maman est confrontée à des évènements de vie stressants ou traumatiques, que son passé la submerge et qu'elle n'est plus en mesure de subvenir pleinement aux besoins relationnels, affectifs et cognitifs de son bébé, au risque de ne plus être en mesure de s'occuper d'elle et des tâches quotidiennes, son système d'attachement se trouve activé. Lorsque ce fracas trouve une issue positive, constructive, Lhermet l'associe à de la résilience ou fait référence à un « développement secondaire ». Pour que ce développement secondaire puisse s'amorcer, la théorie de l'attachement permet de suggérer la nécessité d'une relation sécure, avec le thérapeute, nommé « tuteur de résilience ».

Le développement primaire de l'enfant tout comme le développement secondaire de la maman après un effondrement psychique, ont pour point commun de nécessiter une relation réconfortante et stimulante grâce à laquelle les émotions vont pouvoir se réguler et les mots vont pouvoir nommer et mettre du sens sur cet évènement afin de pouvoir l'intégrer dans l'histoire personnelle et familiale (Lhermet & Delage, 2016). Cette personne ressource devrait être le papa, mais pourra également être toute personne pouvant apporter ces caractéristiques de relation à la dyade mère-bébé.
Bowlby (1988) et ses collaborateurs conçoivent le cadre du traitement comme devant être une base sécure construite par le thérapeute et pouvant seule permettre l'engagement dans un travail durable et en profondeur. « Ce n'est qu'à l'abri d'une suffisante sécurité que l'être humain peut croître, se développer, penser, se lancer dans l'exploration du monde, agir, entreprendre, connaître des aventures diverses et vivre avec les autres » (Delage et al., 2006).

En résumé, l'intervenant au cours des visites à domicile est utilisé comme « tuteur de résilience », base provisoire de sécurité, qui permet aux parents d'expérimenter psychiquement et corporellement une relation sécure, afin de pouvoir la transposer à la relation avec leur enfant, pour qu'elle se développe sur des bases plus sécures.

4.1.2.5 La puéricultrice, thérapeute ?

La psychothérapie mère-enfant est définie comme une thérapie interpersonnelle qui s'axe sur la relation, en présence physique de la mère (ou père) et de l'enfant. Elle repose sur plusieurs hypothèses : (1) la relation avec le professionnel devrait servir d '«expérience émotionnelle corrective» pour les parents et les enfants ; (2) l'établissement d'une alliance thérapeutique entre les parents et le professionnel est considéré comme une première étape de la psychothérapie parent-enfant ; et (3) la perspective transgénérationnelle est au cœur de la psychothérapie. Son but est d'aider la dyade ou la triade parent-enfant à avoir davantage de synchronisation ou d'adaptation des comportements et à améliorer leur coopération au quotidien (Puura & Kaukonen, 2010).

Trois modalités de réalisation d'une psychothérapie mère-enfant existent (Stern-Bruschweiler & Stern, 1989) : (1) travailler sur la représentation qu'ont les parents de leur enfant ; (2) se concentrer sur le niveau des interactions entre le parent et l'enfant ; et (3) travailler à partir du comportement du nourrisson, ce qui est donc réalisé lors de la VAD par la puéricultrice.

On peut donc parler de thérapie dyadique parent-enfant lorsque les critères suivants sont remplis : (1) le parent et l'enfant sont « gardés à l'esprit par le thérapeute » ; (2) le rôle du thérapeute est moins psychoéducatif ou directif mais plutôt soutenant, encourageant la relation parent-enfant en se concentrant sur les forces individuelles de la dyade. Cela contraste avec la «surveillance corrective», qui suppose qu'il existe une vérité absolue et que le thérapeute sait mieux que le parent. Les buts de cette approche interventionnelle sont de :

- Valoriser les compétences parentales, pour améliorer la sensibilité maternelle et la qualité des interactions mère-enfant (Gelfand et al., 1996; Murray et al., 2003).
- Favoriser l'attachement sécure du nourrisson au parent (Cohen et al., 1999).

Le thérapeute joue un rôle « d'objet subjectif » pour l'enfant (Winnicott, 1972) et pour la dyade (Lebovici cité par (Missonnier, 2009)).

Le thérapeute offre une alternative cruciale et transformatrice aux relations antérieures de la mère avec les soignants et cela grâce à la relation qui se tisse entre la mère et le thérapeute : l'expérience d'être écoutée et appréciée par le thérapeute la libère elle et son bébé (Slade, 2002).

4.1.2.6 Le traitement thérapeutique de la relation

Les psychothérapies mère-enfant visent principalement la relation entre le parent et l'enfant, dans le but d'améliorer la qualité de la relation parent-enfant, accroître la capacité du parent à être affectivement présent dans les interactions avec son enfant et aborder les problèmes qui sont apparus à la suite du fait de devenir parent, de faire face à la DPN… (Nylen et al., 2006).

Le thérapeute doit fournir un espace propice au dialogue réflexif. Si le stress (quelle que soit son origine) menace la disponibilité du parent, le thérapeute peut aider les parents à améliorer leurs capacités, à contrôler la situation, et à en parler avec l'enfant, établissant un « dialogue réflexif parental » de meilleure qualité (Kobak & Mandelbaum, 2003). Ce dialogue crée un espace dans lequel le parent essaie de comprendre ce qui vient perturber sa relation avec son enfant et peut réparer son manque de disponibilité.

Les recherches sur l'efficacité des traitements mère-enfant ont démontré des améliorations de la relation mère-enfant, une sensibilité et une réactivité accrues de la mère (Cohen et al., 2002; Gelfand et al., 1996), une amélioration de l'estime de soi et une réduction du stress parental et des niveaux de dépression maternelle (Clark et al., 2003; Gelfand et al., 1996; Milgrom et al., 2006).

Dans les cas où des améliorations de l'humeur maternelle n'ont pas été constatées, des améliorations relationnelles et infantiles ont été observées. Cela suggère que les approches mère-nourrisson sont essentielles pour protéger l'enfant des conséquences négatives des problèmes de santé mentale maternelle à long terme (Nylen et al., 2006).

La thérapie mère-bébé permet une meilleure saisie de la relation précoce parent-enfant et une prévention des troubles relationnels à long terme Cramer (1989).

De nombreux moyens peuvent être déployés pour les soins centrés sur les interactions précoces : psychothérapies mère-bébé, programmes d'éducation parentale et de guidance (STEEP (Erickson & Egeland, 2004) ; WWW Watch, Wait and Wonder (Cohen et al., 1999), COS Circle Of Security (Marvin et al., 2002) ; VIPP Video-feedback Intervention to Promote positive Parenting (Klein Velderman et al., 2006), triple P (Sanders et al., 2000), HUGS

Happiness, Understanding, Giving Sharing (Milgrom, 1994), guidance interactive avec utilisation du vidéo feed-back (McDonough, 1995)…

« Etre proche de la mère est apparu comme l'attitude de base fondamentale » : l'observateur a à cœur d'être disponible, ouvert et de témoigner son intérêt et sa sympathie pour tout ce qui lui est apporté spontanément, prêt à partager ses joies, craintes, peines, interrogations, lassitudes au sujet de l'enfant ou tout autre propos (David & Appell, 1966). Prêt également à montrer à l'enfant son intérêt, son appréciation, et à répondre à son accueil. Attitude complémentaire de celle des mères satisfaites d'avoir une personne avec qui partager leurs intérêts et leurs soucis ; de celle de l'enfant toujours content de la présence d'un adulte qui prête attention et donne un sens à ce qu'il fait.

4.1.3 Contenu des VAD

Le développement du nourrisson est grandement influencé par la qualité de l'environnement dans lequel l'enfant évolue. « Un bébé seul ça n'existe pas » (Winnicott et al., 1958), le développement cognitif de l'enfant s'inscrit dans une dynamique interpersonnelle et le développement est le résultat de transactions continues entre un enfant et son environnement. Fraiberg parle de « psychothérapie dans la cuisine » pour évoquer les VAD.

Les dispositifs de VAD reprennent généralement 3 composantes principales que nous allons détailler.

4.1.3.1 Le soutien parental

Cinq composantes seraient en mesure de fournir l'opportunité d'une réponse thérapeutique et respectueuse, d'une relation de soin nourrissante entretenue avec ceux qui donnent les soins (caregiver) permettant d'accroître leur réceptivité à leur bébé. Ce soutien parental permettrait le développement d'un attachement sécure dans les premières années (Fraiberg et al., 1980; Weatherston, 1995, 2000, 2003).

1- Le soutien émotionnel,
2- L'assistance concernant les ressources matérielles permettant de faire baisser le niveau de stress des familles et donc d'accroître la disponibilité psychique des parents. « Un tel soutien concret est une métaphore puissante des moyens par lesquels le spécialiste peut être utile au nourrisson et à la famille et facilite le développement d'une relation de travail » (Weatherston, 1995),

3- La guidance développementale : Le point central étant de garder la relation parent-enfant au centre et soutenir la capacité du parent à faire de même avec son bébé,
4- La psychothérapie nourrisson-parent : explorer petit à petit les pensées et les sentiments qui sont éveillés en présence du bébé. Le thérapeute essaye de comprendre et peut oser des questions *« qu'est-ce que cela vous fait quand votre bébé pleure de cette façon ? », « comment comprenez-vous de quoi il a besoin ? », « comment avez-vous appris à le nourrir de cette façon-là ? », « comment étiez-vous porté au même âge ? »…* Souvent les réponses amènent à relater des histoires douloureuses pouvant expliquer les difficultés actuelles. C'est dans la quiétude de leur intimité, de leur domicile, que le thérapeute explore les sentiments et offre de nombreuses opportunités de réactions émotionnelles. Pour de nombreux parents c'est une des premières fois qu'ils pourront partager ces émotions et vulnérabilités avec une personne empathique et digne de confiance. C'est par le biais de cette expérience relationnelle que la culpabilité, la honte, ou les blessures qui viennent interférer avec la capacité du parent à s'occuper de son bébé et à établir une relation sécure et gratifiante pour chacun, peuvent être soulagées,
5- Le plaidoyer : le thérapeute peut parler au nom du bébé, qui ne dispose pas des mots. Mais il peut également plaider en faveur du parent trop submergé par ses émotions et s'adresser à l'enfant pour mettre des mots. L'intervenant a la responsabilité de parler pour celui qui ne peut le faire (Weatherston, 1995), notamment par l'utilisation de la fonction écho (Antheunis et al., 2009).

Il est donc fondamental de renforcer les compétences parentales (Hervé et al., 1999) par la rencontre avec un professionnel qui peut aider la mère à se sentir qualifiée dans ses compétences et à trouver ou retrouver une place auprès de son bébé. En étant à l'écoute des difficultés et des besoins de réconfort du parent, l'intervenant doit permettre à celui-ci de retrouver ses capacités de protection et de soutien auprès du bébé (Fraiberg et al., 1980; Kobak & Mandelbaum, 2003; Lieberman & Zeanah, 1999).

4.1.3.2 L'observation du bébé

« Le contexte d'observation peut entraîner, chez les parents, une identification à la fonction observante qui va leur permettre d'investir et donc de favoriser le développement psychique de leur enfant » (Houzel, 2011). Les principes du modèle développé par Fraiberg reposaient sur l'observation attentive, la réponse attentive et empathique, le « nourrissage » des parents pour qu'ils puissent à leur tour se le réapproprier dans la relation avec leur enfant (Fraiberg et al.,

1980). Un regard attentif et actif lors de l'observation peut fournir une contenance et réassurer les assises de l'enfant et de ses parents (Gauthier, 2002; Golse, 2008).
Par son regard porté sur l'enfant, le soignant donne place et valeur à l'enfant « réel ». Il fait percevoir au parent les besoins de l'enfant non pas sur un mode éducatif mais en développant chez le parent ses capacités d'identification à l'enfant. Il ne s'agit pas d'apprendre au parent à s'occuper de son enfant, mais d'être présent à ses côtés en lui permettant de se reconnaître des potentialités à être parent et à les développer, grâce à cette observation active. Le parent peut alors s'approprier les comportements observés chez l'intervenant lors des jeux, des activités, des échanges… Ses repères identificatoires se renforcent ou se créent et le parent peut prendre conscience des compétences de son enfant et réaliser qu'il peut, lui aussi, être compétent (Urbain-Gauthier & Allegaert, 2009).

D'après Winicott il y a une répercussion importante des effets de miroir de la mère et de la famille concernant le développement précoce de l'enfant : « un enfant qui regarde sa mère la voit en train de le regarder, et celle-ci voit son enfant la désigner comme mère, puisqu'il la regarde en train de regarder » (Lebovici & Lamour, 1999).
Observer et assister aux actions et aux signaux de communication du nourrisson dans l'ici et maintenant de la rencontre offre au thérapeute la possibilité de créer des liens entre l'expérience maternelle et le comportement infantile (Urbain-Gauthier & Allegaert, 2009). Le thérapeute est donc en mesure de sensibiliser la mère à la réciprocité entre elle et son enfant et de promouvoir la prise de conscience de la mère. Grâce à l'observation, le thérapeute peut attirer l'attention de la mère afin d'accroître sa sensibilité à l'égard de l'état affectif actuel du nourrisson (Cramer, 1998; Lieberman, 1992; Slade et al., 2005; Spielman, 2002).
L'attitude de l'intervenant doit être bifocale (Mazet & Feo, 1996) : écouter le discours et l'histoire du parent et en même temps observer et regarder ce qui se passe pendant le temps de l'entrevue. L'observation des interactions permet donc, d'après ces auteurs, l'objectivation du processus de changement thérapeutique. Ces situations de réalité évoquées par les parents vont constituer un support dans la verbalisation des affects et représentations.
Il s'agit également d'une observation de l'enfant par les parents et le thérapeute du jeu, des progrès, des interactions, des affects et mise en mot par le thérapeute.

Lorsqu'une situation clinique est complexe, incompréhensible, aliénante... prendre le temps d'observer, d'être attentif aux différents éléments qui la composent, améliore la situation par le fait qu'elle est d'abord pensée (Ciccone 1998, cité par (Urbain-Gauthier & Allegaert, 2009)).

La situation d'observation favorise les processus de pensée, au sens de susciter la capacité de chacun à faire des liens entre les interactions observables et ce que l'on peut inférer par rapport aux interactions fantasmatiques de la dyade. Cet aspect d'observation revêt donc 2 fonctions : une pour l'enfant et sa maman, l'autre pour l'intervenant. Pour l'intervenant, le fait d'observer la dyade et son fonctionnement relationnel permet de repérer les mouvements d'identification à la mère ou l'enfant et de pouvoir, à posteriori (dans le cadre de la supervision par exemple), les mettre en mots. La dimension globale des interactions pourra alors être prise en compte et mise en lien avec le comportement de chacun et ce qu'il induit dans l'interaction (Urbain-Gauthier & Allegaert, 2009).

Observer la dyade permet également une prise de recul sur la qualité des interactions précoces entre le parent et son enfant, afin d'analyser plus en détail les modes interactionnels, les comportements affectifs, l'entrée en relation de chacun des protagonistes, les mouvements de recul, de mise à distance…
« Cessons de n'avoir que des idées dans la tête et observons ; on n'est donc plus dans la (re)construction, on est dans l'observation » (Mazet & Feo, 1996).

4.1.3.3 L'interaction au travers du jeu

Encourager l'interaction parent-bébé est primordial dès la naissance, comme l'a montré la théorie de l'attachement (Bowlby, 1969). Les bébés sont des êtres sociaux pour qui les échanges interactifs avec un caregiver représentent un besoin vital.
Le jeu est le support de la croissance de l'enfant et est thérapeutique en soi (Winnicott & Pontalis, 1975). C'est en jouant avec l'enfant que le parent l'aide à se construire (Ben Soussan, 2002). Le regard de l'adulte porté sur l'enfant, particulièrement en situation de jeu, est d'une importance fondamentale dans le développement de l'enfant (Marcelli & Cohen, 2012). Ce médiateur permet les échanges à travers différentes modalités (visuelles, vocales, corporelles) et engage chacun des partenaires dans une relation de plaisir réciproque.
C'est par le jeu que l'enfant découvre le monde, lui donne un sens et le comprend. Le savoir par le jeu est premier et il féconde les apprentissages futurs de l'enfant « les portes du savoir s'ouvrent en jouant » (Ben Soussan, 2002). Dans le jeu, les enfants ont besoin de la présence réelle, physique et proximale de leur parent. Le parent doit accompagner l'enfant, soutenir sa curiosité, son sens de l'aventure, sa soif de découverte, car en étant encouragé et reconnu par le parent, le moment de jeu conditionne le plaisir à être ensemble.

D’après Winnicott « c’est sur la base du jeu que s’édifie toute l’expérientielle de l’homme ».

Le jeu et l’attachement

Dans toutes les thérapies centrées sur l’attachement, la relation est au centre, et quel meilleur outil pour travailler sur la relation que le jeu ?

3 caractéristiques de l’attachement sont présentes dans une situation de jeu (Delage, 2007) :

- L’attachement permet la régulation de la distance émotionnelle : 2 systèmes motivationnels sont présents, l’un visant la proximité physique avec la FA et l’autre permettant l’exploration de l’environnement. Si aucune FA ne répond à l’enfant en détresse, il risque de développer une hypervigilance émotionnelle, cliver voire dénier ses émotions.
- L’attachement permet la modulation de la vie émotionnelle : l’attachement permet la régulation des émotions. Il est fait de stimulation des émotions positives et d’apaisement des tensions. Le jeu permettrait donc un travail sur l’accordage affectif et les capacités de partage intersubjectif (Goldbeter-Merinfeld, 2005) car l’aspect ludique du jeu permet de partager des émotions positives tout en créant des « moments présents » comme décrits par Stern.
- L’attachement comporte un aspect physique et un aspect représentationnel : l’attachement passe en premier lieu par la proximité physique puis la disponibilité et l’accessibilité et donc se focalise par la suite sur un mode plus représentationnel, qui amène à la construction des modèles internes opérants. Les jeux utilisés en thérapie seraient donc également basés sur une proximité physique.

Plusieurs thérapies utilisent le jeu comme médiateur principal pour agir sur la relation et donc sur l’attachement. Ces thérapies reprennent toutes le même canevas : création d’une alliance, mise en place de séances de jeux soigneusement sélectionnés et filmés, puis vidéo feed-back avec les parents (Faivre & Le Goff-Cubilier, 2020).

- **LTP** : Lausanne Trilogue Play a été développé par Fivaz-Depeursinge et Corboz-Warnery en 2001 (Corboz-Warnery, 2012) est un outil d’observation et d’évaluation des interactions parent-enfant, utilisant un dispositif de vidéo.

Le but du trilogue est de partager du plaisir et d’atteindre des moments de communion intersubjective entre les trois partenaires. Les 3 sont assis en triangle. Le jeu se déroule en 4 parties : d’abord l’un des parents joue avec l’enfant, l’autre étant en position de tiers (simplement présent). Puis, les rôles sont inversés : le deuxième parent joue avec l’enfant, le premier en tiers. Dans la troisième partie, les trois partenaires jouent ensemble et enfin les parents interagissent entre eux et c’est l’enfant qui est en position de tiers.

Cette situation est applicable à différents âges de l'enfant. Le contenu de la tâche varie en fonction du stade développemental de l'enfant.

Au début, l'échange est basé sur la perception directe et l'action pour arriver à un but comme des sourires mutuels. Dès 9 mois, s'ajoute l'intersubjectivité secondaire avec le partage des états intérieurs (attention, intention, sentiments). Dès 18 mois, le développement se complexifie avec l'avènement des émotions morales et des premiers mots. Dès 3-4 ans, la communication s'enrichit du langage et le jeu devient une construction narrative à trois qui s'emboîte dans la communication non verbale. Le partage devient plus symbolique et souvent la négociation des limites est le jeu favori.

La place du tiers (père, mère ou thérapeute) est essentielle à prendre en compte car elle influence la qualité de l'interaction des 2 partenaires. Le fait que le thérapeute puisse occuper la place de tiers lui permet également de se rendre compte des difficultés interactionnelles émanant de l'enfant ou du parent. Cela le met dans une situation de réel engagement vis-à-vis des 2 partenaires (corporel et psychique), il peut alors comprendre et analyser les comportements mis en place par l'un ou l'autre des partenaires pour tenter d'y remédier en se mettant lui-même en scène.

- **Theraplay :** thérapie par le jeu basée sur l'attachement et le thérapie familiale, développée en 1967 (Jernberg et al., 2014). Les auteurs ont extrait des caractéristiques qui définissent une bonne relation parent-enfant et qui mènent à un bon développement socio-émotionnel.

Theraplay est donc :

- Interactif et basé sur les relations,
- Une expérience directe dans l'ici et maintenant,
- Guidé par l'adulte,
- Réactif, accordé, empathique et réflexif,
- Conçu pour le développement préverbal et social,
- Multisensoriel, incluant le toucher,
- Ludique.

C'est une approche intensive, de relativement courte durée, qui implique activement les parents dans les séances avec leur enfant pour accorder finement la relation parent-enfant. Son objectif est de renforcer l'attachement, d'augmenter l'autorégulation, favoriser la confiance et l'incitation joyeuse et permettre aux enfants et parents de continuer par eux-mêmes les interactions présentées en séances.

Des soins sensibles et réactifs et des échanges ludiques nourrissent le cerveau de l'enfant, forment des représentations internes positives de soi et des autres et ont un impact sur le comportement et les sentiments tout au long de la vie (Jernberg). L'objectif est d'établir ou d'ajuster une relation émotionnelle de confiance entre l'enfant et ses parents ; ceci entraînera un changement positif des MIO (Modèles Internes Opérants) que l'enfant a de lui-même et de ce qu'il peut attendre dans les échanges avec ses parents. Cela aura un impact positif également sur le MIO qu'ont les parents d'eux-mêmes et sur la vision qu'ils ont de leur enfant. Le but est de permettre à l'enfant d'améliorer sa capacité d'autorégulation grâce à l'accordage et la modulation de ses états d'excitation et de stress par son caregiver. Les résultats permettront d'avoir un impact sur un modèle d'attachement plus sécure.

Le thérapeute doit adapter chaque séance aux besoins propres de cet enfant en particulier. A chaque moment de l'échange, le thérapeute doit donc accorder ses actions aux réactions de l'enfant.

Suivre ce modèle signifie qu'il faille reproduire autant que possible les expériences qui font partie d'une relation normale parent-nourrisson. L'accent est réellement mis sur « l'ici et maintenant », sans chercher à explorer des questions du passé et sur l'accordage mutuel : le thérapeute qui vient s'accorder aux émotions qu'il a pu percevoir chez l'enfant et le parent en face de lui.

D'après Jernberg, 4 dimensions sont indispensables pour favoriser une bonne relation d'attachement :

- La structure : les parents sont fiables et prévisibles et apportent sécurité, organisation et régulation,
- L'incitation : les parents proposent des activités accordées, amusantes qui créent un lien fort, un niveau optimal d'activation et une joie partagée,
- Le nourrissage : les parents répondent de façon empathique aux besoins d'attachement et de régulation de l'enfant en étant chaleureux, tendres, apaisants et réconfortants. Ils offrent un lieu sûr et un sentiment de valorisation,
- L'émulation : tout en offrant une base de sécurité, les parents encouragent l'enfant à grandir, à prendre des risques pour explorer, à se sentir confiant et à apprécier la maîtrise.

En résumé,

L'intervenant à domicile prend donc ce rôle de parent « suffisamment bon » auprès des parents ou des enfants afin de créer le climat favorable à une bonne relation d'attachement parent-enfant-thérapeute, au travers du jeu.

L'observation est considérée comme un levier thérapeutique efficace (Le Nestour, 2006)**. L'importance du jeu dans la relation parent/enfant n'est plus à démontrer, il est d'ailleurs qualifié de "pont émotionnel entre parent et enfant"** (Bettelheim & Carlier, 1988)**. Certaines approches thérapeutiques se centrent quasi exclusivement autour du jeu parent/enfant afin de permettre le développement et l'instauration d'une relation sécure parent/enfant** (Jernberg et al., 2014)**.**

En conclusion, cela correspond aux stratégies fondamentales de tout travail à domicile en santé mentale du nourrisson décrit par Weatherston (2000, 2003) (d'après Fraiberg et al, 1975 ; Fraiberg et Adelson, 1977 ; Blos et Davies, 1993 ; Pawl, 1995 ; Weatherston, 1995, 1997, 1999) :

- Se servir de la relation thérapeutique comme d'un instrument de changement,
- Le bébé doit être présent pendant toute la durée de l'intervention,
- Observer et interpréter le développement du bébé,
- Anticiper les changements développementaux et guider le parent,
- Souligner au parent les accomplissements et les besoins propres du bébé,
- Aider le parent à prendre du plaisir dans la relation à son bébé,
- Créer des opportunités d'interactions et d'échanges,
- Permettre au parent de prendre la direction,
- Identifier les capacités du parent à prendre soin du bébé,
- S'interroger au sujet des pensées et sentiments du parent en rapport avec la présence et les soins du bébé et modifier les responsabilités de la parentalité,
- Etre à l'écoute du passé tel qu'il est exprimé dans le présent,
- Permettre aux conflits à noyau relationnel de s'exprimer, en les identifiant, en les contenant et en en parlant,
- Prendre en charge les histoires parentales d'abandon, de séparation et de perte, car ces expériences affectent la relation qui s'instaure avec le nourrisson.

Ces critères sont centrés sur la capacité du parent à répondre avec sensibilité et de manière adaptée au nourrisson, permettant de réduire le risque d'un trouble de la relation et favorisant le développement au cours des premières années.

4.2 Prérequis pour soutenir les interactions précoces parent-enfant

Sur quoi se fondent ces prérequis ? Il a été démontré dans une conception systémique de la parentalité que les interventions qui ont lieu dans la famille peuvent modifier un des axes de la parentalité (Sellenet, 2002). De plus, des relations et interactions de qualité entre le parent et son enfant sont reconnues comme un déterminant important du développement de l'enfant. Enfin, la sensibilité maternelle constitue un facteur décisif à l'établissement d'un lien d'attachement sécure mère-enfant (Bowlby, 1969).

Bowlby considère que l'enfant est un participant actif au sein du contexte relationnel.
« Le développement de l'enfant et de ses troubles se jouent […] à la rencontre de facteurs endogènes (équipement neurobiologique, cognitif…) et de facteurs exogènes (effets de rencontre avec l'environnement écologique, biologique, alimentaire et surtout relationnel) » (Golse, 2006). Il y aurait donc un double ancrage qui contribuerait au bon développement psychique de l'enfant : corporel et interactif. Le corps du bébé constitue son premier espace de communication avec l'environnement et surtout avec l'autre.
Les premiers travaux de Fraiberg sur les psychothérapies précoces conjointes font écho à la théorie développée par Bowlby. Ces deux concepts présentent des similitudes sur plusieurs points, intervenant dans la relation d'aide et de prévention auprès d'un bébé et sa maman : la présence du bébé réel, l'importance des interactions comportementales et émotionnelles comme indicateurs des processus psychologiques sous-jacents, le rôle de la sensibilité parentale aux signaux émis par l'enfant, le poids des évènements réels, l'importance du transgénérationnel et l'empathie du thérapeute (Jeammet et al., 1999).

Les interactions précoces auraient 3 caractéristiques (Mazet & Stoléru, 2003) :
- L'interaction comportementale : ajustement tonico-postural et contacts corporels, regards, vocalises du bébé et paroles maternelles. Elle correspond à ce que nous observons dans l'interaction : comment la maman et le papa tiennent-ils leur bébé ? Quelle est la qualité du dialogue tonique ? Quelle est la manière dont le bébé est tenu, maintenu, soutenu et dont il répond, créant ainsi le fameux ajustement postural ? Va-t-elle le laisser dans son landau ou plutôt le mettre sur ses genoux pour le montrer au consultant, dans ses bras ou contre elle ? Comment s'articule le discours parental avec le comportement du bébé, ses vocalises, son tonus, etc. ?

- L'interaction affective : tonalité affective générale de l'interaction et qualité de l'harmonisation affective permettant au bébé et à son partenaire de partager leurs expériences émotionnelles. Elle correspond à ce que nous ressentons lors de l'observation de l'interaction, ce que l'on peut nommer plus communément en psychanalyse, le contre-transfert, c'est-à-dire l'ensemble des réactions conscientes et inconscientes de l'analyste transmises dans le cadre de la relation transférentielle. L'identification se fait par rapport aux différents protagonistes de la situation interactive. *Suis-je en train de m'identifier au bébé en ressentant la maman comme lointaine, intrusive, négligente ; à la maman en rivalité avec le bébé ; au papa en rivalité avec la maman ou aux deux parents évincés par les grands-parents maternels ?* Cela permet de ressentir les nuances des interactions affectives pour les différents partenaires : plaisir, déplaisir, joie, tristesse, excitation… et de vivre ce que Stern appelle « l'accordage affectif » en direct.
- L'interaction fantasmatique : imaginaire consciente ou préconsciente et fantasmatique inconsciente. Elle s'éclaire de tout ce qui, dans la situation interactive, vient se nourrir de l'histoire personnelle et familiale, et introduire des hypothèses sur les comportements et les affects du bébé, comme référés plus ou moins consciemment aux lignages parentaux et à leurs histoires singulières et familiales. La notion d'interaction est différente de celle de relation (Mazet & Feo, 1996). En effet, la notion de relation ne comporte pas de temporalité définie, elle se situe bien sur la durée mais qui ne va pas se compter en minutes, à la différence de l'interaction qui renvoie à une temporalité très réduite. Une relation naît, se développe et se renforce ou se rompt.

La perspective de l'interaction a donc une visée préventive : repérer les troubles de l'interaction avant qu'ils ne deviennent des troubles de la relation, où qu'ils se manifestent par des symptômes de l'enfant ou des troubles de son développement.

Une perturbation de la relation mère-enfant correspondrait à une distorsion fondamentale de la capacité de la mère à se représenter le bébé de façon cohérente et positive (Fraiberg et al., 1980; Slade, 2002). Cette représentation de la mère pourrait être déformée par des effets non métabolisés et non intégrés de ses propres expériences relationnelles précoces, potentiellement traumatisantes.
Le but d'une intervention censée agir sur les interactions précoces parent-enfant serait donc de pouvoir démêler ces effets de la relation avec le bébé.

4.2.1 La parentalité

La parentalité serait un processus s'organisant autour de trois axes (Houzel, 2002):

- L'exercice de la parentalité : les droits et devoirs dont hérite tout parent à la naissance de leur enfant. Il correspond également à ce qui structure, dans une société donnée, à un niveau subjectif, les places parentales et qui les impliquent dans une filiation,
- L'exercice de l'expérience de la parentalité : le ressenti, se sentir ou non parent de cet enfant. Cet axe se situe sur un niveau affectif et imaginaire et est impliqué dans le décalage qui peut exister chez un parent entre le bébé réel et le bébé imaginaire,
- La pratique de la parentalité : actes concrets de la vie quotidienne et qui peuvent être délégués à d'autres personnes, pouvant être considérées comme des « suppléants » et non des substituts parentaux.

Ces trois axes sont indépendants et peuvent donc présenter des défaillances sur tout ou partie des axes. Avec cette lecture en termes de « parentalités partielles » il est nécessaire de repérer les points forts, les compétences ainsi que les potentielles difficultés à venir. Il s'agit de chercher comment peut se faire l'articulation de ces trois axes et comprendre pourquoi un parent peut être en difficulté dans un champ et non dans l'autre.

La parentalité peut se définir comme « l'ensemble des réaménagements psychiques et affectifs qui permettent à des adultes de devenir parents, c'est-à-dire de répondre aux besoins de leurs enfants à trois niveaux : le corps (les soins nourriciers), la vie affective et la vie psychique. C'est un processus maturatif » (Lamour & Barraco, 1998).

Une conception plus systémique de la parentalité intègre les différents systèmes pouvant influencer la parentalité et sa déclinaison dans la relation parent-enfant : le contexte juridique, socio-économique et culturel, institutionnel (les interventions et leur impact sur la parentalité) et le contexte affectif et familial (réseaux de sociabilité) (Sellenet, 2002). Chacune des interventions qui aura lieu dans la famille peut donc modifier (positivement ou négativement) un ou plusieurs des trois axes de la parentalité.

L'accession à la parentalité inscrit le sujet dans la succession des générations. Les liens que tissent les parents avec leurs enfants sont donc toujours tributaires de leur propre histoire. L'identification de l'enfant s'étaye sur les fantasmes, les désirs et les projets que les parents arrivent à organiser sur le chemin de la nidation psychique appelée « parentalité » (Patrascu, 2006).

4.2.2 La qualité des interactions précoces

Plus les milieux de vie de l'enfant offrent des expériences riches et diversifiées et plus celles-ci sont vécues dans un climat affectif positif, plus l'enfant est susceptible de développer ses ressources personnelles de base (Grossmann & Grossmann, 1998). Ainsi, une relation positive avec les parents est reconnue comme un déterminant important du développement de l'enfant (Osofsky & Thompson, 2000).

Les expériences précoces que l'enfant vit dans son milieu familial jouent un rôle central dans la formation et l'étayage des synapses de ses cellules nerveuses (Desjardins et al., 2005). De plus, l'estime de soi de l'enfant se développe graduellement, durant l'enfance, à partir de la relation qu'il entretient avec ses parents (Duclos, 2010). Les parents qui surveillent étroitement le développement de leur enfant, qui lui procurent un milieu chaleureux et qui favorisent son autonomie ont des enfants qui affichent moins de problèmes de comportement (Chao et Williams, 2002 cité par (Beauregard et al., 2009)).

4.2.3 La sensibilité maternelle

Une FA sensible doit être en mesure de fournir des soins empreints de protection, de sensibilité et de chaleur (Ainsworth, 1978). Cela implique que la FA soit capable de comprendre les caractéristiques individuelles de l'enfant et d'accepter ses tendances naturelles. Cette dernière doit tenter d'harmoniser les interactions entre elle-même et son enfant sur une base relativement stable. La sensibilité réfère donc à l'aptitude du parent à reconnaître et détecter les besoins de l'enfant et à sa capacité à offrir à l'enfant le réconfort émotionnel dont il a besoin.

M. Ainsworth parle de « responsiveness » et la traduction serait « la capacité du parent à percevoir et interpréter les expressions verbales et non verbales de l'enfant de manière correcte et d'y répondre rapidement et adéquatement et ceci de manière prévisible et cohérente » (Guedeney, 2011). Cette sensibilité aux besoins d'attachement de son bébé se traduirait par le fait que la maman pense qu'elle est essentielle à la régulation émotionnelle de son enfant et s'exprime par la disponibilité émotionnelle, la consolation, le réconfort et l'apaisement. Le parent établit alors un mirroring qui correspondrait à créer une expérience de partage émotionnel entre la FA et l'enfant où le parent répond sur le même registre émotionnel infraverbal que son enfant mais en amplifiant ou diminuant son expression. Cela permet à l'enfant de se sentir validé dans l'expression de son émotion, sans être submergé par l'émotion du parent. Cette capacité serait donc liée à la fonction réflexive car dépendante de l'évaluation et l'interprétation que le parent fait de l'émotion et du vécu de son enfant. Le plus important

serait la capacité de la mère à adapter son comportement aux signaux de l'enfant et l'importance de la synchronisation du comportement de la mère à celui de son enfant.
C'est certainement ce que Winnicott nomme chez le bébé sa « continuité d'être » qui s'impose comme la condition sine qua non de son accordage avec son environnement (Winnicott et al., 1958). Un nid « suffisamment bon » permettra au nourrisson de conquérir cette permanence (Missonnier, 2009).
Ainsworth met l'accent sur l'importance de la disponibilité du caregiver et de la sensibilité de sa réponse pour permettre le développement d'une relation d'attachement sécure.

Les programmes d'intervention visent souvent l'augmentation de la sécurité de l'attachement à travers l'amélioration de la sensibilité maternelle dans l'interaction parent-enfant (Matos et al., 2017).

4.2.4 Théorie de l'attachement et théorie systémique

Pour comprendre l'attachement il est nécessaire de revenir sur la notion de transmission intergénérationnelle, sur les interactions, les relations et donc l'étude des systèmes intrafamiliaux et affiliatifs afin de pouvoir déterminer et repérer les niveaux d'intervention possibles auprès des familles.
« Si l'enfant, après la consultation, retrouve une famille anormale ou une situation sociale anormale, l'environnement ne lui fournira pas ce dont il a besoin » (Winnicott, 1972).
La famille, en tant que premier milieu de vie de l'enfant, constitue un système relationnel (Minuchin, 1979).

Comme nous l'avons écrit dans les paragraphes précédents, la théorie de l'attachement et les théories familiales et systémiques se regroupent sur de nombreux points (enactment et joining de Minuchin, assemblage et résonances de Elkaïm, vécu expérientiel de Trapenier…).
Les deux théories sont fondamentalement similaires et complémentaires. Elles partent du même postulat : la circularité (au sens d'une cause non linéaire) et la prise en compte de l'environnement. Plusieurs concepts les rapprochent : l'importance de se focaliser sur l'environnement et non uniquement sur la dyade enfant-caregiver ; prise en compte du système de caregiving et de ses liens avec l'attachement ; meilleure connaissance de l'influence du contexte sur le fonctionnement du système d'attachement ; prise en compte de l'attachement dans les relations entre adultes proches. Bowlby était d'ailleurs un des premiers à écrire un

article sur la thérapie familiale en 1949 « The study of reduction of group tensions in the family ».

Byng-Hall définit la base de sécurité familiale comme « un cadre systémique qui permet de comprendre la configuration d'attachement familial en prenant en compte les influences mutuelles des attachements de chacun. Cette base de sécurité familiale offre un réseau fiable d'attention qui donne à chacun des membres un sentiment de sécurité suffisant pour pouvoir explorer le monde et se développer. Elle permet à la famille une communication claire, une expression ouverte des sentiments, une solidarité dans la résolution des problèmes, la capacité à venir en aide à ceux qui sont en détresse, la capacité à recruter des aides extérieures auprès de la famille élargie, de personnes ressources, de thérapeutes ». Il existe donc une complémentarité entre les attachements parentaux et ceux de l'enfant (Byng-Hall, 1991, 2013, 1995).

Marvin et stewart (1990), cité par (Tereno & Perdereau, 2016) définissent 6 dimensions autour desquelles s'articulent ces 2 théories :

- Globalité et ordre : les relations attachement-caregiving existent dans un réseau de relations organisées et ne peuvent pas complètement être comprises en dehors de ce contexte. Ces relations comprennent les sous-systèmes : enfant-mère, enfant-père, mère-père, mère-enfant-père.
- Relation de causalité circulaire : les patterns comportementaux dans un système sont circulaires : une cause a un unique effet, mais les effets fournissent une information en retour au système. Il est donc important de prendre en compte l'interaction de la mère avec son enfant, ainsi que l'interaction entre la mère et le père et le père et son enfant. Il faut donc distinguer la cause immédiate du comportement et l'effet et la fonction du comportement.
- Maintien des relations, invariants : le système familial fait tout pour maintenir une homéostasie qui englobe les relations d'attachement de tout le système.
- Autorégulation adaptative : le système a des capacités d'autorégulation qui maintiennent la stabilité des patterns basiques. Une boucle de rétrocontrôle négative permet au système de se maintenir à l'identique.
- Auto-organisation : la survenue d'un nouvel évènement (naissance d'un nouvel enfant, perte d'emploi, maladie…) active le système d'attachement des membres du système et va agir sur les caractéristiques du système. Le système va devoir se réorganiser de lui-même pour retrouver un nouvel équilibre homéostatique.

- Sous-systèmes, limites : le système familial est composé de plusieurs sous-systèmes : conjugal, fraternel, parental, filial… Chacun peut passer d'un système à l'autre et de manière adaptative lorsque le système fait preuve de flexibilité. Les limites s'expriment lorsque les règles sont trop rigides ou qu'un membre du sous-système a occupé une place non légitime et qu'un autre légitime en a été exclu (exemple de l'enfant parentifié).

Ainsi, la qualité du sous-système conjugal affecte la sécurité de l'enfant de 2 manières : directement, au travers de l'atmosphère émotionnelle et indirectement, au travers des pratiques parentales (Belsky 2005, cité par (Tereno & Perdereau, 2016)). Le sous-système couple est celui qui a le plus de liberté pour influencer le sous-système parental (Cowan & Cowan, 2005). Ces auteurs ont montré que la sécurité de l'attachement chez l'adulte et la sécurité de l'attachement dans le couple sont toutes 2 corrélées avec les interactions observées dans le couple et les comportements parentaux. Toute difficulté de base de sécurité réciproque dans le couple rend difficile le maintien d'une alliance de caregiving et peut donc fragiliser la sécurité de l'attachement de l'enfant.

Les familles dites « dysfonctionnelles » se caractérisent par de nombreux conflits irrésolus (évitement du conflit ou stratégies non productives) et un profond ressentiment entre les partenaires des tâches parentales (Marvin et Stewart, 1990, cité par (Tereno & Perdereau, 2016)). L'existence de conflits conjugaux entrave la qualité du caregiving. Les enfants qui vivent dans ces familles où règnent des conflits importants obtiennent des scores de sécurité faibles (Davies et al., 2004; Harold et al., 2004).

Minuchin a décrit des typologies familiales similaires aux types d'attachement (Minuchin, 1979) : "sécure" correspond à la typologie "flexible" de Minuchin, "préoccupé" pour les familles "intriquées", "détaché" pour les familles "désengagées" et "désorganisé" pour les familles "chaotiques". On ne peut donc que constater le parallèle entre la théorie de l'attachement et la théorie familiale et systémique. Cependant, lorsque l'on considère une famille, nous considérons les styles relationnels qui résultent d'une combinatoire complexe entre les différents attachements spécifiques de chaque partenaire et responsable de stratégies communicationnelles qu'il faut comprendre en termes de circularité. Mais, les travaux manquent encore pour comprendre cette combinatoire (Delage et al., 2006).

D'après les thérapies familiales d'orientation attachementiste, les problèmes des enfants sont le plus souvent efficacement résolus lorsqu'on peut renforcer le fonctionnement du couple comme unité de base de sécurité, notamment en prenant en compte à la fois les représentations intergénérationnelles de l'attachement de chacun des parents et leurs pratiques parentales (Tereno & Perdereau, 2016).

La qualité du lien d'attachement entre les caregivers a un impact important sur le climat émotionnel général de la famille : les liens sécures procurent une base de sécurité aux deux caregivers, pour en particulier élever les enfants et faire face aux stress quotidiens. La famille est un groupe d'attachement. « Les différents partenaires entretiennent entre eux des relations dont la qualité est tributaire de la manière dont ils sont attachés les uns aux autres » (Delage, 2015). Les représentations d'attachement sont intégratives et s'associent :

- Les représentations d'attachement avec chaque parent.
- Les représentations d'attachement avec les parents ensemble. En effet, les parents n'ont pas le même comportement quand ils sont seuls ou ensemble avec l'enfant. De même pour ce dernier, qui n'adopte pas les mêmes attitudes quand il est seul avec chaque parent et quand il est avec les deux.
- Les représentations de la manière dont les deux parents sont attachés ensemble.

Différentes configurations sont possibles (Hinde 1985, cité par (Delage, 2015) :

1- Lorsque les 2 parents ont établi entre eux un lien sécure, où chacun constitue un caregiving adapté aux besoins de l'enfant, il y aura alors un effet de potentialisation. Le caregiving se développe de manière coopérative avec une bonne entente des parents.

2- Mère sécure et père insécure : les conséquences sont variables pour l'enfant :

- Si la mère est suffisamment sereine pour sécuriser son conjoint la triade pourra conserver une sécurité suffisante.
- Si le père est si insécure qu'il insécurise la mère, il est plus difficile pour l'enfant de maintenir un style d'attachement sécure.

3- Dans le cas d'une mère insécure, l'influence du père sur l'attachement de l'enfant est variable en fonction de son degré d'implication dans les soins à l'enfant.

4- Quand les 2 parents sont insécures, le degré de satisfaction conjugale est limité, ce qui se répercute sur la qualité de l'attachement que l'enfant construit, même si dans l'entourage d'autres figures de soins peuvent constituer des bases de sécurité alternatives.

5- Lorsque dans le couple conjugal un style relationnel désorganisé domine, la désorganisation concernera l'ensemble de la vie familiale.

Exemples de thérapies familiales informées par la théorie de l'attachement :

- Family as a secure base (Byng-Hall, 2001): qui suggère qu'une base de sécurité familiale permet aux membres de la famille d'exprimer les affects négatifs tout en restant assurés sur la disponibilité et la capacité des autres membres de la famille à y répondre de manière sensible. A partir de l'exploration des scénarios conflictuels en présence des membres de la famille, le

système peut parvenir à construire un meilleur partenariat corrigé quant au but. Le thérapeute n'a pas pour objectif de changer les comportements mais, grâce au vécu d'expériences correctrices, de permettre des modifications des MIO, et donc de conduire à une autre dynamique relationnelle intrafamiliale. Là encore, le lien avec l'enactment et les théapies familiales « classiques » peut être fait.

- Emotionally Focuser Therapy for couples (EFT) (Johnson, 2003) : les expériences émotionnelles sont les principaux outils de changement. Davantage axée sur l'attachement au sein de la thérapie de couple, mais comme nous venons de le démontrer**,** l'attachement au sein du couple influence grandement la qualité du caregiving.

Les niveaux d'intervention (Tereno & Perdereau, 2016) :

- Alliance de caregiving : L'une des cibles d'intervention est d'aider les parents à établir une alliance de caregiving dans le but de protéger et d'éduquer leur enfant. Cela peut se faire à 2 niveaux : transgénérationnel et interactionnel. Il pourrait y avoir plus de bénéfices à soutenir les parents dans la résolution de leurs problèmes de couple afin qu'ils fonctionnent (de nouveau) comme une base de sécurité réciproque, plutôt que se concentrer uniquement sur leurs stratégies parentales (Cowan & Cowan, 2005).
- Sensibilité parentale : Il est nécessaire d'apprendre à détecter les comportements désorganisants mis en place par les parents dans les échanges avec leurs enfants. L'importance étant de développer une base de sécurité qui encourage la confiance en soi et développe son potentiel d'adaptation. Le thérapeute attachementiste systémique cherche donc à promouvoir la reconstruction du sens de l'histoire d'attachement des parents et ainsi de reformuler des MIO d'attachement des parents.
- Relation avec le thérapeute : Etablir une relation sécure avec le thérapeute pour qu'il devienne un allié des caregivers. Il pourra donner de nouvelles informations et perspectives sur l'enfant, ce qui facilite la résolution des problèmes et augmente la flexibilité cognitive. Le thérapeute pourra donc constituer un caregiver secondaire qui sera sensible aux réponses à la fois de l'enfant et du caregiver principal. Il pourra donc constituer une source de réconfort et contribuer à ce que la détresse soit mieux contenue au sein de la relation d'attachement.
- Alliance fonctionnelle : Dans une alliance fonctionnelle les caregivers peuvent davantage s'aider les uns les autres à mieux comprendre l'enfant. La fonction réflexive du couple offre aux parents un espace pour comprendre les perturbations de la relation parent-enfant et réparer les éventuelles ruptures de communication. Lorsque l'accès au couple n'est pas possible, le

thérapeute peut dans un premier temps appréhender le sous-système parental, puis l'alliance de caregiving.
Une thérapie familiale procure au caregiver une base de sécurité afin d'explorer son ou sa relation avec l'enfant.

Une des discussions actuelles des attachementistes est de savoir si les troubles de l'attachement constatés sont des troubles de la relation ou des troubles de l'individu. Il conviendrait de reformuler la théorie de l'attachement dans une perspective systémique (Delage, 2005).

En résumé,
La notion de base de sécurité pour le caregiving est centrée sur l'assurance du parent d'avoir un allié qui partage son intérêt pour la protection et le soutien du développement de l'enfant.
Il faut prendre en compte le contexte qui entoure la dyade caregiver-enfant pour comprendre le phénomène de transmission transgénérationnelle de l'attachement (De Wolff & Van Ijzendoorn, 1997)**. Or, quel meilleur endroit que le domicile pour prendre en compte le contexte et l'environnement de vie global de l'enfant et ses caregivers ?**

La thérapie ne se déroule plus au sein d'un univers unique, mais à l'intersection d'univers aussi multiples que disparates (Elkaïm, 1989).

4.2.5 Transmission intergénérationnelle

Main développe l'AAI (Adult Attachment Interview) et met en lumière la transmission intergénérationnelle de l'attachement. Les réponses des parents à l'AAI semblent être fortement corrélées avec les styles d'attachement et les réponses comportementales et affectives des enfants lors de la situation étrange.

D'après les travaux de Fonagy et Main sur l'AAI et les MIO, il semblerait que la présence interactive du bébé vient réactiver les histoires passées de l'histoire infantile de la mère et notamment dans le champ de l'attachement. Ces expériences viendraient filtrer la nature qualitative du système relationnel que la mère va proposer à son enfant.
D'après Main et Ainsworth, les mères qui souffrent de défaillances graves de la fonction maternelle ont souvent elles-mêmes souffert autrefois de carences en soins maternels et ont développé des troubles de l'attachement, qui risquent de se retrouver dans leur comportement

parental. Main a montré que l'attachement des parents à leurs propres parents est transmis à la génération suivante.
La transmission intergénérationnelle serait une répétition des insécurités d'attachements, étant principalement des intériorisations de mauvaises qualités, fragiles et insuffisantes (Delage, 2005). Ce serait les distorsions « cognitivo-affectives » qui viendraient compromettre la capacité de « conscience réflexive » d'un parent et donc la capacité à se représenter les états mentaux de son enfant. Ces distorsions seraient liées à des stratégies comportementales activées en lieu et place du recours à la mentalisation, bloquée soit par l'afflux émotionnel soit par la désactivation émotionnelle (qui renvoie à l'attachement insécure).

La transmission des liens d'attachement des grands-parents aux parents et ensuite aux enfants ne dépend pas que de la manière dont les parents éduquent. Lorsqu'un individu apprend très tôt qu'il est digne d'être aimé et que les adultes lui répondront et seront disponibles quand il en aura besoin, il aura alors plus de chance d'établir des relations satisfaisantes avec d'autres partenaires et d'avoir l'envie et la capacité d'essayer de résoudre les problèmes relationnels et de gérer ses émotions. L'environnement familial établi par les couples qui peuvent gérer leurs émotions et résoudre les problèmes de manière effective facilite les relations mère-enfant et père-enfant, lesquelles, en retour, favorisent la capacité de l'enfant à explorer de nouvelles idées et relations (Byng-Hall, 2013).

4.3 Les axes de prévention

Quels troubles cherche-t-on à prévenir ? A quoi former les puéricultrices pour repérer et intervenir sur ce que l'on cherche à prévenir ? Les axes de prévention indispensables sont : la DPN, les troubles de l'attachement et le retrait relationnel de l'enfant.
Il nous paraît fondamental de former les puéricultrices à/aux :
- La DPN, notion fondamentale en périnatalité. La formation doit donc s'axer sur :
* La symptomatologie (Field, 2010; Guedeney et al., 1993; Guedeney, 1999; Guédeney & Jeammet, 2001; INSERM - DREES, 2017; Jardri, 2004; Missonnier, 2009; O'Hara & Swain, 1996; Amad & al., 2021; Tourrette & Guedeney, 2012),
* Les facteurs de risques (Cox et al., 1987; De Tychey et al., 2008; Missonnier, 2009),
* Ses conséquences sur la relation mère-enfant (Dayan, 2008; Faure et al., 2008; Field, 2010; Guedeney et al., 1993; Lovejoy et al., 2000; Tissot et al., 2011; Urbain-Gauthier & Allegaert, 2009; Weinberg & Tronick, 1998) et sur le développement de l'enfant (Guedeney, 1989;

Guédeney & Jeammet, 2001; Martins & Gaffan, 2000; Missonnier, 2009; Murray et al., 1999; Sutter-Dallay et al., 2008),

* Les interventions possibles (Forman et al., 2007; Milgrom, 1994; Missonnier, 2009; Murray et al., 2003; Nylen et al., 2006).

L'objectif étant d'en faciliter le repérage et définir l'intervention et l'orientation vers des services spécialisés.

- Les troubles de l'attachement : on sait combien l'attachement est un vecteur essentiel au bon développement affectif, mental et social de l'enfant (Cassidy, 1988; Guédeney, 2011; Scarano de Mendonça et al., 2008; Tarabulsy, 2020), Park et Waters (1989). Il est donc important de développer lors de la formation :

* La théorie de l'attachement (Bowlby, 1969, 2006; Delage, 2015; Guedeney, 2011),

* Les phases d'attachement (Ainsworth, 1967),

* Les différents styles d'attachement (Ainsworth, 1978; Guedeney, 2011; Guédeney & Leblanc, 2009), Main 1990),

* Ses différentes composantes (**les modèles internes opérants** (Elkaïm, 1989, 2016, 2018; Goldbeter-Merinfeld, 2005; Guédeney et al., 2007; Guedeney, 2011; Jeammet et al., 1999; Merton, 1995), Main , Kaplan et Cassidy (1985), **la fonction réflexive** (Fonagy, 1991; George & Solomon, 1999; Guedeney, 2011; Slade, 2002; Slade et al., 2005; Slade, Sadler, et al., 2005), **le caregiving** (George & Solomon, 1999; Guedeney, 2011; Szanto-Feder, 2002), les **figures d'attachement secondaires** (Byng-Hall, 2013; Cowan & Cowan, 2009; Delage, 2015; Guedeney, 2011; Guedeney et al., 2009; Kobak & Mandelbaum, 2003; Lhermet & Delage, 2016; Pierrehumbert, 2003; Scarano de Mendonça et al., 2008; Tereno & Perdereau, 2016), Grossmann et Grossmann 2002, Johnson et Best 2003) et leur implication dans l'instauration de la relation mère-enfant, afin de déterminer ce sur quoi il est possible d'agir.

- Le retrait relationnel du bébé (Guedeney, 2005; Guedeney et al., 2004; Guedeney & Vermillard, 2004), parce qu'il constitue un risque pour le développement de l'enfant et donne des indices sur la qualité de l'interaction avec le parent.

Ces axes ont été abordés lors de la formation des puéricultrices PERL.

QUESTION DE RECHERCHE

1- **D'après cette revue de littérature**

Cette revue de littérature nous a permis de souligner :

- L'intérêt de la prévention primaire en périnatalité,
- L'importance de s'appuyer sur les professionnelles de terrain, à savoir les puéricultrices de PMI,
- L'intérêt des VAD pour le développement de l'enfant et la qualité des interactions précoces parent-enfant,
- La nécessité d'inclure les éléments fondamentaux de la relation d'aide cités dans la revue de littérature, et principalement les 3 temps de la VAD (jeu, observation et échanges avec les parents) centrés sur une approche non directive, empathique, bienveillante, non jugeante…
- Les points similaires et les différences des études menées en France : toutes les 3 (INTERREG, CAPEDP et PANJO) ont été menées auprès d'une population ciblée (par des critères de vulnérabilité ou sur un territoire étiqueté vulnérable).

2- Question de recherche

Comment construire un dispositif préventif et universel de VAD en contexte Français qui s'appuie sur les professionnelles de terrain ?

Quels seront les effets d'un tel dispositif ?

Comment les évaluer ?

3- Objectifs de la thèse

L'objet de ce travail de doctorat est de construire un dispositif de recherche action de prévention primaire en périnatalité (PERL),

- En s'appuyant sur les ressources existantes : les puéricultrices de PMI,
- En structurant leurs modalités d'intervention et les VAD.

Pour se faire, nous avons :

- Outillé ces professionnelles en construisant un dispositif de formation,
- Crée une échelle leur permettant d'évaluer la qualité des interactions précoces parent-enfant,
- Cherché et proposé des tests d'évaluations pouvant leur être transmis,
- Evalué ce dispositif de façon quantitative et qualitative, tant auprès des familles que des professionnelles.

- Analysé les difficultés rencontrées afin de dégager les axes possibles d'amélioration d'un tel dispositif.

Le but est de mesurer l'efficacité de ce dispositif sur la qualité des interactions précoces parent-enfant et le développement de l'enfant et définir les modalités qui conviennent aux familles et aux professionnelles de PMI.
L'objectif de ce travail de thèse sera donc de contribuer ainsi à la preuve scientifique que la prévention primaire en périnatalité devrait être systématisée, universelle, et associée à certaines modalités opérationnelles.

PROTOCOLE PERL

1 D'APRES CES CONSTATS…. D'INTERREG A PERL

D'après les données de la littérature précitées et les résultats d'INTERREG, nous avons construit le protocole PERL (Buchheit et al., 2021). Dans la recherche PERL, les puéricultrices de PMI modifient leurs pratiques, et se focalisent sur le soutien parental, le développement de l'enfant et les interactions précoces. Pour cela elles réalisent 3 temps lors des VAD : l'observation, le jeu et l'échanges avec les parents.

Le dispositif PERL a pour objectif d'utiliser un modèle d'accompagnement à domicile similaire à celui de la recherche INTERREG en termes de fréquence (régularité des VAD) et de cadre (Observation, accompagnement parental, interaction parent-bébé), sur un territoire donné (zones rurales, semi-rurales et urbaines en Meurthe-et-Moselle), en population générale. Il était important de pouvoir intégrer ce dispositif dans les pratiques existantes de PMI afin de favoriser la transférabilité du processus et son appropriation au sein de la PMI. La recherche PERL est réalisée dans le cadre d'un partenariat entre le service de PMI et de pédopsychiatrie (Buchheit et al., 2019).

Le protocole PERL a donc été construit sur le modèle d'INTERREG auquel nous avons apporté des changements substantiels :
* Premièrement, PERL est un essai contrôlé et randomisé, monocentrique et sur 4 ans
* Deuxièmement, nous avons ajouté :
- une évaluation comparative des populations intervention et témoins à 4, 24 mois et 4 ans,
- une équipe de recherche scientifique,
- un élargissement du territoire et donc une augmentation du nombre de participants,
- des cotations d'évaluation en double aveugle,
- une intégration dans les pratiques courantes et utilisant les ressources du système de santé existant,
- des outils traduits et validés en français en y ajoutant des éléments sur l'état psychique de la mère, la qualité des interactions précoces, le retrait relationnel du bébé et l'alliance thérapeutique et une analyse des refus/abandons,
- une évaluation des processus et mécanismes réalisée par un organisme indépendant,

- une modification de l'implication de la coordinatrice de recherche dans le dispositif, le traitement et l'analyse des données.

2 ASPECTS REGLEMENTAIRES

Désormais pour toute recherche en France, il est nécessaire de soumettre un dossier complet à différentes instances qui statuent sur la possible mise en œuvre de la recherche.

2.1 Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé (l'ANSM)

Il nous a fallu enregistrer la recherche PERL auprès de l'ANSM afin d'obtenir un numéro ID RCB (Recherche et Collections Biologiques), nécessaire à toute recherche et permettant de poursuivre les démarches légales d'enregistrement de la recherche.

2.2 Le Comité de Protection des Personnes (CPP)

Désormais, suite à la loi Jardé de décembre 2016, toute recherche en France utilisant des données collectées est soumise à l'avis d'un CPP. Nous avons donc rédigé un protocole que nous avons soumis au CPP de Lille (en mars 2017). Le choix de CPP se fait par tirage au sort suite à l'inscription sur le site internet VRB (Volontaires Recherches Biomédicales). Notre recherche fait partie de la catégorie mentionnée au 2° de l'article L.1121-2 du code de santé publique « recherche interventionnelle ne comportant que des risques et contraintes minimes ».
Il nous a fallu trouver, en amont de cette demande au CPP, un promoteur pour notre recherche. Le Centre Psychothérapique de Nancy (CPN) était en train de créer une UNité d'Investigation Clinique (UNIC), il a donc été dans la logique des choses que le CPN soit promoteur de la recherche-action PERL.
L'accord du CPP a été obtenu en novembre 2017.

2.3 Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL)

Suite à l'accord du CPP, nous avons demandé une autorisation à la CNIL, la déclaration simplifiée MR-001 n'étant pas appropriée pour un protocole intégrant l'utilisation de la vidéo. Le dossier leur a été soumis en août 2017 et nous avons obtenu l'accord pour le traitement des données le 30 janvier 2018.

2.4 Comité scientifique de la recherche

Un COmité de PILotage (COPIL) s'est réuni une fois tous les 2 mois durant les 2 premières années, puis une fois tous les 4 mois la 3° année. Actuellement, le COPIL a lieu semestriellement. Le COPIL est composé du responsable médical de la recherche, de la PSYCHOR (PSYchologue COORdinatrice de la recherche), de la médecin co-directrice de cette thèse pour son apport notamment méthodologique de la recherche PERL, des cadres du CPN et de la PMI, de la médecin départemental et des médecins territoriaux, d'un responsable d'étude du Centre d'Expertise en Santé Publique de Nancy (CESP), des professionnels impliqués dans la recherche INTERREG, de la pédopsychiatre du CMP enfants du territoire Lunévillois, d'une médecin conseiller territoriale de l'ARS Grand-est, une déléguée territoriale de la CAF de Meurthe-et-Moselle, de la responsable du département de promotion de la santé mentale et de prévention du CPN, du directeur adjoint enfance, famille et santé publique du CD.

Un COmite TEChnique (COTEC) a été mis en place à partir de la 1ère année de mise en place effective de la recherche sur le terrain afin de répondre aux diverses demandes des puéricultrices. Sont présents à nos côtés : le responsable médical de la recherche, la médecin pédopsychiatre co-directrice de cette thèse, la cadre du service de PMI, la médecin territoriale, et les puéricultrices souhaitant être présentes. Durant cette réunion sont discutés : les modalités pratiques et concrètes de mise en place de la recherche sur le terrain, les retours et questionnements des puéricultrices. C'est une modalité importante du dispositif mis en place au cours de la 1ère année de déploiement de l'étude, qui aurait dû être élaborée bien avant son déploiement.

3 OBJECTIFS

Objectif principal

L'objectif principal est d'évaluer les effets d'un accompagnement préventif et régulier à domicile, réalisé par des puéricultrices de PMI, sur la qualité des interactions précoces parent-enfant et le développement du jeune enfant. L'impact sera étudié au travers d'une analyse comparative entre le groupe bénéficiant de l'intervention et le groupe témoin, dont aucun accompagnement n'est préétabli et cadré par le dispositif.

Objectifs secondaires

Les objectifs secondaires sont d'analyser longitudinalement l'impact de l'intervention pour chaque famille entre le 4ème et le 24ème mois de l'enfant. L'impact sera étudié à travers la santé mentale maternelle, la qualité des interactions précoces parent-enfant et le vécu de la parentalité, corrélés avec l'évolution du développement de l'enfant, en fonction de l'alliance thérapeutique et du vécu de l'intervention par les familles.

4 POPULATION

4.1 Détermination de la taille de l'échantillon

Nous avons effectué un calcul de puissance: nous nous sommes basés sur un cas pour un témoin, avec une puissance à 80% un risque alpha de 5%, une prévalence de retard de développement à 50% chez les témoins et 25% pour ceux bénéficiant du dispositif (basé sur les résultats INTERREG). Le résultat obtenu était un échantillon de 58 familles groupe intervention et 58 familles groupe témoin. En tenant compte d'une perte de 10 % de sujets au cours de la recherche, nous avons obtenu 64 sujets à recruter pour le groupe intervention et 64 sujets pour le groupe témoin.

De plus, le nombre de 64 familles a également été estimé pour répondre aux contraintes des modalités d'organisation du temps de travail des puéricultrices, qui conditionnent la limite de sujets pouvant être accompagnés. Les puéricultrices poursuivent leur activité habituelle en PMI, à laquelle se rajoutent les VAD pour la recherche PERL. Il nous a donc paru pertinent, au vu de la poursuite de leur activité professionnelle et après discussion avec le service de PMI et le médecin de territoire, d'attribuer 8 familles par puéricultrice.

Suite à la mise en place des premières VAD réalisées par les puéricultrices, celles-ci nous ont informée que le nombre maximum de familles avec lesquelles elles pourraient mettre en place un suivi durant 4 ans était de 4 par puéricultrice. Dans le but d'obtenir 64 familles pour le groupe intervention, nous avons élargi le secteur de recrutement de l'étude (du Pays Lunévillois à la Meurthe-et-Moselle sud) afin de pouvoir impliquer davantage de puéricultrices (6 puéricultrices supplémentaires) et disperser la charge de travail. PERL : Petite Enfance, Recherche action dans le Lunévillois, est devenu PERL : Petite Enfance, Recherche action en Lorraine.
Ces modifications de protocole sont évoquées dans la partie « Résultats préliminaires et discussion », chapitre 3.4 « Les étapes de modification du protocole PERL ».

Il était donc prévu d'inclure :
- 64 familles pour le groupe intervention,
- 64 familles pour le groupe témoins.

4.2 Caractéristiques du territoire

Le territoire de l'étude comprend tout le pays Lunévillois (soit 178 communes, 1576 km^{2,}), auquel s'ajoute le secteur Nancy sud-est, Vandoeuvre-les-Nancy et Villers-les-Nancy (soit 10 communes supplémentaires). Le choix du territoire a été déterminé en lien avec la poursuite de l'action INTERREG, qui s'est déroulée sur les 3 cantons de la zone la plus rurale du Pays Lunévillois. Nous avons ajouté le territoire supplémentaire en fonction du nombre de puéricultrices et de la faisabilité des VAD (VAD d'évaluations que nous réalisons et VAD effectuées par les puéricultrices).

Les caractéristiques sociodémographiques des territoires semblent homogènes.

Tableau 1 : Caractéristiques sociodémographiques des territoires en 2017

	Lunévillois	Grand-Nancy	Territoire national
Taux d'activité (15-64 ans) 2016	73,1%	**66,9% (-)**	73,6%
Actifs occupés 15-64	63,2%	**56% (-)**	63,7%
Chômeurs 15-64	13,5%	**16,3% (+)**	13,5%
Inactifs 15-64	26,9%	**33,1% (+)**	26,4%
Allocataires RSA (droits payables en décembre 2016 pour 1000 personnes 15-64 ans)	41,3%	**62,1% (+)**	40,3%
Santé			
Médecins généralistes (densité pour 100 000 habitants janvier 2016)	151	**236 (+)**	155
Consultations PMI (rapporté au nombre d'habitants en 2016)	**121% (+)**	90%	81% (pour la M-e-M)
Enfance et jeunesse (en décembre 2016)			
Taux de couverture des ASS MAT (nombre de places pour 100 enfants)	71,8	**42,6 (-)**	60 (M-e-M)
Taux d'équipement des structures d'accueil (pour 1000 enfants nés)	127	**226 (+)**	146 (en France en décembre 2014), 145 (M-e-M)
Bénéficiaires de mesures (AED, AEMO, placement pour 1000 enfants de -20 ans)	**29,7% (+)**	23,5%	23,7% (M-e-M)
Taux de scolarisation 2-5 ans	74,8%	**71,7% (-)**	74%

M-e-M : Meurthe-et-Moselle

Tableau 2 : Caractéristiques sociodémographiques des territoires en 2019

	Lunévillois	Grand-Nancy	Territoire national
Taux d'activité 15-64 ans au 31.12.2018 Actifs occupés 15-64 Chômeurs 15-64 Inactifs 15-64	72,9% 62,8% 13,8% 27,1%	**66,3% (-)** **55,3% (-)** **16,6% (+)** **33,7% (+)**	74% 63,9% 13,6% 26%
Allocataires RSA (droits payables pour 1000 personnes 15-64 ans le 31.12.2018)	42,4%	**62,7% (+)**	40,6%
Santé (au 31.12.2018) Densité de médecins généralistes (densité pour 10 000 habitants) Nombre de séances PMI par rapport à la norme	10,5 73%	**12,7 (+)** **96% (+)**	9 83% (en M-e-M)
Enfance et jeunesse (au 31.12.2018) Taux de couverture des ASS MAT (nombre de places pour 100 enfants) Taux d'équipement en structure d'accueil petite enfance (nombre de places pour 1000 enfants) Bénéficiaires de mesures (AEMO, AED, placements) pour 1000 jeunes de – de 20 ans Taux de scolarisation 2-5 ans	79,7 144 32% 73,5%	**42,6 (-)** **229 (+)** **33,7% * (+)** 71,2%	63,2 (M-e-M) 155 (M-e-M) 26,7% (M-e-M) 73,7%

* chiffre élevé qui peut s'expliquer en grande partie par la présence de structures accueillant des bénéficiaires de mesures d'assistance éducative et de contrats jeunes majeurs : REMM, Dispositif d'Accueil des Mineurs Isolés Étrangers de Réalise (DAMIER), foyers pour jeunes travailleurs, logements du CROUS... (source : atlas départemental 2019).

24 familles recrutées sur les 64 sont du secteur de Nancy sud-est. Nous comparerons les résultats des évaluations des 2 secteurs afin d'analyser si des différences entre les secteurs s'opèrent.

Tableau 3 : Résultats à l'ERTL4 en 2017 et 2019

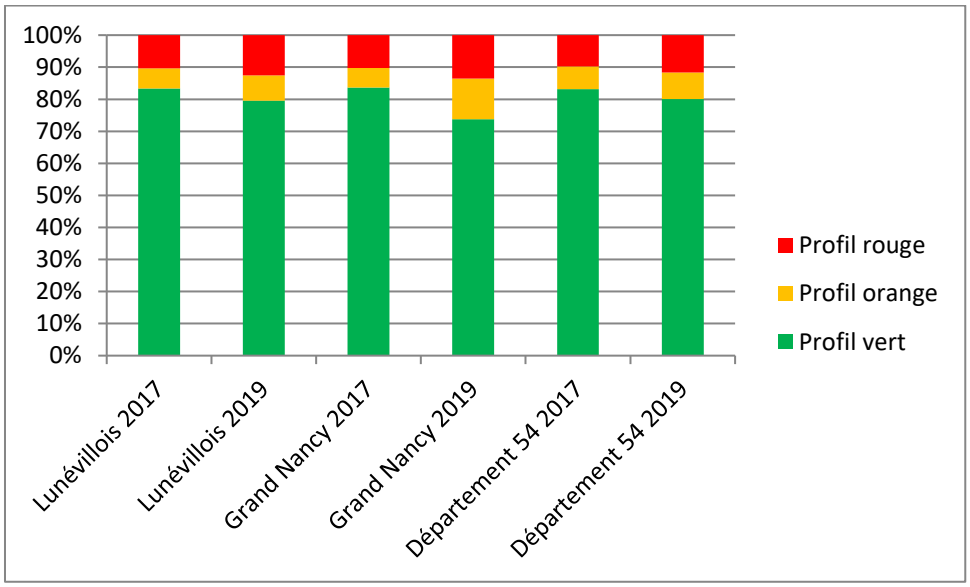
	2017			2019		
	Lunévillois	Grand Nancy	Département 54*	Lunévillois	Grand Nancy	Département 54*
Profil vert	82,7 %	83,7 %	82,7 %	75,0 %	73,7 %	78,2 %
Profil orange	6,2 %	6,0 %	7,1 %	7,5 %	12,7 %	8,1 %
Profil rouge	10,3 %	10,3 %	9,7 %	11,8 %	13,5 %	11,4 %
- Examen normal	74,8 %	71,9 %	73,6 %	69,2 %	65,2 %	70,6 %
- A adresser à un spécialiste	10,6 %	10,0 %	10,8 %	13,7 %	12,4 %	12,1 %
- A adresser à CMP/CMPP	0,5 %	0,5 %	0,2 %	0,7 %	0,0 %	0,1 %
- A revoir/ examen à refaire PMI/ à suivre	3,2 %	6,5 %	4,3 %	5,8 %	9,8 %	5,2 %
- Problème connu et suivi	9,9 %	11,2 %	10,2 %	10,0 %	12,6 %	10,9 %

* Nous ne disposons pas des chiffres du territoire national, certaines écoles de France ne bénéficiant pas du BEM (Bilan Ecole Maternelle) réalisé par la PMI.

On peut noter entre 2017 et 2019, sur tous les territoires :

- Une diminution de profils verts : entre 4,5 (département) et 10 points (Grand Nancy),
- Une augmentation des profils orange : entre 1 (département) et 6,7 points (Grand Nancy),
- Une augmentation des profils rouges : entre 1,5 (Lunévillois) et 3,2 points (Grand Nancy).

Evolution des profils entre 2017 et 2019 sur les 3 territoires

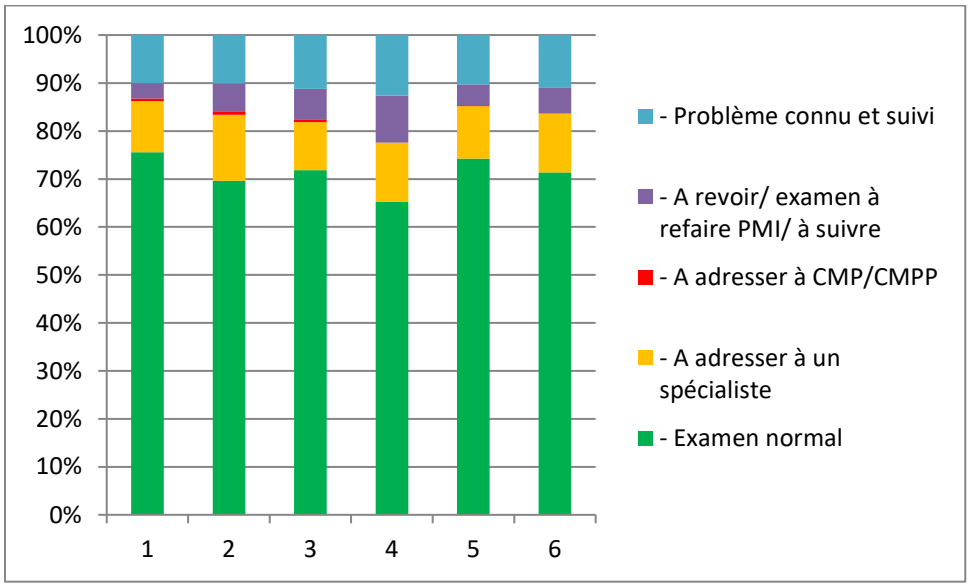


On repère également :

- Une diminution des examens « normaux » : entre 3 (département) et 6,7 points (Grand Nancy),
- Une augmentation d'enfants à adresser à un spécialiste suite au BEM : entre 1.3 (département) et 3,1 points (Lunévillois),
- Une augmentation des enfants à revoir ou à suivre et/ou examen à refaire par la PMI : entre 0,9 points (département) et 3,3 (Grand Nancy).

Les résultats des évaluations ERTL4 pour les enfants de 4 ans semblent homogènes entre les 2 territoires.

Evolution des orientations entre 2017 et 2019 sur les 3 territoires



1 : Lunévillois 2017
2 : Lunévillois 2019
3 : Grand Nancy 2017
4 : Grand Nancy 2019
5 : Département 54 2017
6 : Département 54 2019

4.3 Caractéristiques de l'échantillon

Population générale, pourquoi?

Pour cette recherche, nous avons fait le choix de travailler en population générale et de ne pas recruter les familles en fonction de critères de vulnérabilité. Cela nous permet d'éviter la stigmatisation des familles et de ne pas confirmer les propos selon lesquels la PMI n'interviendrait qu'auprès des familles les plus carencées.

De plus, la PMI axe son travail sur le principe d'universalisme, les consultations sont à destination de la population générale, il nous paraissait donc important de conserver ces modalités d'action.

D'autre part, les troubles des interactions précoces, les DPN, les troubles psychiques maternels et les retards de développement du jeune enfant, ne sont pas réservés à la population présentant des critères de vulnérabilité, mais sont également présents en population générale : « l'émergence de certaines difficultés parentales est inhérente à la naissance et à la confrontation du « bébé du dehors » (Missonnier, 2009). Les difficultés relevées en population générale - sans critères de vulnérabilité établis - peuvent également affecter le bon développement de la relation parent-enfant, par un mauvais accordage affectif, affectant donc le sentiment de sécurité du nourrisson (consommation de toxiques, difficultés conjugales, séparation des parents, exposition précoce aux écrans, manque de stimulation appropriée…).

La DPN ne touche pas uniquement les familles cumulant des critères de vulnérabilité. Une étude révèle la prévalence de DPN particulièrement élevée et cliniquement significative chez plus d'1/3 des mères de l'étude, en population générale et pour des mères ayant un statut cadre, un bac+5 et vivant en couple (Schaming & Wendland, 2021).

Le fait d'être en population générale constitue une porte d'entrée pour aller à la rencontre systématique des familles les plus vulnérables.

PERL est donc un dispositif de prévention primaire et universel en périnatalité. Le registre de **prévention universelle définit une logique de prévention primaire et anticipatoire**. La finalité de cette prévention serait l'amélioration des conditions générales de la population/développement social, la promotion de la santé et l'autonomie des personnes. Les déterminants et leviers seraient (Dupays et al., 2019) :

- D'agir sur les déterminants sociaux, économiques et institutionnels du développement, de la santé et du bien-être,
- D'agir sur les comportements individuels en termes d' « éducation » de la population générale : amélioration de l'information, de la sensibilisation et montée en compétences des personnes au contact des familles.

Critères d'inclusion

Les critères d'inclusion sont au nombre de deux :

- Terme de grossesse entre septembre 2018 et janvier 2020,
- Lieu de résidence (Meurthe et Moselle Sud).

Critères de non inclusion

Les critères de non inclusion sont au nombre de deux :

- Les familles ne parlant pas français,
- Les gens du voyage non sédentarisés.

5 MODALITES DE RECRUTEMENT DES FAMILLES

Le CD nous a fourni, chaque mois, les déclarations de grossesse des futures mamans du territoire concerné par la recherche (récoltées par la CAF), dans le 6ème mois de grossesse des parturientes.

5.1 Courrier systématique

Au cours du 7ème mois de grossesse, nous avons adressé à toutes les familles ayant déclaré leur grossesse et dont la date de terme était prévue entre septembre 2018 et janvier 2020 un courrier les informant que la recherche PERL a débuté en 2018 et qu'elles étaient susceptibles d'être contactées pour leur proposer d'y participer.

Le courrier mentionnait la possibilité de refus pour les familles ne souhaitant pas y participer. Elles pouvaient alors, dès ce premier courrier, nous contacter par mail, courrier ou appel afin de s'opposer au recontact.
Si la famille s'opposait, elle n'était pas incluse dans la liste définitive à partir de laquelle était effectuée la randomisation des futurs participants à l'étude.
Si les familles n'émettaient aucun refus, elles faisaient alors partie de la liste avec laquelle nous avons procédé au recrutement aléatoire pour déterminer les familles faisant partie de la cohorte « témoin » et celles faisant partie de la cohorte « intervention ».

La cohorte « témoin » a donc été sélectionnée sur le même territoire, simultanément et d'après un recrutement aléatoire identique à la cohorte « intervention ».

5.2 Randomisation

Quinze jours après l'envoi de ce 1er courrier, nous avons procédé à la randomisation (randomisation de Zelen avec double accord, pour les 2 groupes) sur la base de la liste actualisée après les 1ers refus (suite au 1er courrier). Les familles ont donc été réparties au hasard dans le groupe intervention ou témoin.
La méthode de recrutement utilisée est très formalisée pour répondre aux besoins de la recherche. Les familles ont été randomisées avant d'obtenir le consentement selon la

randomisation de Zelen. Ce type de randomisation permet de pallier à l'effet de préférence des familles pour un groupe et d'éviter la déception de ne pas être dans le bras « intervention ».
Cependant, dans le dispositif PERL, tous les parents peuvent y trouver un avantage : les familles du groupe intervention bénéficient d'un accompagnement et celles du groupe témoin bénéficient de 3 évaluations du développement de leur enfant, ce qui peut être rassurant.

Toutes les familles ont été recrutées sur la base du volontariat.

5.3 Rythme des inclusions

Les puéricultrices de PMI réalisent les VAD en plus de leur charge de travail habituelle. En conséquence, nous avons dû adapter le nombre de familles suivies par puéricultrice pour correspondre aux ressources allouées par le service de PMI. Elles peuvent accompagner jusqu'à 4 familles chacune, pour 16 puéricultrices au total. Le groupe témoin a été recruté avec le même nombre de participants chaque mois afin d'éviter tout biais (saison, etc.) et pour que nous puissions réaliser les VAD d'évaluation dans le temps imparti. Lorsque le nombre prévu de familles par mois (1 par puéricultrice) est atteint, le recrutement s'arrête pour ce mois et reprend le mois suivant.
En pratique, en raison de la capacité de professionnelles allouées, nous avons dû limiter le nombre de participants à 128 familles, pour la coordination (réalisant toutes les VAD recrutement et d'évaluation seule) et la faisabilité de l'action sur le terrain (par les puéricultrices).
Le nombre de puéricultrices participant au projet a évolué au fil des mois (de septembre 2018 à septembre 2019) : 6 infirmières PMI sur les 3 premiers mois, 9 les 7 mois suivants, puis 10 professionnels à partir de mai 2019 et 16 à partir de Septembre 2019. Le nombre maximum de sujets recrutés a donc évolué en fonction du nombre de professionnelles impliquées dans la recherche, 16 professionnels étant le nombre nécessaire pour recruter l'ensemble de la population. De plus, pour des raisons extérieures à l'étude, le recrutement a été interrompu pendant 4 mois (janvier 2019 à avril 2019), plus amplement développé dans le chapitre « Résultats préliminaires et discussion », partie 3.1 « Evolution de la PMI, remaniements et difficultés à la mise en place d'un nouveau projet ».
Si nous avions eu le nombre de professionnelles souhaité au début de la recherche, nous aurions atteint nos objectifs de recrutement en 5 mois.

5.4 Première information par courrier

Suite à cette randomisation, les familles ont été informées par un 2ème courrier, au cours du 8ème mois de grossesse, qu'elles étaient sollicitées pour participer à la recherche-action PERL. Nous avons opté pour un recrutement au cours du 8ème mois de grossesse afin de ne pas inclure les accouchements prématurés dans notre population d'étude. Ce choix nous permet d'avoir des groupes homogènes en terme de naissance et de ne pas biaiser les résultats à certaines échelles d'évaluation, pour lesquelles il aurait nécessairement fallu prendre en compte le critère de prématurité.

Ce courrier leur a été adressé avec une plaquette descriptive de la recherche-action et une proposition de rendez-vous à leur domicile avec la PSYCOR.

Là encore, il leur était laissé la possibilité de refuser le RDV et donc leur participation à la recherche.

5.5 Première rencontre : informations

Si les parents ne se sont pas manifestés pour s'opposer au rendez-vous, nous avons réalisé la VAD de recrutement, au cours du 8ème mois de grossesse, afin de leur présenter la recherche. Au cours de cette VAD, nous présentions une information détaillée concernant les modalités pratiques (nombre et rythme des VAD, contenu des échanges, personnes présentes, durée…), leurs droits (d'arrêt de la recherche, de récupération des données les concernant…), le traitement des données (anonymat, résultats et analyses globales et non individuelles). Cet échange avait comme support une note d'information qui leur a été remise, accompagnée d'un formulaire de consentement.

S'ils acceptaient d'y participer, le formulaire de consentement et la note d'information étaient signés et ils étaient considérés comme étant inclus dans la recherche, dans le groupe intervention ou témoin.

Dans le groupe intervention, la puéricultrice prenait contact avec la famille suite à la naissance de l'enfant afin d'organiser la VAD dans le mois de naissance de l'enfant ; et dans le groupe témoin, nous prenions contact avec la famille aux 3 mois de l'enfant afin d'organiser une VAD dans le 4ème mois.

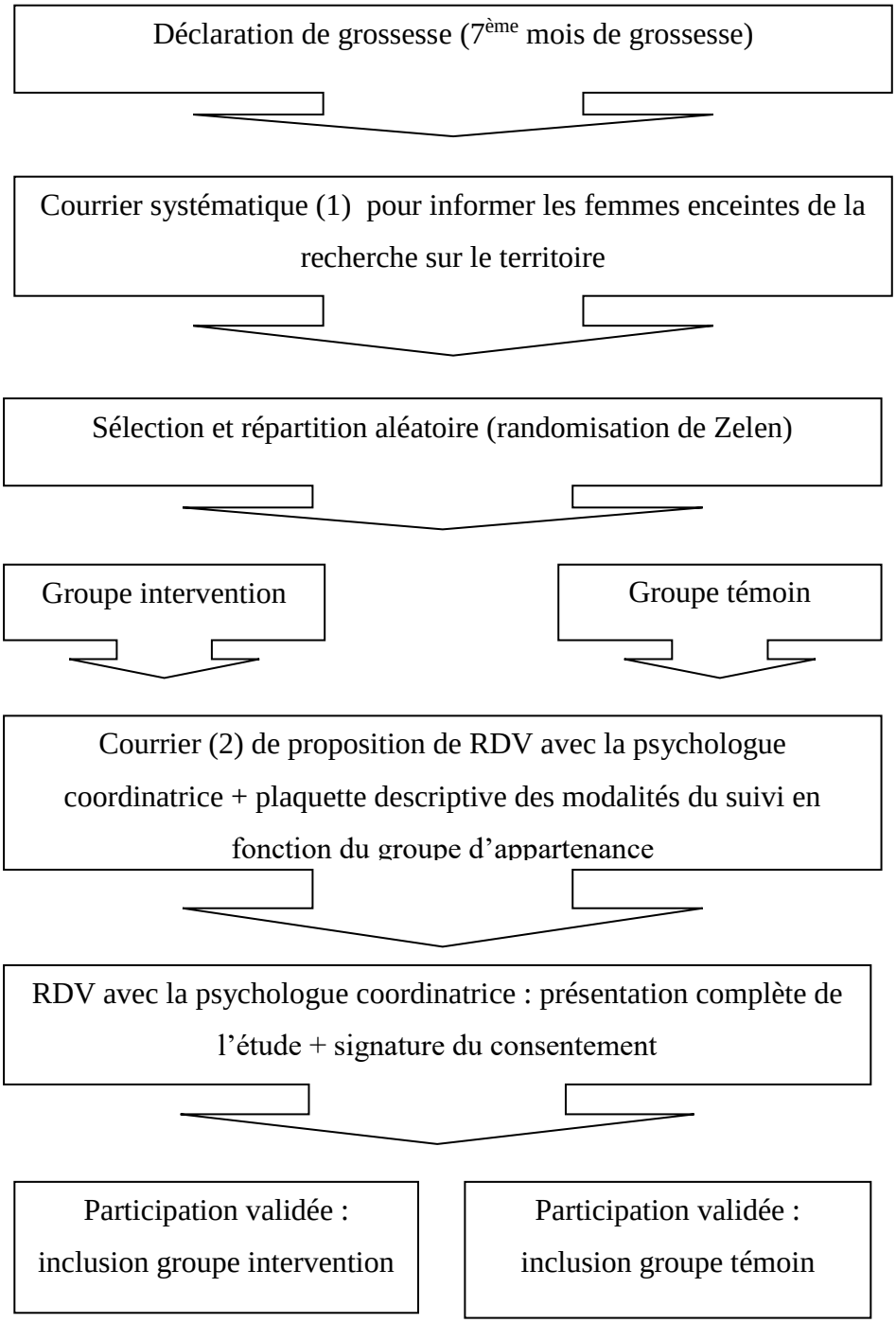


Schéma descriptif des modalités de recrutement

6 L'ACCOMPAGNEMENT PERL

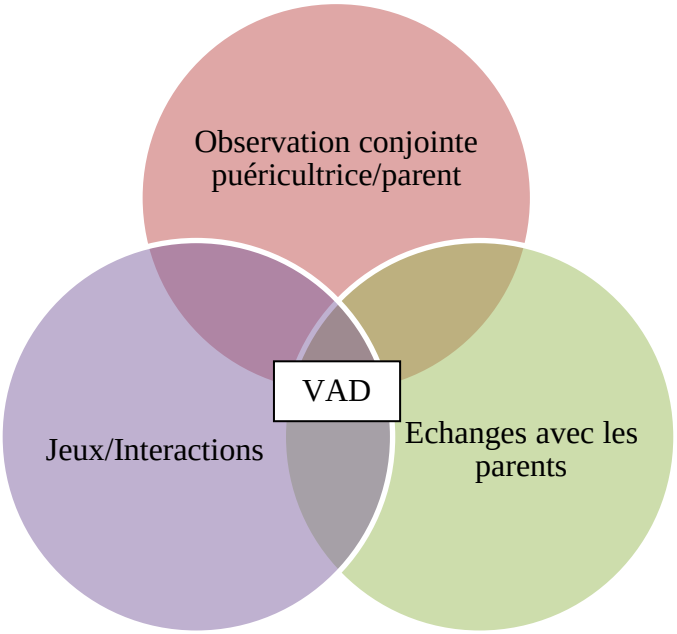
6.1 Accompagnement des familles

Le protocole PERL actuel (version 6 du 15 février 2021)

Nous nous sommes interrogée sur le contenu des VAD à proposer aux puéricultrices afin d'avoir un impact sur les interactions précoces parent-enfant et le développement de l'enfant. Les 3 axes décrits dans la revue de littérature et employés dans bon nombre de recherches de prévention en périnatalité nous ont donc paru être le contenu à privilégier.

Le modèle d'accompagnement préventif prévoit que les VAD s'articulent autour de trois temps :

- L'observation active et conjointe (puéricultrice-parent) du bébé, de son évolution, ses comportements et attitudes et ses progrès. L'observation peut également être centrée sur l'interaction parent-enfant, afin de valoriser la qualité des interactions auprès du parent.
- Un temps d'entretien et d'échange avec les parents sur la parentalité, la guidance développementale, les préoccupations des parents, la verbalisation des affects,.... Ce temps est souhaité ouvert aux demandes des parents et sujets qu'ils amèneront.
- L'interaction, en particulier au travers du jeu partagé.



Nous n'avons pas souhaité donner de trame plus protocolisée ou de thèmes prédéfinis à évoquer afin de s'adapter au moment présent et aux besoins des parents. Notre souhait étant de s'appuyer sur les compétences des puéricultrices qu'elles sauront mettre à profit lors des VAD.

Nous axons le travail de la puéricultrice sur

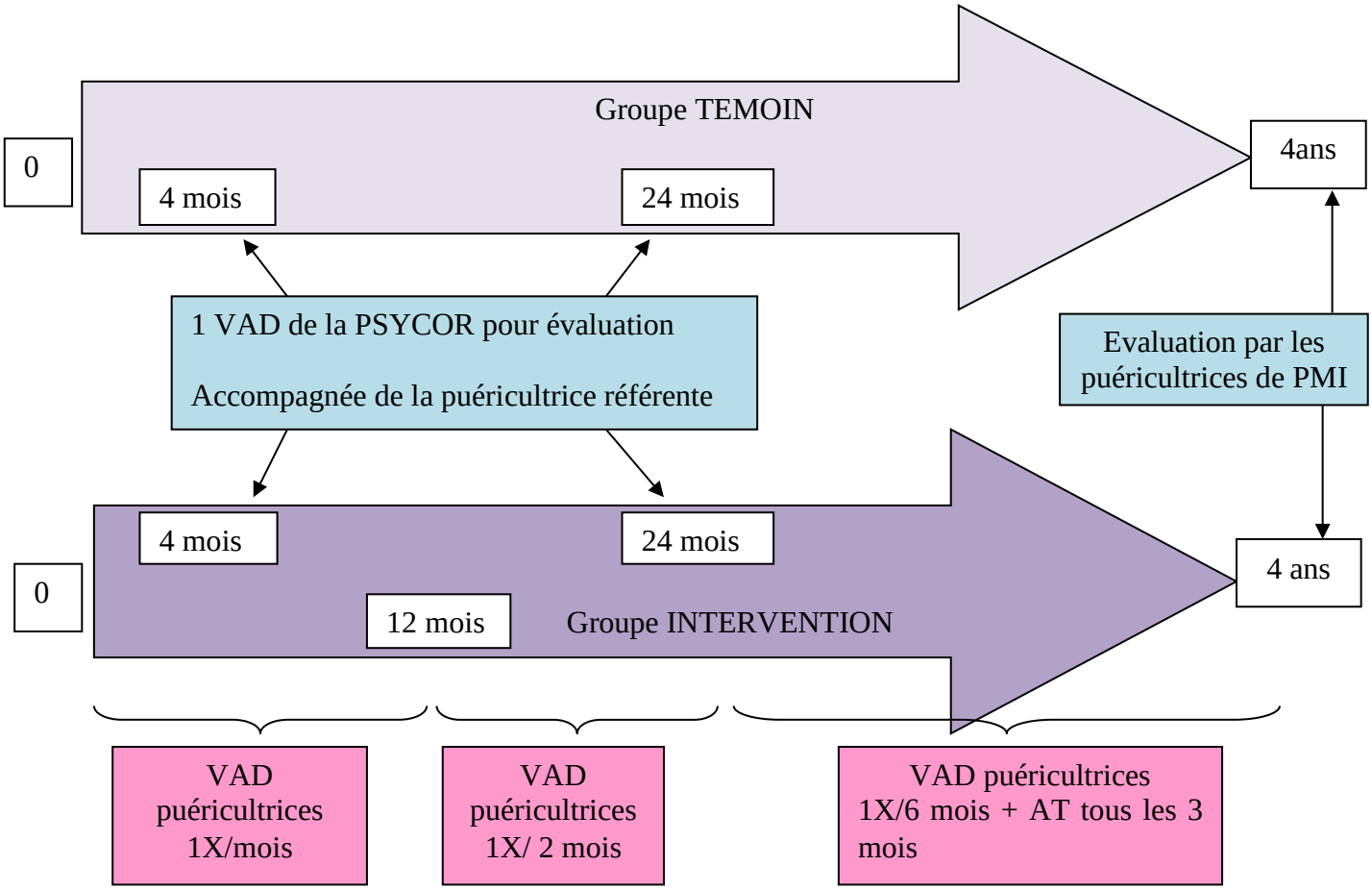
- La bienveillance et la venue inconditionnelle,
- La non-directivité : la guidance développementale pourra être réalisée et les « conseils » communiqués, mais toujours en partant de la demande des parents. Les recommandations de prévention, habituellement faites lors de la VAD postnatale, devront être données différemment. Le fait de ne pas être dans l'obligation de donner ces recommandations en une seule et unique VAD permet que l'information soit donnée de manière moins directive, en s'appuyant sur les ressources des parents, dans un but de valorisation des compétences parentales,
- La réponse aux besoins et questions des parents,
- L'accompagnement et le soutien aux parents : permettre au parent de trouver la réponse par lui-même, par le fait d'interroger son vécu, son expérience, son analyse de la situation en faisant dérouler ses affects, permet de considérer le parent comme étant lui l'expert de son enfant, et qu'il s'approprie cette place,
- La vision positive des situations : ne pas se rendre dans la famille en repérant les clignotants, être attentif aux aspects positifs afin de les accentuer et donc de valoriser le parent dans ses compétences parentales
- L'instauration d'une relation sécure parent/puéricultrice : le plus important étant de travailler en premier lieu sur la relation puéricultrice-parent. Cette relation aura une répercussion sur la relation mère-enfant. La mère pourra s'appuyer sur la puéricultrice et intégrer les caractéristiques de cette relation sécure, pour la réemployer dans la relation à son enfant.

L'accent est mis également sur tous les concepts développés dans la partie « revue de la littérature » : prérequis pour une relation sécure puéricultrice-parent et prérequis pour soutenir les interactions parent-enfant, que nous ne détaillerons pas dans cette partie.

Rythme des VAD / design de l'étude

Nous nous sommes questionnée sur le rythme à proposer pour les VAD afin d'atteindre notre objectif et le mettre en adéquation avec le travail quotidien des puéricultrices de PMI. Le rythme minimum déterminé est le suivant :

Dans le cadre de cette recherche, les familles bénéficient de :



Il est possible/autorisé que les familles bénéficient de plus de VAD que le rythme préétabli lorsque :

- Elles en émettent le souhait,
- Les puéricultrices ont repéré que les familles nécessitent un rythme plus soutenu de VAD.

6.1.1 Pour les familles du groupe intervention

VAD par une puéricultrice axée autour de trois temps : d'observation, jeu, échanges avec les parents.

Rythme des VAD :

- 1 tous les mois de la naissance à 1 an
- 1 tous les 2 mois de 1 an à 2 ans
- 1 tous les 6 mois de 2 ans à 4 ans et un appel téléphonique 3 mois après la VAD (2 ans 3 mois – 2 ans 9 mois – 3 ans 3 mois – 3 ans 9 mois) afin de maintenir le lien et le contact avec les familles.

Cas particulier :

Si le protocole n'est pas respecté, que les VAD ne sont pas effectuées dans le cadre du dispositif (rythme), la puéricultrice appelle les familles à 3 reprises. Si la famille ne répond pas, nous tentons de prendre contact avec la famille pour analyser les motifs évoqués par la famille souhaitant se retirer du dispositif. Si les familles maintiennent leur position, elles seront retirées de l'échantillon et leurs caractéristiques seront étudiées.

Si des familles ne remplissent plus les conditions de participation à l'étude (diagnostic d'une pathologie génétique impactant le développement de l'enfant de façon durable, reprise du travail et incompatibilité de poursuite du suivi au rythme imposé...) et/ou se trouvent dans une situation de précarité ou de vulnérabilité, le suivi avec la puéricultrice peut se poursuivre, mais les évaluations ne seront pas réalisées et la famille sera retirée de l'échantillon.

6.1.2 Pour les familles du groupe témoin

Aucune intervention spécifique n'est prévue pour ce groupe, à l'exception de la VAD de recrutement et des 3 VAD d'évaluation. Les familles de ce groupe peuvent bénéficier d'un suivi ou soutien du circuit « classique » : consultations PMI, CMP, CMPP, services sociaux, suivi psychologique…

6.1.3 Pour les familles des groupes témoin et intervention

<u>Les VAD d'évaluation :</u>

- Dix familles de chaque groupe, sélectionnées aléatoirement, ont bénéficié d'une VAD dans les 30 premiers jours de vie du bébé, afin d'évaluer le développement du bébé et mettre en avant ses compétences auprès des parents : test de Brazelton (NBAS). Cette évaluation a été réalisée pour s'assurer de l'homogénéité des groupes en termes de développement global de l'enfant.

- Deux VAD que nous réalisons en binôme avec la puéricultrice référente de la famille dans le groupe intervention et seule pour le groupe témoin, dont l'objectif est l'évaluation : du développement de l'enfant, de la parentalité, de l'interaction parent-enfant, du vécu de l'accompagnement (ou des VAD d'évaluation pour le groupe témoin) et de la sémiologie psychiatrique de la maman. Certaines évaluations ont été filmées afin d'être cotées a posteriori en aveugle (à l'exception du BLR). Ces films peuvent être restitués aux parents sur simple demande de leur part.

Rythme des visites conjointes à domicile : - 1 à 4 mois
- 1 à 24 mois

- Une VAD d'évaluation du développement de l'enfant, réalisée par une des puéricultrices du dispositif PERL (référente de la famille pour le groupe intervention) aux 4 ans de l'enfant.
Dix familles de chaque groupe seront filmées lors de cette VAD afin de réaliser une double cotation. Cette cotation en aveugle est faite dans le but de s'assurer qu'il n'y ait pas de biais de désirabilité dans les cotations, du fait de la relation que les puéricultrices auront nouée avec les familles qu'elles suivent depuis 4 ans.

Cas particulier :
Si un retard ou un trouble est constaté chez l'enfant ou le parent (DPN, retard de développement, difficultés et problématiques conjugales, troubles du comportement chez un enfant de la fratrie, addictions…), nous préconiseront les orientations lors de la VAD d'évaluation. Ces orientations seront répertoriées afin d'être analysées.
Des orientations peuvent également être faites par la puéricultrice référente de la famille dans le groupe intervention, indépendamment de la VAD d'évaluation conjointe.

L'évaluation du langage est réalisée de façon systématique par les puéricultrices de PMI, lors des bilans école maternelle, en moyenne section maternelle. Nous récolterons les données des enfants des 2 groupes aux tests ERTL4 afin de les analyser.

6.2 L'accompagnement des professionnels

Nous avons souhaité proposer un dispositif d'accompagnement aux familles et aux professionnelles du dispositif PERL. Les deux accompagnements nous semblent être

indissociables et fondamentaux.

Il est important de préciser que dans le cadre du dispositif PERL, 15 puéricultrices bénéficient d'une activité clinique depuis plusieurs années. Une puéricultrice a obtenu son diplôme de puéricultrice en 2017 et a intégré le dispositif en 2018, mais avait déjà réalisé un stage en PMI. 13 d'entre-elles ont une pratique en service de PMI depuis de nombreuses années (2 puéricultrices travaillaient en service hospitalier avant d'intégrer la PMI en début de recherche). Toutes ont donc une expérience certaine en clinique de l'enfant, de son développement, des interactions précoces parent-enfant et une bonne connaissance des services, missions, outils et pratiques de PMI.

6.2.1 Formation initiale

Pour que les VAD puissent rester un moyen pertinent d'aide et de soutien aux familles, il est nécessaire de s'engager dans un processus de formation pertinente, car le transfert positif avec la famille s'appuie sur des compétences professionnelles et non sur la personne (Le Foll & Guedeney, 2014).

Nous avons donc dû élaborer un dispositif de formation répondant aux questions suivantes :

- Quels sont les leviers d'intervention efficaces dans la relation d'aide et les concepts théoriques qui doivent être mobilisés lors d'une intervention de prévention auprès des parents et de leurs enfants ?
- Que cherche-t-on à prévenir en mettant en place un dispositif de prévention primaire ?
- Comment outiller ces professionnelles pour réaliser cette prévention primaire ?

Pour réaliser cette formation, nous nous sommes appuyée sur la revue de littérature que nous avons rédigée avec pour objectif de pouvoir la transmettre aux puéricultrices.

Dans son programme, Olds avait choisi de faire appel à des infirmières plutôt qu'à des professionnels de santé mentale, notamment parce que les familles les perçoivent comme étant très informées et utiles et ne sont pas autant stigmatisées que les professionnels de santé mentale. Au lancement de son programme, Olds n'avait pas imposé de formation spécifique aux infirmières, puis le projet a évolué au cours des 20 années du dispositif, car les besoins des familles en matière de santé mentale sont apparus. Les infirmières ont donc par la suite été formées et notamment sur comment réfléchir et travailler avec les séquelles de traumatismes graves et les ruptures relationnelles (Slade, Sadler, et al., 2005).

Toutes les puéricultrices ont reçu une formation initiale de 1 jour ½ sur : les modalités d'intervention propres au dispositif PERL, les principes fondamentaux de la relation d'aide et facteurs qui la facilitent ou l'inhibent, les composantes fondamentales de l'accompagnement en périnatalité, la DPN, la notion de «fonction écho» (Antheunis et al., 2009), les principes de communication (Watzlawick et al., 1979), d'attachement (Bowlby, 1969; Guedeney et al., 2012, 2009), d'alliance thérapeutique (Baldwin et al., 2007; Bowlby, 1969; Duncan et al., 2012; Hervé et al., 2008, 2004; Horvath & Greenberg, 1989; Rogers, 1968; Rosenzweig, 1936) et leurs variations.

La formation des professionnels travaillant sur la relation mère-enfant consisterait à mettre l'accent sur le développement d'une relation entre le professionnel et la mère afin que cette relation permette un espace de réflexion et d'observation (Paris et al., 2009).

6.2.2 Supervision

Nous nous sommes interrogée sur le rythme des supervisions. Dans de nombreuses recherches, la supervision est proposée à un rythme soutenu (1 fois par semaine ou 1 fois tous les 2 mois). Nous avons estimé que protocoliser la supervision groupale à une fois par mois était suffisant, compte tenu du fait que les puéricultrices pouvaient émettre la demande de supervision individuelle à n'importe quel moment.

L'équipe a donc bénéficié de deux heures de supervision mensuelle que nous avons réalisées avec une psychologue du CPN durant les 2 premières années. A partir de décembre 2020, nous avons poursuivi seule les supervisions (les motifs sont détaillés dans le chapitre « Résultats préliminaires et discussion », partie 3.3 « Supervision »). Ces temps ont pour objectif d'analyser et d'élaborer les observations faites à domicile.

Comme mentionné, les puéricultrices peuvent également nous solliciter pour avoir accès à des temps de supervision à la demande.

Elles peuvent nous joindre sur notre téléphone personnel à n'importe quel moment afin d'échanger sur le suivi des familles rencontrées.

Ces temps de supervision ont été ouverts à la possibilité d'évoquer n'importe quelle situation clinique rencontrée dans leur pratique professionnelle et non uniquement des situations PERL. Cela a été demandé par les puéricultrices qui jugeaient que les situations PERL ne relevaient pas toujours d'un besoin de supervision.

Il a été constaté que les situations PERL étaient tout de même évoquées lors de ces temps de supervision, pas uniquement pour des problématiques familiales mais pour ce qu'elles pouvaient renvoyer aux puéricultrices : absentéisme des familles, report de VAD, sorties du dispositif, mise à distance et manque d'implication des familles, place des conseils pour certaines familles, émergence des familles sur-documentées sur les concepts périnataux (Diversification Menée par l'Enfant, activités Montessori, parentalité positive et bienveillante…) ne laissant plus de place à la spontanéité et au bon sens, angoisses parentales, DPN…

Une analyse des pratiques a également été mise en place, la supervision et l'analyse des pratiques se chevauchant. Comme décrit dans la littérature, les 2 s'entremêlent souvent et ont la même finalité.

6.2.3 Formation continue

La formation initiale a permis de transmettre les fondamentaux essentiels à la prévention réalisée au domicile et à la relation d'aide. Nous avons opté pour un modèle éclectique afin qu'il puisse répondre aux attentes de chacune des puéricultrices, qu'elles puissent toutes y trouver des repères et solutions pratiques qui soient suffisamment parlant pour elles et leur pratique. L'objectif principal de cette formation étant de leur transmettre des outils à utiliser lors des VAD. Cependant, nous estimons qu'une formation initiale reste insuffisante. Nous avons donc proposé une formation continue.

La formation continue permet de ne pas trop surcharger les puéricultrices, dans un premier temps, lors de la formation initiale. Le fait d'opter pour une formation continue permet également d'évaluer où en sont les professionnelles, de manière à leur transmettre des apports complémentaires en partant de leurs compétences.

Les deux heures de supervision sont donc suivies d'un échange centré sur les processus à l'œuvre au cours des rencontres et les apports théorico-cliniques. De cette manière, la formation des puéricultrices se poursuivra en parallèle des VAD, et les thématiques abordées pourront être agrémentées de cas clinique concrets concernant le suivi des familles PERL.

Dans le cadre de cette formation continue ont été évoqués, à titre d'exemple : sensibilisation aux échelles d'évaluation de la recherche (ADBB, EPDS, PIM13), analyse de vidéos basées sur l'interaction et le retrait relationnel du bébé, contributions théoriques sur le jeu, l'attachement, la DPN, la bienveillance inconditionnelle et l'approche non directive, la place des conseils dans

les VAD, la présentation de certaines théories ou approches (DMM : Dynamic-Maturational Model of Attachment an Adaptation de Crittenden…) afin de leur présenter différents modèles pour qu'elles puissent par ailleurs se documenter selon leurs appétences pour certaines théories, etc. Durant ces temps, les puéricultrices peuvent également être actrices de la formation en évoquant des formations auxquelles elles ont pu assister (les pleurs du bébé, Loczy…).

Au fur et à mesure, une demande a émergé des puéricultrices souhaitant aborder certains aspects : séparation et garde alternée, hyperactivité de l'enfant, troubles de l'oralité, autorité et attachement, la montée en compétence par l'utilisation et la formation à certaines échelles, exploration de la théorie de l'attachement…

Ce temps nous a également permis de pouvoir reprendre et travailler ensemble sur la création de l'échelle PIM13. Nous souhaitons que cette échelle soit à destination des professionnels rencontrant les parents et leurs enfants, et bien entendu, pour les professionnels de PMI. Il nous a donc paru essentiel de pouvoir leur présenter l'échelle et d'avoir leurs retours concernant la formulation, la précision et la clarté des items, la structure de l'échelle (items d'interaction parent-enfant ? items d'interaction parent et enfant ? etc.) et le choix des items évalués…

Il y a une « triple nécessité de donner accès à des formations adéquates aux professionnels de santé primaire, à une collaboration étroite et à une supervision par les services de santé mentale. Cette organisation génère un surcroît de travail dans un premier temps, mais progressivement entraîne une baisse de la fréquence des adressages non nécessaires aux services de santé mentale *(par exemple, un échange téléphonique entre les professionnels de santé primaire peut permettre d'orienter la prise en charge sans consultation en service tertiaire)* (Austin et Kingston, 2016) » (Sutter-Dallay, 2017).

6.2.4 Journées de travail et d'échanges

Les puéricultrices assistent également à une journée de travail et d'échanges semestrielle. Le modèle théorique proposé dans ce programme de recherche se veut éclectique et les échanges se font donc au travers de ces théories : le principe fondamental de la relation d'aide (Rogers, 1968), la théorie systémique et familiale (Byng-Hall, 2013; Delage, 2014; Isebaert et al., 2015; Watzlawick et al., 1979), la motricité libre (Szanto-Feder, 2002) (Loczy), la théorie de l'attachement (Bowlby, 1969; Guedeney et al., 2009), les thérapies mère-bébé (Fraiberg et

al., 1980; Dolto, 1987; Dolto & Lévy, 2002), etc., afin d'offrir aux puéricultrices des pratiques et interventions diversifiées.

L'analyse des vidéos réalisées au cours des évaluations du 4ème ou 24ème mois s'est révélée très enrichissante et permet d'ouvrir au débat, aux perceptions de chacune sur la notion de qualité des interactions précoces, le repérage des signes de DPN ou de retrait relationnel de l'enfant, les projections que l'on peut faire sur une relation parent-enfant ou une famille, l'attractivité d'un bébé, nos ressentis cliniques, le transfert et contre-transfert, les comportements d'attachement, notre seuil de tolérance face à certaines situations familiales et sociales, notre inégalité en termes de sensibilité (aux pleurs, à la surstimulation parentale…). Le support vidéo s'avère donc être un outil performant et formateur (Guedeney & Tereno, 2012). Nous avons pu, grâce au support vidéo comparer ce qui a été vécu au moment de la VAD (impression clinique de la puéricultrice) et ce qui peut être analysé en complément par l'utilisation de la vidéo. Cela permet notamment une micro-analyse des interactions mère-enfant, des comportements de la mère et du bébé et leurs répercussions dans la relation…

Ce modèle s'enrichit au fil des rencontres entre les puéricultrices et la psychologue, en adéquation avec les attentes des puéricultrices.

Nous souhaitions que ces journées soient centrées sur le partage : d'expériences de l'une et de l'autre, de ce qu'elles ont à s'apporter et ce que nous pouvons nous apporter mutuellement.

Initialement, il était prévu ½ journée de travail et d'échanges par trimestre, mais cela s'est avéré difficile à mettre en place du fait de la charge de travail des puéricultrices. La fréquence a donc été modifiée afin de répondre au mieux aux besoins des professionnelles.

6.2.5 Intégration des puéricultrices dans le dispositif

Les puéricultrices ayant intégré le dispositif ont bénéficié d'un jour ½ de formation : présentation du dispositif et thématiques abordées lors de la formation prévue initialement.

Après analyse, cela nous amène dorénavant à envisager une formation initiale de 2 jours minimum (cet aspect sera étudié dans le 2ème volet de l'analyse réalisée par le CESP) : un jour d'apport théorique (agrémenté de situations concrètes), ½ journée sur la méthodologie propre au dispositif à mettre en place, et ½ journée davantage axée sur les aspects plus concrets (vidéos) pour les outils d'évaluation et de dépistage. Cette formation initiale nécessitant obligatoirement une formation continue, des journées de travail et d'échanges et des analyses de pratiques.

7 OUTILS D'EVALUATIONS

Nous avons choisi d'évaluer le programme d'intervention à 4 et 24 mois afin d'utiliser les mêmes échelles aux deux stades du développement de l'enfant. Lorsque 2 échelles d'évaluations différentes sont utilisées à 4 et 24 mois (EPDS-BDI), elles présentent une bonne corrélation (Teissedre & Chabrol, 2004). Une évaluation est également réalisée aux 4 ans de l'enfant mais n'est axée que sur le développement global et langagier de l'enfant. Là encore, les 2 tests d'évaluations du développement utilisés (BLR et GED) présentent un bon indice de corrélation (Blondeau, 2012; Moreau et al., 2020).

L'évaluation à 4 mois n'a pu se faire avant, principalement du fait de la passation de certains tests qui n'auraient pas été valides scientifiquement dans l'interprétation des scores avant les 4 mois (BLR).
D'après la littérature, l'alliance thérapeutique serait un processus qui se mettrait en place progressivement et nécessiterait un minimum de 3 rencontres afin qu'elle soit instaurée, il était donc préférable d'attendre que ces 3 rencontres minimum aient pu avoir lieu.
Concernant l'évaluation de la dépression, le pic de DPN estimé varie selon les ressources de la littérature. Il est estimé, globalement, entre la 3ème et la 12ème semaine post-partum (Guédeney & Jeammet, 2001; Jardri, 2004; Amad & al., 2021; Tourrette & Guedeney, 2012). L'évaluation devait donc être réalisée après la 3ème semaine post-partum minimum, le pic variant en fonction des femmes. La limite de proposer l'évaluation à 4 mois est de passer à côté du diagnostic de la DPN, mais nous pouvons supposer que si les symptômes dépressifs sont présents auparavant et non traités, ils se manifesteront encore au 4ème mois, mais peut-être de manière atténuée. Cela semble confirmé par COX : 50% de ces femmes touchées par la DPN ne seraient pas encore guéries 1 an après l'accouchement (Cox et al., 1987) et Zeanah, 1995 cité par (Missonnier, 2009)) : 25% des femmes diagnostiquées en DPN aux 2 mois post-partum le seraient encore 4 mois après.
Quant au retrait relationnel du bébé, il n'est évaluable qu'à partir de 2 mois.

Nous avons opté pour des évaluations à 24 mois (et non 4 ans) dans le but d'évaluer notre objectif principal et limiter le nombre de familles perdues de vue, que l'on suppose plus important aux 4 ans. De plus, le poste de coordinatrice de la recherche n'est pas financé jusqu'en janvier 2024 et ne permettait donc pas une évaluation aux 4 ans des derniers enfants recrutés.

Le choix des tests s'est avéré compliqué compte tenu des critères retenus : tests validés en français et ne nécessitant pas de formation spécifique ne pouvant être réalisée dans le laps de temps dédié à la recherche (Tourrette & Guedeney, 2012; Wasterlain et al., 2017).

Le choix des tests s'avère être limité notamment pour l'évaluation de l'attachement et des interactions précoces (nécessitant des formations plus ou moins longues et coûteuses). **Notre objectif étant de pouvoir transférer ces tests à la pratique des puéricultrices, nous avons opté pour des tests permettant d'être transférés aux professionnels PMI.**

Age	Naissance	4 mois	24 mois	4 ans
Groupe / Domaine	10 familles « intervention » 10 familles « témoin »	Groupe intervention et témoin		
Développement de l'enfant	NBAS	BLR ADBB	BLR ADBB BITSEA	ERTL4 GED
Vécu de la parentalité et de l'intervention		E RP		
Interactions précoces		PIM13		
Alliance thérapeutique		WAI (groupe intervention)		
symptômes psychiatriques maternels		SCL-90 R EPDS	SCL-90 R BDI	
Données socio-démographiques		Pour les parents : âge, niveau scolaire, profession, situation familiale, nombre d'années en couple, bilinguisme, pathologie chronique, prise d'un traitement, présence psychopathologie chez le parent, antécédent de dépression, évènements traumatiques, deuil durant la période périnatale, addiction, séparations répétées durant l'enfance, implication du père dans les VAD PERL, soutien social perçu, isolement perçu, Pour l'enfant : sexe, rang dans la fratrie, poids de naissance, l'âge gestationnel, alimentation, sevrage, sommeil, les modalités de garde d'enfants et le nombre d'heures par semaine, Grossesse : désirée ? déni de grossesse ? le vécu traumatique de l'accouchement, type de naissance, parité, Pour la famille : antécédents d'hospitalisation, suivi ancien ou actuel (psychologie, psychiatre, orthophoniste,…), mesure administrative ou judiciaire.	Y a-t-il une évolution des données répertoriées à 4 mois ? Nouvelle grossesse ? âge de la marche, temps d'écran journalier, durée du congé parental, durée de l'allaitement, évènement majeur survenu, vécu de l'accompagnement	

Tableau 4 : Outils utilisés dans le cadre de l'évaluation PERL

Tableau 5 : Outils d'évaluation PERL

Instrument	Concept évalué	Validation	Modalités d'évaluation	Structure de l'instrument et score	Age d'évaluation				Groupe	
					0 Mois	4	24	4 ans	I	T
Neonatal Brazelton Assessment Scale (NBAS)	Comportement néonatal (0-1 mois)	Brazelton & Nugent, 2001 (3° ed) (Brazelton et al., 2001)	1 psychologue en VAD	53 items, cotés sur une échelle en 9 points, qui évaluent 7 aspects : L'habituation L'orientation/interaction L'organisation motrice L'organisation des états d'éveil La régulation des états d'éveil La stabilité du système nerveux autonome Les réflexes	X				X	X
Brunet-Lézine Révisé (BLR)	Développement de l'enfant (2 à 30 mois)	Brunet & Lézine, 1965 (Josse, 2007)	Psychologue (PSYCOR) pendant la VAD	Age développemental 4 dimensions : Langage Sociabilité Posture Coordination Calcul d'un quotient développemental global et spécifique aux 4 dimensions		X	X		X	X
Brief Infant-Toddler Social and Emotional Assessment (BITSEA)	Dépistage précoce des retards dans les compétences sociales et émotionnelles (1 à 3 ans)	Validé par Carter and Briggs-Gowan, 2006 (Briggs-Gowan & Carter, 2006) Traduit par Wendland et Saïs, 2010 validé en Français (Wendland et al., 2014)	La mère pendant la VAD	Questionnaire de 42 items, 3 points sur une échelle de Likert (0-2) Fournit des indications sur le profil socioaffectif et les compétences des enfants selon leurs parents			X		X	X
Grille d'Evaluation du Développement du jeune Enfant (GED)	Evaluation du développement de l'enfant (0-6 ans)	Moreau et Al, et validé (Vézina, 2005)	1 puéricultrice en VAD	Evaluation de la sphère cognitive/langagière, motrice et socioaffective. Résultat sous forme de thermomètre avec indications colorées : bleu (développement adéquat), gris (développement à surveiller), rouge (développement à risque et orientation vers un spécialiste)				X	X	X
Alarme Détresse Bébé (ADBB)	Evaluation du retrait relationnel (2-24 mois)	Echelle Française (Guedeney & Fermanian, 2001)	L'équipe à partir de vidéos réalisées en VAD	8 items, cotés sur une échelle de Likert en 4 points, scores de 0-32. Retrait relationnel si score ≥5		X	X		X	X
PIM13 (Parent-infant, early-Interactions Measure)	Evaluation de la qualité des interactions précoces	Elaboré dans le cadre du projet (2020), pas d'étude de validation	L'équipe à partir de vidéos réalisées en VAD	13 items, cotés sur une échelle de Likert en 4 points, scores de 0 à 33. Les items 12 et 13 ne sont pas inclus dans le score (indication clinique). Plus le score est élevé, meilleures sont les interactions		X	X		X	X

Symptom Check-list (SCL-90)	Détresse psychologique maternelle	Derogatis, 1994 (Derogatis, 1994) Traduction	La mère pendant la VAD	90 items, 5 points sur échelle de Likert (0–4) 10 dimensions : Somatisation (0–48) Obsession-Compulsion (0–40) Traits sensitifs (0–36) Dépression (0–52) Anxiété (0–40) Hostilité (0–24) Anxiété phobique (0–32) Idéations paranoïaques (0–24) Traits psychotiques (0–40) Items supplémentaires (0–28) 3 indices : Indice global de gravité – intensité des symptômes rapportés – nombre de symptômes rapportés Un score élevé peut évoquer un trouble Clinique		X	X	X	X
Working Alliance Inventory (WAI)	Alliance thérapeutique entre la mère et la puéricultrice	Horvath & Greenberg 1989 (Horvath & Greenberg, 1989) Validation française (Guedeney et al., 2005)	La mère et la puéricultrice pendant la VAD	12 items, échelle de Likert (1-7) Scores de 12-84 Plus les scores sont élevés, meilleure est l'alliance thérapeutique		X	X	X	
Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)	Autoévaluation de la DPN	Cox et al, 1987 (Cox et al., 1987) Validation française (Guedeney et al., 1995)	La mère pendant la VAD	10 items, 4 points sur une échelle de Likert (0-3) Scores de 0-30 Un score élevé indique la présence de symptômes dépressifs. Si ≥ 12 : dépression avérée		X		X	X
Beck Depression Inventory (BDI)	Dépression maternelle	Validée (Beck, 1961) Version abrégée (Beck & Beck, 1972) Traduite et validée en Français (Delay et al., 1963; Pichot & Lempérière, 1964) Version abrégée validée (Reynolds & Gould, 1981)	La mère pendant la VAD	13 items 4 points sur une échelle de Likert Scores de 0-39 4 : pas de dépression ; 4-7 : dépression légère ; 8-15 : dépression modérée ; 16+ : dépression sévère			X	X	X
Entretien sur les Représentations Parentales (ERP)	Obtenir les représentations des parents concernant leur enfant, eux-mêmes en tant que parents et leur expérience de l'intervention	Questions inspirées de l'entretien R (Lebovici et al., 1989a)	La mère pendant la VAD	Entretien semi-structuré de 4 questions. Les thèmes sont : la description de leur enfant, eux-mêmes en tant que parents, leur réaction aux pleurs/opposition de leur enfant et leur expérience de l'intervention à domicile		X X	X X	X X	X X
Epreuve de Repérage des Troubles du Langage à 4 ans (ERTL 4)	Pour évaluer le retard de langage à 4 ans	Echelle Française validée en 1998 (Alla et al., 1998)	Les puéricultrices durant le bilan école maternelle, en moyenne section, au niveau national	5 tests (2 optionnels), résultats en 3 catégories : rouge (indique une suspicion d'un trouble ou retard de développement du langage, indication de bilan médical et orientation spécialisée) ; orange (surveillance médicale active, réévaluation médicale +/- bilan orthophonique) ; vert (pas de difficulté)	X			X	X

7.1 Le développement du bébé

7.1.1 Brazelton

Ce test est l'un des outils les plus complets pour évaluer l'état du nouveau-né et sa réactivité aux stimuli physiques et sociaux et donc, d'apprécier l'individualité de chaque enfant de la naissance à ses 1 mois. Il évalue les 3 domaines qui, d'après Brazelton, permettent à l'enfant d'interagir socialement (le système autonome, le contrôle du système moteur et la capacité d'adaptation aux stimuli).

L'examen du Brazelton est également destiné à favoriser la réceptivité des parents à l'égard des manifestations exprimées par leur bébé et à leur montrer son intérêt et ses capacités à interagir avec eux.

Cet examen est davantage utilisé en clinique et peu en recherche du fait de sa complexité, de la validité interjuge et d'une validité test-re-test relativement faible. La validité interjuge est bonne mais nécessite une formation importante au centre de référence.

Nous avons utilisé ce test afin de vérifier l'homogénéité en termes de développement du bébé entre nos 2 groupes. Le 1er test de développement étant réalisé à 4 mois (en raison de la validité scientifique, nécessaire dans le cadre d'une recherche, fixée à 4 mois pour le BLR), il y a des risques d'observer un gain développemental pour les enfants de la cohorte intervention (qui auront déjà bénéficié de 4 VAD) donc nous souhaitions nous assurer de cette homogénéité dès la naissance.

Ce test a été réalisé par 2 psychologues extérieures à la recherche, en aveugle.

7.1.2 BLR

Le BLR est la seule échelle de développement avec un étalonnage français. Elle comporte 154 items pour les âges de 2 à 30 mois qui se répartissent en 4 sous-échelles correspondant aux différents domaines du développement :

- Echelle de développement postural : qui permet d'explorer les progrès moteurs et posturaux,
- Echelle de coordination oculomotrice : qui permet d'explorer les capacités de manipulation,
- Echelle de langage qui évalue le langage de l'enfant en compréhension et production et inclut les aspects communicatifs préverbaux comme l'attention conjointe,
- Echelle de sociabilité ou de relations sociales : qui permet d'observer les comportements de relation à autrui, la prise de conscience de soi et l'adaptation aux relations sociales.

Il s'agit d'évaluer l'homogénéité et le rythme de développement de l'enfant et non ses capacités intellectuelles.
La cotation se fait par réussite ou échec et permet de calculer des scores résumés du développement dans chacun des 4 domaines précités et pour l'ensemble du développement.

Nous cotons le BLR en présence des parents, lors des 2 VAD d'évaluation. Les épreuves du BLR sont filmées et 10 vidéos seront aléatoirement choisies pour être revisionnées et recotées en aveugle, par une psychologue extérieure à la recherche, afin de s'assurer qu'il n'y ait pas de biais de désirabilité dans les cotations effectuées.

7.1.3 BITSEA

La BITSEA a été conçue comme outil de dépistage de difficultés et de retards dans les compétences socio-émotionnelles et comportementales chez le jeune enfant. Les items se répartissent en 2 échelles : problèmes et compétences. Les items problèmes comprennent : les problèmes externalisés, internalisés, de régulation, les signes précoces d'un possible trouble du spectre de l'autisme et des questions considérées comme des items d'alertes de problèmes cliniques significatifs. Un score élevé à l'échelle de problèmes ou un score faible à l'échelle de compétences signifie un risque ou un retard dans les compétences socio-émotionnelles de l'enfant. L'échelle possède en plus des 42 items, 2 items qui évaluent le degré d'inquiétude des parents au regard des comportements, émotions ou relations de l'enfant et du développement du langage chez l'enfant. L'avantage de cette échelle est qu'elle ne se focalise pas sur un trouble spécifique mais permet de balayer un large spectre de difficultés socio-émotionnelles.
La participation active des parents dans le processus d'évaluation des difficultés de leur enfant peut être un atout non négligeable pour leur engagement dans le suivi de leur enfant.

Cet autoquestionnaire est complété par la mère, lors de la VAD d'évaluation du 24ème mois.

7.1.4 ERTL 4

L'ERTL 4 est un outil de repérage rapide de troubles de la parole et du langage dans le cadre d'un examen médical de l'enfant.
Elle comporte 3 groupes d'épreuves : deux épreuves testent essentiellement la parole (retards de paroles et troubles perceptifs, évolution phonologique, capacités de rétention mnésique), deux épreuves testent le langage (exploration du domaine sémantico-relationnel, pauvreté

lexicale, troubles de la structuration spatiale, retard de langage ou trouble de la communication), et deux épreuves permettant de recueillir les anomalies de la voix et du débit.

La cotation des résultats se situe sur 3 zones : verte (pas de difficulté), orange (surveillance active, exploration pour déterminer si trouble ou retard, réévaluation nécessaire), rouge (indication de bilan médical avec recherche de surdité, de troubles cognitifs, communicatifs ou affectifs, avec orientation si nécessaire vers une consultation spécialisée préalable à une surveillance active et/ou une prise en charge).

La cotation de cet outil sera réalisée lors du bilan école maternelle, réalisé dans toutes les écoles de Lorraine, aux 4 ans de l'enfant, par une puéricultrice de PMI. Nous récupèrerons les données de ce test par le biais de la PMI. Les puéricultrices feront donc cette cotation en aveugle pour la plupart, à l'exception des familles du groupe intervention résidant sur le territoire d'intervention des puéricultrices.

7.1.5 GED

L'outil GED a été élaboré et construit par une équipe de chercheurs en développement de l'enfant à Montréal, pour des enfants de 0 à 5 ans révolus.

Le GED comporte trois échelles évaluant les sphères du développement suivantes : cognitive/langagière, motrice et socioaffective. Ces trois échelles sont réparties en 14 groupes d'âges.

Les items se cotent en réussi ou non-réussi, avec un score par échelle. Il n'y a pas de score global au GED mais un visuel sous forme de thermomètre. Le GED est un outil de détection qui permet de savoir si l'enfant présente un retard de développement dans l'une ou l'autre des sphères évaluées.

Les scores obtenus sur chacune des sphères permettent de qualifier le développement de l'enfant : le score peut se trouver dans la zone de confort (bleue) correspondant à un développement adéquat, dans la zone à surveiller (grise) ou dans la zone de référence de développement à risque (rouge). Le GED a une bonne fiabilité test/re-test.

Le but du GED est de procurer aux professionnels de la petite enfance, non spécialistes en évaluation du développement du jeune enfant, un outil de mesure du développement global du jeune enfant.

L'outil a été validé au Canada (Vézina, 2005) et une étude de validation française est actuellement en cours en France, par le Professeur Jacques Moreau. Nous devions participer à cette étude de validation en réalisant des cotations de la grille GED dans le cadre de notre recherche, mais la crise sanitaire a mis cette étude en stand-by. Le partenariat dans le cadre de cette étude de validation tend à se poursuivre dès que les conditions adéquates à la passation de l'outil pourront être retrouvées.

La cotation sera faite par les puéricultrices du dispositif PERL. Dans le groupe intervention, il s'agira de la puéricultrice référente de la famille, dans le groupe témoin, l'une des puéricultrices (principalement en fonction de leur périmètre d'intervention). Une cotation sera effectuée en aveugle pour 10 familles (tirées au sort) de chaque groupe, afin de s'assurer qu'il n'y ait pas de biais de désirabilité lors des cotations (comme mentionné précédemment).

7.2 Retrait relationnel : l'ADBB

L'outil vise à observer le retrait relationnel chez l'enfant de moins de 24 mois. Il a été construit en cherchant les items les moins sensibles aux changements liés au développement et les plus facilement repérables. Il comporte 8 items qui constituent principalement une grille d'observation en situation de consultation : expression du visage, contact visuel, activité corporelle, gestes d'autostimulation, vocalisations, vivacité de la réaction à la stimulation, capacité d'entrer en relation et attractivité. L'outil présente également une bonne validité transculturelle. Il permet de dépister un retrait relationnel précoce, indépendamment de la cause de ce retrait. Le score seuil est de 5.

Nous souhaitions, dans le cadre de cette recherche, évaluer le retrait relationnel spécifiquement à chaque relation afin de poser une première hypothèse sur les causes de retrait et de constater si le retrait de l'enfant est généralisé ou spécifique à une relation. Le retrait sera donc coté pour la relation mère-enfant et pour la relation coordinatrice-enfant (vidéo réalisée à partir des jeux du BLR). Nous avons donc filmé un moment d'interaction mère-enfant, d'une vingtaine de minutes. Nous avons précisé à la maman que la vidéo pouvait être réalisée sur un temps de jeu, bain, change ou repas, en faisant comme elle a l'habitude de faire, le but étant de pouvoir être en relation/interaction avec son enfant.

La cotation se fait à partir de vidéos réalisées au cours des VAD d'évaluation, par une équipe ayant été formée à l'outil et extérieure à la recherche (donc cotation en aveugle).

7.3 Les interactions précoces : construction d'une échelle d'évaluation des interactions précoces PIM-13

L'échelle PIM 13 : CF annexe 5

L'évaluation de l'interaction entre le bébé et son caregiver nécessite une observation comprenant 3 niveaux : le comportement, les affects et la vie fantasmatique (Lebovici et al., 1989).
Le niveau des interactions comportementales est globalement analysé dans toutes les échelles d'évaluation des interactions, cependant, ces échelles ne permettent pas toutes une micro-analyse de l'ensemble des composantes de l'interaction (toucher, vocalisations,…).

Les tests que nous avions choisis d'utiliser dans un premier temps pour la recherche devaient évaluer l'attachement (AQS, care-index ou situation étrange)), la sensibilité maternelle (MBQS) et les interactions précoces (Care-index, grille d'interaction dyadique de Moss ou grille des interactions précoces de Bobigny). Cependant, le manque d'échelles traduites et validées en français et ayant la possibilité d'être utilisées sur un spectre d'âge allant de 0 à 2 ans nous a pénalisée. En effet, les échelles retenues pour évaluer ces 3 dimensions étaient l'AQS, le MBQS et le Care-Index. Les formations obligatoires que nécessitent ces tests ainsi que les modalités de passations se sont avérées trop coûteuses dans le cadre de cette recherche. Nous avons eu la chance d'avoir dans notre comité de suivi de thèse le Professeur A. Guedeney (professeur de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, reconnu pour sa spécialisation dans le domaine de la prévention en périnatalité et de l'attachement, notamment), qui nous a conseillé d'élaborer notre propre outil d'évaluation des interactions précoces. Nous avons donc opté pour une modification des tests et avons élaboré la PIM13 (Parent-Infant, early Interactions Measure, 13 items) avec le Docteure Ligier. Nous souhaitions créer une échelle qui puisse être transmise aux puéricultrices.

Pour réaliser cette échelle, 6 items nous paraissaient indispensables : l'intrusivité dans les contacts, la chaleur, la synchronie, la distance physique, la sensibilité maternelle, l'expression

vocale. Cependant, dans le cadre de la recherche et afin d'obtenir une discrimination plus importante entre les familles, ce faible nombre d'items nous a paru insuffisant. Il nous paraissait essentiel de prendre en compte les interactions affectives et comportementales. Concernant la dimension fantasmatique, faisant également partie intégrante des interactions précoces et de leur qualité, nous avons jugé qu'il serait plus pertinent de la prendre en compte lors d'une évaluation plus approfondie et réalisée par des spécialistes.

1) Nous avons donc débuté une revue de littérature des tests utilisés pour évaluer les différents domaines précités, puis nous nous sommes centrées sur les tests permettant d'évaluer plus spécifiquement les interactions précoces. Nous avons opté pour les tests suivants (ceux dont nous avons pu obtenir la disponibilité) : MBQS (Maternal Behavior Q-Sort), CIB (Coding Interactive Behavior), Care-Index, GEDAN (Grille d'Evaluation du Dialogue Adulte-Nourrisson), AQS (Attachment Q-Sort), Grille des interactions précoces de Bobigny, DMC (Dyadic Mutuality Code), GRS (Global Rating Scale), PIPE (Pédiatric Infant Parent Exam), guide de Steinhauer, le PIR-GAS (Parent-Infant Relationship Global Assessment Scale) , le RCPL (Relationship Problem CheckList) et l'ADBB (Alarme Détresse BéBé, qui n'est pas une échelle d'évaluation des interactions à proprement parler mais de retrait relationnel du jeune enfant).

2) A partir de ces tests, nous avons élaboré une échelle de 27 items : expressions faciales du parent et de l'enfant, expressions vocales du parent et de l'enfant, interactions visuelles du parent et de l'enfant, position et contacts corporels du parent et de l'enfant, expression des affects du parent et de l'enfant, engagement du parent et de l'enfant dans l'interaction, réciprocité du tour de rôle du parent et de l'enfant, contrôle du parent, choix/proposition d'activités fait par le parent, choix et maintien des activités de l'enfant, perception et réponses aux signaux de l'enfant, clarté des signaux émis par l'enfant, présence maternelle aidante, pose de limites par le parent, intrusivité dans les contacts, note globale d'interaction par l'observateur, états subjectifs induits par l'observation de la dyade, impression spatiale/congruence, impression temporelle/synchronie et qualité des échanges.

3) Nous avons dans un second temps réalisé 2 grilles : l'une étant détaillée, permettant d'avoir une description précise de chaque cotation au sein d'un item allant de 0 à 3, l'autre étant une version simplifiée des 27 items comprenant une échelle de Likert, allant de 0 à 3 également mais faisant apparaître uniquement la description détaillée des items 0 et 3. Nous avons soumis

ces échelles lors de plusieurs réunions « petite enfance » de notre pôle (du CPN). Ces réunions rassemblent plusieurs professionnels intervenant en psychiatrie périnatale (IDE, pédopsychiatres, éducatrices jeunes enfants, internes, cadres de service, psychologues). Des cotations à partir de vidéos d'interactions mère-enfant ont été réalisées pour les 2 échelles. L'idée initiale était de pouvoir utiliser la version simplifiée et se servir de la version longue comme d'un manuel.
Nous avons pu conclure que la version simplifiée nous donnait des résultats trop approximatifs et disparates en fonction des personnes. En effet, il semblerait qu'elle repose davantage sur le ressenti et les impressions cliniques. Cela ne nous permettra pas d'obtenir des résultats suffisamment fiables pour une cotation interjuge. Nous avons donc opté pour la version détaillée.

4) Suite à cette mise à l'épreuve, il nous a paru essentiel de raccourcir cette échelle. En effet, nous souhaitions que cette échelle puisse être utilisée par les puéricultrices de la recherche PERL, mais également par des professionnels recevant en consultation des dyades mère-enfant (ou parent-enfant) afin de réaliser une première évaluation en vue d'une orientation vers un service spécialisé si des difficultés étaient constatées dans l'interaction.
Nous nous sommes donc interrogées sur la pertinence de certains items dans l'évaluation de l'interaction et la redondance entre eux. Trois hypothèses se sont donc dégagées de ces conclusions et 3 nouvelles versions ont été élbaorées:

- Une version comportant des items pour **le parent, l'enfant et la dyade** (14 items) :
Parent : expression vocale, interactions visuelles, expression des affects, perception et réponse aux signaux de l'enfant, présence parentale aidante, intrusivité/contrôle,
Enfant : expression vocale, interactions visuelles, expression des affects, clarté des signaux émis par l'enfant,
Dyade : position et contacts corporels, engagement, réciprocité dans le tour de rôle et 1 item concernant l'état subjectif induit par l'observation de la dyade pour le cotateur.

- Une version comportant des items pour le **parent et l'enfant** (17 items) :
Parent : expression vocale, interactions visuelles, expression des affects, position et contacts corporels, engagement, réciprocité des tours de rôles, perception et réponse aux signaux de l'enfant, présence parentale aidante, intrusivité/contrôle dans les contacts,

Enfant : expression vocale, interactions visuelles, expression des affects, position et contacts corporels, engagement dans l'interaction, réciprocité du tour de rôle, clarté des signaux émis par l'enfant, et 1 item concernant le vécu subjectif induit par l'observation de la dyade pour le cotateur.

- Une version comportant uniquement des items pour **la dyade et ses caractéristiques interactives** (11 items) : qualité des échanges interactionnels, expression des affects, signaux émis et sensibilité parentale à ces signaux, position et contacts corporels, engagement, réciprocité du tour de rôle, présence parentale aidante, intrusivité dans les contacts/contrôle ; et 3 items concernant le vécu subjectif induit par l'observation de la dyade, vécu subjectif induit par l'observation de l'enfant en interaction avec son parent et état subjectif induit par l'observation du parent en interaction avec son enfant. L'utilisation de ces 3 items subjectifs pourra nous permettre de déterminer si les difficultés observées sont davantage du côté de l'enfant ou du parent.

Après avoir soumis notre échelle aux puéricultrices de la recherche, nous avons opté pour la version dyadique de 11 items, auxquels nous avons ajouté 2 items, n'entrant pas dans la cotation mais permettant de qualifier la relation parent-enfant, principalement en population clinique : le mode d'interaction observée et le type de comportement.
Deux versions seront réalisées :
- L'une utilisée comme manuel de la grille, détaillant les caractéristiques précises de chaque item et cotation,
- L'autre en version simplifiée qui pourra être utilisée lorsque les professionnels auront acquis suffisamment d'aisance pour se détacher de la description précise des items.

Il semblerait que ce format convienne davantage à l'équipe des 16 puéricultrices de la recherche.

Cette échelle ne sera donc pas à visée diagnostique mais pourrait être utilisée dans le dépistage des troubles des interactions avant une orientation vers un service spécialisé et à même de réaliser une évaluation clinique plus approfondie.

Dans le cadre de ce travail de thèse, nous n'avons pas réalisé de validation de cette échelle. Une étude de validation sera réalisée par la suite. De ce fait, nous n'avons pas établi de score seuil à ce jour. Dans le cadre de la recherche, nous souhaitons pouvoir observer et noter si une

évolution a lieu entre le 4ème et 24ème mois pour les familles des groupes intervention et témoin et si une différence est observée entre les 2 groupes aux 2 âges. L'évaluation sera donc également longitudinale et comparative.
Cette échelle sera complétée de l'échelle ADBB, les 2 nous paraissant totalement indispensables et complémentaires. Nous savons que le retrait relationnel du jeune enfant peut avoir de multiples causes, dont des troubles de l'interaction (consécutifs à une dépression maternelle par exemple,…).

La cotation de cet outil sera réalisée à partir des vidéos filmées au cours des VAD d'évaluations (vidéo d'interaction mère-enfant, identique à celle utilisée pour la cotation ADBB), par une psychologue externe à la recherche (donc une cotation en aveugle).

7.4 La dépression postnatale

7.4.1 L'EPDS

L'EPDS est un autoquestionnaire rempli par la mère lors de la VAD. Ce questionnaire de 10 items permet de dépister les DPN. Cet outil a été construit initialement pour faciliter la reconnaissance de la DPN par les professionnels qui n'appartiennent pas au domaine de la santé mentale. Le score seuil en recherche est de 12 (et 11 en clinique (Tourrette & Guedeney, 2012)) pour le dépistage des DPN majeures. L'échelle a été validée pour être passée à partir de la 4ème semaine du post-partum.

Lors de la VAD, une cotation rapide est faite dans les 2 groupes. Si un score supérieur à 9 est repéré, nous prenons le temps de réaliser une analyse clinique des symptômes décrits afin d'envisager une orientation possible de la mère (« un seuil de 9 est considéré comme score prédictif de dépression du post-partum » (Teissedre & Chabrol, 2004)). Nous y avons accordé une grande vigilance, principalement pour le groupe témoin qui ne dispose d'aucun suivi particulier. Pour le groupe intervention, un échange est réalisé avec la puéricultrice afin de pouvoir orienter ou relancer l'orientation si aucune atténuation ou une majoration des symptômes était constatée. De plus, comme nous l'avons mentionné, le pic de la DPN se situe bien en amont de l'évaluation, mais nous émettons l'hypothèse que les symptômes seraient encore présents si non traités, mais peut-être atténués.

7.4.2 La BDI

Cette échelle d'autoévaluation est composée de 13 items. Chaque item est constitué de 4 phrases correspondant à 4 degrés d'intensité croissante d'un symptôme, coté de 0 à 3. Il s'agit d'une mesure des cognitions dépressives, destinée à évaluer les aspects subjectifs de la dépression. Les pensées cognitives évaluées portent sur : les pensées négatives sur soi, sur le monde environnant et le futur.

L'échelle est complétée par la mère lors de la VAD d'évaluation à 24 mois.

7.5 Sémiologie psychiatrique maternelle : SCL-90R

Le SCL-90-R est un inventaire d'autoévaluation de 90 items conçu pour refléter de manière sensible, rapide et objective la détresse psychologique et le profil psychopathologique à partir de 9 échelles symptomatiques. Trois indices sont calculés :

- Le GSI correspond à l'indice de gravité globale : constitue l'indicateur le plus sensible de la détresse psychologique du sujet, alliant des informations relatives au nombre de symptômes et à l'intensité de la détresse. Il est calculé par le score total/90,
- Le PST correspond à la diversité des symptômes, soit le nombre de symptômes rapportés par la personne, quelle que soit leur intensité et contribue à l'interprétation de la détresse. Il est calculé par le nombre de réponses autres que 0,
- Le PSDI correspond au degré de malaise, il représente donc une mesure de l'intensité des symptômes et la perception que le patient a de sa détresse. Il est calculé par le score total/ PST.
- Pour chaque échelle symptomatique, les valeurs sont calculées par la somme des scores obtenus aux items de la catégorie/nombre d'items de la catégorie :

* Somatisation : l'éprouvé provenant de la perception du dysfonctionnement corporel.
* Symptômes obsessionnels : reflète le syndrome obsessionnel
* Sensitivité interpersonnelle ou vulnérabilité : sentiment d'infériorité et d'inadéquation par rapport aux autres, anticipation des relations interpersonnelles
* Dépression : syndrome dépressif
* Anxiété : anxiété-tension
* Hostilité : agressivité, tendance au passage à l'acte
* Phobies : phobies sociales et agoraphobie
* Traits paranoïaques : hostilité, méfiance, égocentrisme, perte d'autonomie, hallucinations, idées de grandeur

* Traits psychotiques : symptômes de schizophrénie et comportement schizoïde
* Symptômes divers : symptômes aspécifiques importants sur le plan psychopathologique.

7.6 Les représentations parentales : L'ERP

Les questions de l'ERP (Entretien sur les Représentations Parentales) ont été élaborées dans la recherche INTERREG et sont inspirées de l'entretien R. Les représentations se construisent par rapport au vécu, à la famille et au vécu de la parentalité. Les représentations parentales sont des « scénarios qui modèlent les échanges et se matérialisent dans les interactions, processus auquel le bébé contribue également par sa présence et ses comportements… Les interactions vécues avec le bébé modifient et ajustent les représentations que les parents construisent progressivement et continuellement de leur enfant » (Wendland, 2004).
Nous souhaitions explorer 4 domaines : les représentations de l'enfant, les affects liés aux représentations, les représentations d'eux-mêmes en tant que parents, les réactions aux pleurs et aux mouvements d'opposition du bébé.
Les représentations parentales sont un domaine relativement vaste, qui peut être étudié sous différents aspects :

- En référence aux catégories d'attachement,
- En termes de dimensions (pauvreté/richesse, dominée/dégagée…),
- En termes de contenus (thèmes conflictuels, caractéristiques physiques…),
- En termes indépendants de contenus (consistance et cohérence des représentations…).

Les réponses de la mère sont enregistrées afin d'être fidèlement retranscrites et analysées qualitativement.
Les questions étaient les suivantes :
- Pouvez-vous me décrire comment est votre enfant, quel genre d'enfant est-il ?
- Toutes les mères lorsqu'elles pensent ou sont avec leur enfant ressentent beaucoup d'émotions différentes. Quelles sont les émotions les plus fortes que vous pensez avoir pour votre enfant ?
- Pouvez-vous me décrire quelle mère vous pensez être ? Comment vous décririez-vous en tant que mère ? Comment vous sentez-vous en tant que mère ?
- Pouvez-vous me décrire votre réaction face aux pleurs de votre bébé ? (à 4 mois)
Comment réagissez-vous lorsque votre enfant s'oppose ou fait une colère ? (à 24 mois)

Nous aurions souhaité utiliser le PDI (Parent Development Interview-Revised), qui est un entretien semi-structuré, d'environ 60 minutes, permettant d'activer et d'explorer chez les parents les représentations de son enfant, de sa relation avec lui ainsi que les représentations de lui-même en tant que parent. Dans la première partie le parent doit donner une description de son enfant, dans la 2ème partie il doit aborder la relation avec son enfant et se décrire lui en tant que parent. La 3ème partie est réservée à l'élaboration des expériences affectives vécues en tant que parent, en explorant différents sentiments (plaisir, colère, culpabilité…). Enfin la 4ème partie, le parent doit réfléchir à sa propre expérience d'avoir été parent et décrire les différences et ressemblances qu'il perçoit entre lui et ses propres parents. Cet entretien nous aurait également permis de pouvoir évaluer la fonction réflexive parentale, cependant, une formation était obligatoire. L'utilisation de cet outil n'a donc été possible. Néanmoins, les grands domaines évalués sont identiques à ceux évalués par l'entretien R, auquel nous avons emprunté les questions.

7.7 L'alliance de travail : la WAI

Il s'agit d'une échelle d'alliance de travail largement utilisée dans les études anglo-saxonnes, qui a été traduite en français et adaptée au contexte des consultations précoces parents-jeune enfant. L'échelle comprend 12 questions explorant 4 dimensions de l'alliance : les liens thérapeute-parent, l'alliance thérapeute-enfant, la dimension "positive" des objectifs et des tâches, et la dimension "négative" des objectifs et des tâches. Les réponses se font sur une échelle en 7 points.

La WAI mesure l'alliance selon 3 dimensions principales : les liens (développement d'un attachement interpersonnel positif entre le patient et le thérapeute incluant confiance et respect mutuel), les tâches (perception par chaque partenaire de la pertinence et de l'efficacité des tâches de la thérapie, ainsi que le partage d'une responsabilité dans leur exécution) et les objectifs (compréhension, validation et acceptation par les 2 partenaires des objectifs de changement). Cet outil s'appuie sur une conception transthéorique de l'alliance : il n'est pas centré sur le patient ou le thérapeute mais évalue la relation patient-thérapeute. L'instrument mesure les contributions communes à la relation interpersonnelle et à la relation de collaboration, ainsi que les contributions du thérapeute à la relation interpersonnelle qui est primordiale dans les consultations précoces (Hervé et al., 2008).

Les 2 versions seront complétées lors des VAD d'évaluation : version parent qui jugera de l'alliance avec la puéricultrice et version professionnelle qui évaluera la qualité de son alliance avec le parent.

7.8 Le vécu de l'intervention des familles

Il paraît nécessaire de prendre en compte le vécu des familles concernant cette modalité d'intervention (VAD régulières) et leur représentation de l'accompagnement. Cela pourrait déjà avoir une valeur thérapeutique (comme décrit dans le chapitre « Revue de littérature ») et nous permettra également de pouvoir ajuster les interventions si besoin : dans la relation puéricultrice-parent, en fonction des retours des parents, ou si le dispositif est déployé à plus grande échelle.

Lors de l'ERP, une question a donc été ajoutée : Comment vivez-vous le fait qu'une puéricultrice vienne chez vous régulièrement ? Que se passe-t-il lorsque la puéricultrice vient chez vous ? Qu'est-ce-que sa présence modifie dans la relation entre vous et votre bébé ? (groupe intervention)
Comment avez-vous vécu cette visite à domicile ? (groupe témoin)

Lorsque la question est posée à la famille, dans le groupe intervention, la puéricultrice n'est bien-entendu pas présente afin de permettre à la famille de s'exprimer librement. Il leur est également précisé que même les réponses négatives nous seront profitables pour améliorer le dispositif.
La réponse est également enregistrée pour pouvoir la retranscrire fidèlement et réaliser l'analyse qualitative.

8 HYPOTHESES DE TRAVAIL

Nous vous présentons ici l'étude PERL dans sa globalité même si certaines données n'ont pas été analysées pour ce travail de doctorat (CF chapitre « Résultats préliminaires », partie 1.7 « Données recueillies dans l'étude et non traitées dans le cadre de cette thèse »).

Nous nous attendons à observer un impact positif des VAD réalisées par une puéricultrice de PMI spécifiquement formée et supervisée sur :

- Le développement de l'enfant : moins de retard de développement avec un score de quotient développemental égal ou supérieur à la moyenne nationale française (BLR), moins de retrait relationnel du bébé (à l'ADBB), moins de difficultés sociales et émotionnelles (score compétences plus élevé que le score problème et score problème moins élevé comparativement au groupe témoin, pour le BITSEA) pour le groupe intervention, à 24 mois. Nous attendons moins de retard de langage avec davantage de profils verts et plus de développement « adéquats », pour le groupe intervention à 4 ans, à l'ERTL4.

- L'interaction parent-enfant : analyse qualitative des échanges dont nous attendons des rapports initiés autant par l'enfant que par le parent, ayant une tonalité affective dominante positive, une réciprocité et continuité dans les échanges, une relation accordée et harmonieuse, un comportement maternel facilitant l'exploration de l'environnement et des jeux conjoints, dans le groupe intervention à 24 mois. Nous attendons donc un score plus élevé dans le groupe intervention à 24 mois, à la PIM13.

- Le vécu de la parentalité : plus de descripteurs et de marqueurs positifs dans le discours de la mère lors de l'analyse qualitative des verbatims des parents sur les compétences parentales autoperçues, à 24 mois dans le groupe intervention.

- La santé mentale maternelle : un score inférieur à la BDI, un indice global de gravité plus faible, une intensité et un nombre de symptômes rapportés dans le SCL 90-R moins importants, dans le groupe intervention à 24 mois.

- L'évolution positive des scores obtenus entre le 4ème et le 24ème mois pour le groupe intervention.

9 ANALYSE DES DONNEES

9.1 Analyse descriptive

Une analyse descriptive a été réalisée sur les données sociodémographiques, les facteurs de vulnérabilité, le vécu de l'intervention, les raisons invoquées pour refuser de participer au dispositif PERL et les motifs d'abandons.

Perdus de vue

Les informations des personnes sortant du dispositif sont recensées et analysées. Pour le groupe intervention, nous avons accès aux données collectées par les puéricultrices lors des VAD, ou par la coordinatrice si la VAD d'évaluation du 4ème mois s'est déroulée. Dans le groupe témoin, les mêmes données sont accessibles si les familles n'ont pas quitté le dispositif avant la visite d'évaluation du 4ème mois. Si la famille quitte le dispositif avant, nous (PSYCOR) tentons de la contacter pour obtenir ces informations.

Sujets randomisés et non inclus

Pour les familles qui n'ont pas souhaité rejoindre le programme de recherche, les données connues, issues de la déclaration de grossesse (adresse, nombre d'enfants à charge, âge de la maman) ont été enregistrées. Les motifs de refus ont été collectés dans la mesure du possible (lorsque les familles pouvaient être contactées et acceptaient de répondre).

9.2 Analyse comparative

Les effets du dispositif ont été évalués comparativement au groupe témoin.

Le test t de Student a été utilisé pour les analyses comparatives des variables quantitatives : âge des parents, poids de naissance de l'enfant, âge gestationnel, scores à la SCL 90R, à l'EPDS et au Brazelton, lorsque les conditions d'utilisation du test étaient respectées. Ce test sera utilisé pour les analyses es tests : BLR, ERTL4, BDI, BITSEA, ADBB et WAI lorsque les conditions d'utilisation du test le permettront. Le test non paramétrique de Wilcoxon Mann whitney sera sinon utilisé.

Le test du Khi carré (χ^2) a été utilisé pour les analyses comparatives des variables qualitatives :

sexe, rang dans la fratrie, niveau d'études des parents, profession des parents, structure familiale. Ce test sera utilisé pour l'évolution des représentations parentales, la GED et la PIM13.
Nous avons également comparé les caractéristiques des familles ayant refusé de participer au dispositif versus celles ayant accepté.

9.3 Analyse de corrélation

Le coefficient de corrélation de rang de Spearman sera utilisé pour tester les corrélations entre les scores obtenus aux différentes échelles (BLR, ADBB, EPDS, BDI, BITSEA, WAI, SCL-90 R, ERTL4) et l'impact des représentations parentales sur les scores obtenus aux différentes échelles.
Toutes les conditions d'utilisation des tests seront vérifiées avant leur utilisation.

9.4 Evaluation longitudinale

Une évaluation longitudinale sera effectuée dans les deux groupes pour mesurer l'évolution des scores aux tests entre le 4ème et le 24ème mois : l'interaction, l'expérience de la parentalité, le retrait relationnel du bébé, la DPN, le vécu de l'accompagnement et les symptômes psychiatriques maternels. Un modèle de Cox sera utilisé pour le BLR.
Toutes les conditions d'utilisation des tests seront vérifiées avant leur utilisation.

9.5 Analyse des processus et mécanismes par le CESP

A l'évaluation longitudinale et comparative de cette recherche s'est associée une analyse des processus et mécanismes, réalisée par le CESP de l'Ecole de Santé Publique de Nancy (Faculté de Médecine, Université de Lorraine), (Decroix et Kivits, CF annexe 6, Rapport d'évaluation des processus et mécanismes de l'intervention PERL).
Dans une perspective de généralisation et de transfert de PERL, les objectifs de cette évaluation étaient :
- De comprendre les mécanismes d'efficacité de l'intervention,
- D'expliquer les possibles différences d'implantation et d'effet en fonction des caractéristiques des familles,

- D’analyser la faisabilité, les facteurs favorisants et les contraintes de la mise en œuvre d’une telle intervention par la PMI.

Plus précisément, elle visait à répondre aux questions suivantes :
- Comment le projet PERL est-t-il supposé atteindre les résultats escomptés selon les acteurs ayant développé l’intervention ?
- Comment les acteurs se sont approprié le projet PERL ?
- Quels freins et leviers, y compris contextuels, ont influencé le démarrage de PERL ?
- A partir du projet PERL, en vue du déploiement de l’intervention dans un autre contexte (territoire, porteur…) ou de la réalisation d’un autre projet de recherche interventionnelle, quels points de vigilance et leviers peut-on identifier ?

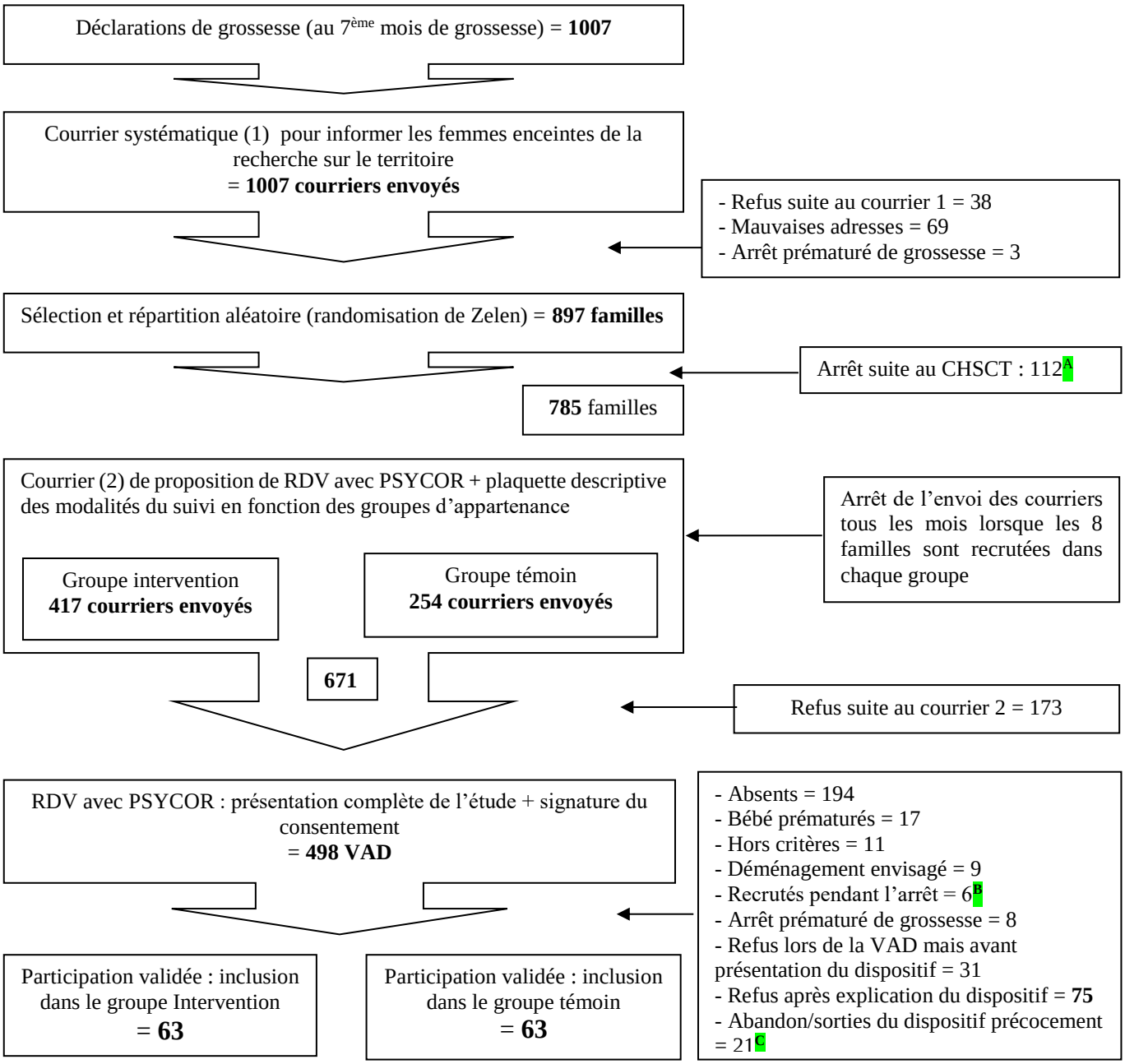
Cette analyse a fait l’objet d’un protocole spécifique du CESP et leur rapport nous a été transmis en janvier 2020. La méthode s’articulait autour de 18 entretiens semi-directifs auprès des acteurs à l’origine de la construction et du déploiement de PERL, des observations, de l’analyse documentaire et un processus de concertation. Concernant la valorisation des résultats de cette évaluation qualitative deux articles scientifiques sont en cours d’élaboration, ainsi qu’un chapitre de livre (actes du colloque du Syndicat National des Médecins de PMI).

Dans une perspective de transférabilité de l’intervention sur d’autres territoires, un guide de mise en œuvre a été réalisé partir des résultats de cette évaluation qualitative, par Decroix, Kivits et Garnier (CF Annexe 7, Groupe PERL. Guide de mise en œuvre d’un projet d’accompagnement à la parentalité en PMI).
Ce guide sera destiné à tous les acteurs de PMI et de promotion de la santé souhaitant déployer cette intervention. Les objectifs de ce guide sont :
1. Permettre aux acteurs de PMI envisageant de déployer PERL sur leur territoire de se poser les questions préalables à la mise en œuvre de l'intervention. La démarche cherche à s'assurer que les conditions contextuelles nécessaires pour la réussite de l'intervention soient réunies,
2. Présenter le modèle logique de l'intervention (objectifs, principes, composantes clés, éléments contextuels),
3. Distinguer ce qui relève de l'invariant des éléments adaptables aux contextes.

Ce guide sera annexé à l'article suivant, en cours de soumission à la revue Santé Publique : Decroix C., Buchheit S., Colombo MCC., Ligier G., Kabuth B. et Kivits J. PERL, une intervention d'accompagnement à la parentalité en Protection Maternelle et Infantile : modèle logique. Prepint.

RESULTATS PRELIMINAIRES ET DISCUSSION

1 ANALYSE DE LA POPULATION



*A Il y a eu suspension du recrutement durant **4 mois** uniquement **pour le groupe intervention** suite à une décision du CHSCT du CD. Comme habituellement, les courriers 1 ont été envoyés chaque mois pour avertir les familles de la recherche sur le territoire. La randomisation a été réalisée à partir de la liste de toutes déclarations de grossesses. Du fait de la décision du*

CHSCT, les courriers 2 n'ont donc été envoyés qu'aux familles randomisées dans le groupe témoin. Ainsi, 112 familles ont donc été considérées comme non éligibles, après randomisation dans le groupe intervention. Les modalités de cet arrêt sont détaillées dans le chapitre « Résultats préliminaires », partie 3.4 « Les étapes de modification du protocole PERL » de cette thèse.

B *La notification de la décision du CHSCT a été donnée mi-janvier, le recrutement pour cette période avait donc déjà été réalisé. Le CHSCT a demandé aux puéricultrices de ne pas débuter de nouveau suivi à partir de janvier 2019. Les 6 personnes recrutées dans le groupe intervention durant cette période ont donc été sorties du dispositif de recherche.*

C *Sont comptabilisées dans ces arrêts/abandons les personnes ayant donné leur accord pour participer à la recherche, ayant signé le formulaire de consentement, puis s'étant retirées du dispositif avant d'avoir rencontré la puéricultrice (ou avant notre rencontre pour la VAD des 4 mois). Ces 21 arrêts ayant eu lieu lorsque les recrutements étaient encore en cours, ont pu être remplacés durant cette période.*

1.1 Caractéristiques de la population ayant refusé de participer à PERL

Tableau 6 : caractéristiques de la population ayant refusé d'adhérer au dispositif

	Refus courrier 1 N=38	**Refus courrier 2** N=173
Age des mères	M= 30 σ = 6,06	M= 28 σ= 3,16
Nombre d'enfants à charge avant la naissance du bébé	Primipares : 16 1enfant : 9 2 enfants : 8 4 enfants : 3 5 enfants : 1	Primipares : 80 1 enfant : 59 2 enfants : 26 3 enfants : 4 4 enfants : 3 6 enfants : 1
Motifs évoqués	La plupart des motifs de refus n'ont pas pu être répertoriés (envoi d'un SMS de la famille, message répondeur, mail ou courrier sans plus d'explications), hormis 5 motifs : - pas intéressés : 2 - grossesse compliquée : 1 - manque de temps : 1 - déménagement : 1	Bon nombre de motifs n'ont pas pu être répertoriés pour les mêmes raisons que précitées. Parmi les motifs relevés : - disent avoir peu de temps à consacrer : 19 - pas intéressées par ce dispositif : 12 - travaillent avec les enfants et /ou connaissent bien leur développement : 4 - envisagent de déménager : 4 - évoquent un suivi existant avec une sage-femme ou la PMI : 4 - se disent trop fatiguées pour recevoir du monde au domicile : 2 - ne parlent pas français : 2 - naissance prématurée : 1 - ne souhaitant pas recevoir de monde à la maison : 1
Groupe d'attribution	/	Pressenties groupe Intervention : 105 Pressenties groupe témoin : 68

1.2 Caractéristiques des personnes ayant refusé de participer à la recherche suite à la présentation en VAD

L'âge moyen des mères était de 29 ans (écart type 4,7), 56 étaient pressenties pour le groupe intervention et 19 pour le groupe témoin, 28 étaient primipares, 30 avaient déjà 1 enfant, 9 en avaient 2, 6 en avaient 3 et 2 en avaient 4. Nous avons eu accès uniquement aux informations mentionnées sur la déclaration de grossesse.

Les motifs de refus évoqués :

- Refus du conjoint (15 familles groupe Intervention – 2 familles groupe T),
- Trop de VAD et manque de temps (14 I – 7 T),
- Ne voient pas l'intérêt (4 I – 2 T),
- Ne veulent pas être filmées (4 I – 1 T),
- Trop intrusif,
- Peur du jugement et refus d'un professionnel à domicile (3 I – 3 T),
- Déménagement possible avant les 4 ans (2 I),
- Sans motif (4 I – 2 T),
- A déjà des suivis (4 I),
- A déjà des enfants ou dit avoir des connaissances des enfants (5 I – 2 T),
- 1 famille du groupe intervention travaille avec les puéricultrices de l'étude.

1.3 Taux d'acceptation

Le taux de participation à l'étude est de 67%. Ce taux est calculé sur la base des personnes qui ont été rencontrées en VAD et auxquelles le dispositif a été expliqué. Nous ne comptons pas les personnes qui se sont opposées dès le courrier 1 ou le courrier 2 étant donné que les informations concernant la recherche n'étaient pas détaillées et que majoritairement, nous n'avions pas accès aux motifs de refus.

1.4 Etat du recrutement et de la population

Il était prévu d'inclure **64** familles initialement.
Suite à un arrêt maladie long d'une puéricultrice, le nombre a été réduit à **63** (pour les 2 groupes).
Le recrutement a débuté en septembre 2018 et s'est terminé en décembre 2019.
Les évaluations des 4 mois ont commencé en janvier 2019 et se sont terminées en juin 2020 pour les 2 groupes (en raison du confinement de mars à mai 2020). Les évaluations des 24 mois sont actuellement en cours depuis septembre 2020 et prendront fin en janvier 2021. Les évaluations de 4 ans (ERTL4 et GED) seront réalisées dans la 4ème année de l'enfant en fonction des bilans école maternelle réalisés par les puéricultrices de PMI.

Le groupe intervention a perdu 1 famille pour un déménagement durant le confinement, **avant la VAD d'évaluation**, le nombre de famille se portait donc à **62**.
Le groupe témoin a perdu 2 familles **avant la VAD d'évaluation** : l'une refusant finalement l'utilisation de la vidéo et l'autre ayant dû réaliser une IMG durant le confinement. Le nombre de familles se portait donc à **61**.

Au 07.04.2021, l'échantillon compte **58 familles groupe Témoin et 55 groupe intervention.**

1.5 Sorties et motifs : Abandons

Sont comptabilisés comme abandons : les personnes ayant donné leur accord, signé le formulaire de consentement et ayant rencontré une puéricultrice pour au moins 1 VAD, ou après notre VAD d'évaluation à 4 mois.

Tableau 7 : Abandons du dispositif PERL

N=17	Groupe Intervention N= 14	Groupe Témoin N= 3
Age des mères (déclaration de grossesse)	M= 29 σ= 5,6	M= 29 σ= 7,8
Nombre d'enfants à charge fiscale	- Ce bébé est leur 1er enfant : 6 - Ce bébé est leur 2ème enfant : 3 - Ce bébé est leur 3ème enfant : 4 - Ce bébé est leur 4ème enfant : 1	- Ce bébé est leur 1er enfant : 1 - Ce bébé est leur 3ème enfant : 2
Nombre de VAD effectuées	- ≤3 VAD de la puéricultrice et pas de VAD d'évaluation : 7 - Ont eu la VAD d'évaluation : 7 ↓ ➔ [4-12] VAD de la puéricultrice : 4 ➔ ≥12 VAD de la puéricultrice : 2 ➔ 3 VAD de la puéricultrice mais suivi PMI classique par la même puéricultrice PERL : 1	Les 3 familles ont eu la VAD d'évaluation à 4 mois
Motifs	- Déménagement de plus de 30 km : 5 - Reprise du travail et incompatibilité avec les horaires de VAD : 5 - Sans motif évoqués et injoignable : 1 - Trop fatiguée et organisation compliquée : 2	- Déménagement hors du département : 2 - VAD trop longue : 1

	- Famille dont les 2 aînés sont placés, ont peur que cela se reproduise : 1	
Score à l'EPDS à 4 mois (n=7 familles intervention ; n=3 familles témoin)	- 10-11 : 2 [A] - 8 : 1 - ≤5 : 4	- 10 : 1[B] - 7 : 1 - 3 : 1
Score SCL90-R à 4 mois (n=7 familles intervention ; n=3 familles témoin)	3 Familles ont des scores plus élevés que la moyenne de la population PERL et la moyenne Française, pour le GSI et PST, mais une moyenne moins élevée pour le PSDI[C]. ↓ → 2 de ces familles évoquent la fatigue comme motif d'arrêt → 1 évoque une reprise d'études et les enfants non gardés à domicile et quasi constamment par les grands-parents	Les 3 familles présentent un score GSI et PST plus élevés que la moyenne de la population PERL et uniquement pour l'une d'entre elles un score PSDI plus élevé que la moyenne de la population PERL.

[A] *: Le motif évoqué par les 2 familles pour quitter la recherche : fatigue importante, qui peut également être un signe clinique de dépression.*

[B] *: Cette famille a quitté le dispositif pour un déménagement hors du département.*

[C] *: Le PSDI correspond au degré de malaise, une mesure de l'intensité des symptômes et la perception que la personne a de sa détresse. Or, nous constatons que les symptômes des DPN sont souvent banalisés et mis sur le compte du post-partum : fatigue importante, labilité émotionnelle, sentiment d'être dépassé, culpabilité,… Cela pourrait expliquer le fait que la moyenne PSDI soit moins élevée que pour la population française.*

Une analyse plus détaillée et comparative pourra être réalisée à la fin de l'étude afin d'établir un profil plus détaillé de ces familles. Les VAD ayant pu être réalisées, nous disposerons d'une quantité et qualité d'informations comparables aux personnes étant restées dans le dispositif.

Sur ces 17 abandons, **10 ont été pris en compte dans l'analyse de la population de l'échantillon** (7 familles groupe intervention et 3 familles groupe témoin), la VAD d'évaluation ayant été réalisée. Ils seront sortis de l'échantillon lors de l'analyse des résultats aux 24 mois.

1.6 Description de l'échantillon PERL

Tableau 8 : Echantillon PERL

	INTERVENTION n=62	TEMOIN n=61
Age de la mère (lors de la déclaration de grossesse)	M = 30 σ = 4,5	M = 31 σ = 4,3
Sexe de l'enfant	33 filles – 29 garçons	32 filles – 29 garçons
Terme de naissance	M=39,7 σ=1,1	M=39,4 σ=1,3
Poids de naissance	M=3,421 σ=0,479	M=3,300 σ=0,496
Allaitement	45 allaitent	42 allaitent
Durée de l'allaitement	<1 mois : 7 1-2 mois : 6 2-3 mois : 6 3-4 mois : 6 Après 4 mois : 20	<1 mois : 7 1-2 mois : 4 2-3 mois : 4 3-4 mois : 4 Après 4 mois : 23
Parturiente	Primipares : 24 2ème enfant : 26 3 et + : 12	Primipares : 22 2ème enfant : 24 3 et + : 15
Composition familiale	Familles nucléaires : 60 Familles monoparentales : 2	Familles nucléaires : 61
Enfants d'une autre union	Familles avec enfants d'une autre union : 15	Familles avec enfants d'une autre union : 10
Grossesse non désirée	6	6
FIV	2	1
Mode de garde	Mère : 29 Nounou : 14 Crèche : 6 Grands-parents : 5 Grands-parents + nounou : 4 Grands-parents + crèche : 4	Mère : 31 Nounou : 10 Crèche : 6 Grands-parents : 6 Grands-parents + nounou : 4 Grands-parents + crèche : 2 Nounou + crèche : 2
Nombre d'heures de garde/semaine	≤10 : 2]11-20] : 4]21-30] : 9]31-40] : 9]41-50] : 9	≤10 : 1]11-20] : 3]21-30] : 6]31-40] : 14]41-50] :4 >50 : 2
Emploi des parents	Sans emploi : 13 CDI : 92 CDD, intérim, auto-entrepreneur : 19	Sans emploi : 14 CDI : 90 CDD, intérim, auto-entrepreneur : 18
Niveau d'études des parents N = 123 (1 NSP)	N=123 (1 NSP) < Brevet : 3 Brevet : 5 BEP/CAP : 17 Bac : 35	N= 122 < Brevet : 3 Brevet : 7 BEP/CAP : 24 Bac : 29

	Bac+2 : 22 Licence : 17 Master : 19 Bac +6 : 1 Doctorat : 4	Bac+2 : 20 Bac+3 : 22 Master : 17
Bilinguisme ▲	9 familles bilingues	6 familles bilingues
Mesures (AEMO, AED)	1 AEMO avec Mesure d'Investigation Judiciaire	2 AEMO
Suivi PMI en dehors de l'étude PERL	0 contact PMI : 52 1-2 contacts PMI : 2 Suivis anciens : 5 Suivis actuels : 3	0 contact PMI : 43 1-2 contacts PMI : 7 Suivis anciens : 6 Suivis actuels : 5
Suivi Psychiatre/psychologue	Suivis anciens : 18 - Madame : 11 - Monsieur : 3 - Mme + Mr : 1 - Un des enfants : 2 - Madame + enfant : 1 Suivis actuels : 11* - Madame : 3 - Monsieur : 1 - Un des enfants : 5 - Madame + enfant : 2	Suivis anciens : 25 - Madame : 14 - Monsieur : 9 - Mme + enfant : 1 - Un des enfants : 1 6 suivis actuels - Madame : 1 - Madame + Monsieur : 1 - Un des enfants : 3 - Madame + enfant : 1
Présence du père à la VAD d'évaluation	12 présents	15 présents
Soutien du père perçu par la mère	Aucun soutien : 12 Véritable soutien : 37 N'aide que pour la maison : 1 N'aide que pour les enfants : 4 N'aide que si Mme insiste : 8	Aucun soutien : 5 Véritable soutien : 46 N'aide que pour la maison : 1 N'aide que si Madame insiste : 9
Antécédents de dépression	Madame : 17 Monsieur : 8 Madame et Monsieur : 1	Madame : 17 Monsieur : 3 Madame + Monsieur : 1
Isolement perçu	13 mères se sentent isolées	9 mères se sentent isolées

- 1 grossesse Gémellaire, l'enfant évalué a été tiré au sort.

▲ : *Les critères d'exclusion étant les familles ne parlant pas le français, les familles bilingues de la recherche maîtrisent tout à fait la langue française, s'adressent à l'enfant en français également, et/ou uniquement l'un des 2 parents est bilingue, donc le bilinguisme n'est pas constant.*

* : *Pour 3 de ces 11 suivis actuels, la présence de la puéricultrice au domicile a pu encourager le parent à consulter. Deux de ces suivis concernent les mamans : 1 symptomatologie anxio-dépressive et 1 recrudescence de symptômes anxio-dépressifs (dont le suivi psychologique*

ancien était interrompu depuis plusieurs années). Un suivi a été initié pour troubles du comportement de l'enfant, que nous mettons en lien avec une symptomatologie dépressive de la maman. Une orientation a été faite pour la mère lors de la VAD d'évaluation des 4 mois et de nombreux échanges entre la puéricultrice et la mère portaient sur les troubles du comportement de l'enfant, ce qui a encouragé la mère à consulter un psychologue.

Tableau 9 : Orientations réalisées suite à la VAD d'évaluation à 4 mois

Orientation	Groupe intervention	Groupe témoin
CMP adulte	6 : pour présence de symptômes dépressifs *	6 : principalement pour symptômes dépressifs (dont 1 papa qui présente une pathologie chronique)
CMP enfant	1 : pour le grand frère présentant des troubles du comportement	1 : diagnostic de cancer pour Mme, s'inquiète de la répercussion sur sa relation avec son bébé
CMP adulte + enfant	1 : symptômes dépressifs pour Mme et troubles du comportement de l'aîné	1 : symptômes dépressifs pour Mme et angoisses chez l'aîné
Relance de reprise de suivi (psychologue ou psychiatre)	2 : pour recrudescence de symptômes dépressifs	2 : symptômes dépressifs présents
Consignes spécifiques données à la puéricultrice PERL (I) ou de secteur (T)	11 : puéricultrice doit surveiller le développement de l'enfant ou la thymie de la maman	2 : lien fait avec la puéricultrice de secteur pour surveiller l'évolution du développement de l'enfant et de la thymie de la maman
Pédiatre ou médecin généraliste	0	1 : pour le développement de l'enfant

* *Après cotation de l'échelle EPDS et entretien avec les mères, nous avons jugé nécessaire une orientation de ces mères vers un psychologue/psychiatre ou service spécialisé (CMP), en raison d'un score élevé à l'EPDS et de présence de signes cliniques évocateurs d'une DPN. Une de ces mamans ne présentait pas un score élevé à l'échelle EPDS, néanmoins, cette maman présente une dépression chronique traitée (traitement prescrit par le médecin généraliste). D'après Murray et Cox, 1990 ; Cox, Chapman, Murray et al., 1996 (cité par* (Jardri, 2004)*), l'EPDS serait moins sensible aux dépressions chroniques.*

Les chiffres concernant les orientations réalisées lors de la VAD de 4 mois sont difficilement interprétables. Il est plus aisé de réaliser des orientations dans le groupe intervention, car les

symptômes ou difficultés ont majoritairement déjà été discutés entre la puéricultrice et la maman. De plus, **l'orientation est moins urgente** dans ce groupe puisque la puéricultrice peut surveiller l'évolution de la situation et orienter ultérieurement. **L'évaluation semble donc servir d'outil et de médiateur à la verbalisation** pour les prochaines VAD, ce qui a également été mentionné par les puéricultrices. Elle permet d'élaborer autour des difficultés de la mère, des antécédents de dépression ou de suivi psychologique, ou du développement de l'enfant. Cela permet également **d'affiner l'observation de la puéricultrice lors des VAD suivantes**, sans se baser uniquement sur une seule évaluation aux 4 mois de l'enfant pour décider d'une orientation vers des services qui peuvent encore être connotés négativement.

Dans le groupe témoin, la seule VAD précoce étant réalisée à 4 mois, si l'orientation est nécessaire il faut pouvoir alors l'aborder avec les parents. Il faut pour cela prendre un certain temps, en plus de celui consacré à la VAD (temps considérable, d'environ 3h30) afin de faire prendre conscience aux parents des difficultés (pour eux ou leur enfant), sans les affoler et générer de l'angoisse. Cela s'avère compliqué de pouvoir évoquer aux parents un retard de développement constaté chez un enfant de 4 mois sur une seule et unique VAD. Concernant les symptômes dépressifs de la maman, malgré le score à l'échelle EPDS, les symptômes sont parfois niés ou déplacés sur le comportement de l'enfant (« *le grand me rend la vie impossible, c'est lui le problème, pas moi* ») et le fait de recourir à un soin psychologique peut encore parfois être connoté négativement. Il est alors quelquefois plus aisé d'orienter vers un pédiatre, un médecin généraliste, ou de faire le lien avec la puéricultrice de secteur qui reçoit la famille. Pour le groupe intervention, le lien peut aisément être fait avec la puéricultrice PERL, par contre, pour le groupe témoin, il faut nécessairement l'accord de la famille pour faire le lien avec les équipes de secteur (PMI…). Si la famille n'est pas connue de la PMI, il faut pouvoir encourager les parents à se rendre en PMI, mais souvent l'argument que nous oppose les parents « nous avons déjà un médecin qui suit le bébé ».

Lorsque l'orientation est réalisée, les coordonnées des CMP sont transmises directement aux parents et il leur est proposé de pouvoir nous ré-interpeler pour toutes questions complémentaires.
Dans le groupe intervention, la puéricultrice référente de la famille assiste à la VAD d'évaluation. Si cela ne s'avère pas possible, un lien est réalisé post-VAD, elle est donc tenue informée des orientations réalisées.

Cela nous donne donc un argument en faveur de la nécessité d'établir une relation avec la famille avant de pouvoir proposer une orientation. Une seule et unique VAD ne permet, ni de réaliser une évaluation du développement d'un enfant de 4 mois afin de statuer sur un éventuel retard, ni d'orienter une famille en consultation spécialisée si une difficulté ou un retard était constaté. Les parents ne s'attendant généralement pas à ce que des difficultés soient mises en avant si précocement, beaucoup ne perçoivent pas encore ces difficultés. L'instauration d'un lien de confiance et plusieurs observations sont donc indispensables.

1.7 Données recueillies dans l'étude et non traitées dans le cadre de cette thèse

Ces données seront analysées lors de l'analyse statistique longitudinale et comparative réalisée aux 24 mois de l'enfant :

- Les scores aux échelles : BLR, PIM-13, ADBB, WAI, BITSEA, BDI,
- Les représentations parentales,
- La présence du père et/ou la participation lors des VAD de la puéricultrice (consigné par les puéricultrices) et son âge,
- Le nombre de grossesse, d'IVG, d'IMG, de MFIU ou de fausses couches, le déni de grossesse et le nombre de mois,
- Le nombre d'années en couple,
- Présence d'une addiction et de quel type,
- Les problèmes médicaux lors de l'accouchement, l'accouchement traumatique, la séparation avec le bébé à la naissance, un deuil durant la période périnatale et sa nature, une hospitalisation de l'enfant, d'un des parents ou d'un enfant de la fratrie (durant l'étude), les séparations durant l'enfance (des parents), les pathologies chroniques psychiatriques et somatiques et les traitements des parents, les addictions et leurs types, les troubles alimentaires, troubles du sommeil, nombre d'heures de sommeil par jour et qualité des nuits de l'enfant, dans la chambre parental, dans son lit, le fait que le père soit un soutien pour la mère…
- Le congé parental et sa durée (total, 80%… durant combien de temps…).

1.8 Résultats aux échelles

1.8.1 Brazelton

Nous avons choisi de ne retenir que les items du NBAS les plus objectifs, étant le moins soumis à l'influence de l'environnement. Dès les premiers jours de vie, l'environnement du bébé peut influencer son comportement. Notre objectif étant de vérifier que le développement des bébés des 2 groupes de la recherche est bien homogène dès la naissance, nous ne souhaitions pas intégrer les items susceptibles d'être influencés par l'environnement. Nous avons donc retenu :

- Le tonus général et le niveau d'activité du groupe système moteur,
- Les 18 items réflexes.

Tableau 10 : Résultats à l'échelle de Brazelton

	Moyenne/écart-type système moteur	Moyenne/écart-type réflexes
Groupe intervention N=10	M = 5,25 σ = 0.64	M = 1,95 σ = 0,13
Groupe témoin N=10	M = 6 σ = 1,49	M = 1,97 σ = 0,11

P>0,05 : non significatif

Partant du principe que tout nourrisson né à terme et en bonne santé possède habituellement le même répertoire de capacités perceptives et communicatives (Brazelton et al., 2001), nous n'avons pas de raison de croire que les enfants dans le groupe témoin soient moins compétents.

Il faudra tenir compte lors des analyses et corrélations réalisées à partir des évaluations (sur la qualité des interactions précoces et le développement de l'enfant) des familles ayant bénéficié de l'évaluation grâce au Brazelton, notamment pour le groupe témoin. En effet, l'observation des capacités et compétences du bébé rassure les parents, ce qui retentit sur leur état émotionnel et leur attitude envers le bébé (Wendland, 2004). Cela contribuerait à « émerveiller » les parents, à stimuler leur attachement à leur enfant, à favoriser la construction des représentations positives de l'enfant et à nourrir les compétences parentales (Brazelton 1997, cité par (Wendland, 2004)).

1.8.2 EPDS

Tableau 11 : résultats à l'EPDS

	Intervention n=62	Témoin n=61	Population PERL n=123
EPDS	M= 5,10 σ= 4,08 [9-12] : 7 Score ≥ 12 : 5	M=4,39 σ= 3,90 [9-12] : 8 Score ≥ 12 : 1	M= 4,75 σ= 3,99 [9 -12] : 15 12,20% Score ≥ 12 : 6 4,88%

Les différences sont non significatives entre la population témoin et la population intervention (p=0.33).

Le nombre de scores ≥ 12 est cependant légèrement plus élevé dans la population du groupe intervention. Cela pourrait être expliqué par le fait que dans le groupe intervention, la mère est encouragée à verbaliser les affects négatifs, son ressenti… Or, d'après la littérature, dans les cultures où les émotions sont moins exprimées, les scores sont inférieurs (Jardri, 2004). De plus, l'EPDS est soumis, comme beaucoup de questionnaires, au phénomène de distorsion cognitive : ces mères au score faible ou nul, sont-elles totalement exemptes de trouble thymique ou s'agit-il d'un score « défensif » traduisant un déni du trouble (Jardri, 2004) ? Ces limites seront à prendre en compte lors de l'analyse comparative des résultats aux 24 mois.

1.8.3 SCL-90R

Tableau 12 : Résultats à la SCL-90R

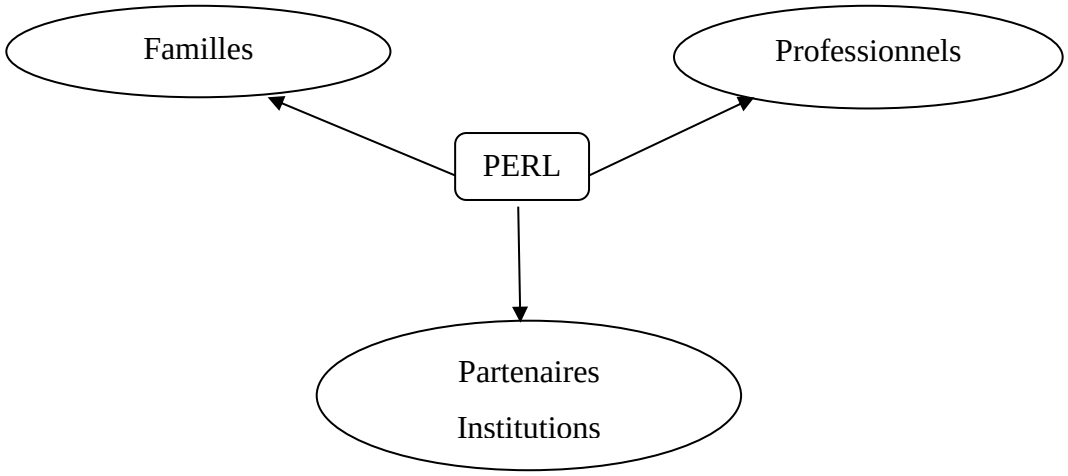
Groupe Intervention	Groupe Témoin	Population Française*
GSI : M= 0,25 σ= 0,21 PST : M= 15,37 σ= 10,38 PSDI : M= 1,37 σ= 0,40 Somatisation : M= 0,26 σ= 0,31 Symptômes obsessionnels : M= 0,30 σ= 0,35 Sensitivité interpersonnelle ou vulnérabilité : M= 0,21 σ= 0,26 Dépression : M= 0,36 σ= 0,41 Anxiété : M= 0,15 σ= 0,23 Hostilité : M= 0,17 σ= 0,21 Phobies : M= 0,06 σ= 0,15 Traits paranoïaques : M= 0,23 σ= 0,34 Traits psychotiques : M= 0,05 σ= 0,16 Symptômes divers : M= 0,54 σ= 0,41	GSI : M= 0,21 σ= 0,18 PST : M= 13,67 σ= 9,55 PSDI : M= 1,30 σ= 0,43 Somatisation : M= 0,22 σ= 0,22 Symptômes obsessionnels : M= 0,25 σ= 0,25 Sensitivité interpersonnelle ou vulnérabilité : M= 0,23 σ= 0,33 Dépression : M= 0,30 σ= 0,29 Anxiété : M= 0,13 σ= 0,18 Hostilité : M= 0,16 σ= 0,17 Phobies : M= 0,07 σ= 0,15 Traits paranoïaques : M= 0,21 σ= 0,30 Traits psychotiques : M= 0,04 σ= 0,10 Symptômes divers : M= 0,39 σ= 0,37	GSI : M=0,29 σ= 0,24 PST : M= 19,6 σ= 14,1 PSDI : M= 1,3 σ= 0,28

GSI : Gravité globale
PST : Diversité des symptômes
PSDI : degré de malaise
* Sujets ayant un bon état physique et psychique subjectif, N=780, en 1994 (Tatu et al., 1994)

Aucune différence significative n'est constatée entre les groupes intervention et témoin ($p>0.05$) et entre les groupes et la population Française.

2 LES ENJEUX ET CRITERES DE REUSSITE DE LA MISE EN PLACE DU DISPOSITIF

L'impact du dispositif PERL peut être analysé selon 3 dimensions :



Nous avons extrait des éléments qualitatifs nous permettant de déterminer quelles sont les caractéristiques à prendre en compte, selon le retour des familles et des professionnelles, en vue d'une éventuelle systématisation du dispositif.

2.1 Les familles

Lors de l'entretien réalisé durant la VAD d'évaluation à 4 mois, les mères ont fait un premier retour sur leur vécu concernant le fait qu'une puéricultrice vienne régulièrement à leur domicile : *« elle vient à nous »*, en écho avec les recommandations des 1000 premiers jours (Ministère des solidarités et de la santé, 2020).

Pour beaucoup, les mères se sentent écoutées, rassurées d'obtenir des réponses rapides d'un spécialiste de la petite enfance et soutenues par un professionnel de santé qui valide ce qu'elles mettent en place avec leur enfant. Pour certaines, elles se notent les questions qu'elles veulent poser à la puéricultrice ou font appel à elle entre les VAD *« avec le pédiatre on ne peut pas l'appeler juste pour poser une simple question »*, elles anticipent donc la VAD et son contenu, elles peuvent orienter le contenu des échanges. Les mères disent également davantage observer le développement de leur enfant et avoir des points de repères par rapport à son développement, pour plus le stimuler en ce sens. Elles évoquent le fait de pouvoir faire part de leurs difficultés

quotidiennes à la puéricultrice et d'avoir une personne de confiance qui vienne tous les mois à leur rencontre.

2.1.1 Une analyse qualitative du discours

Peu d'étude portant sur l'acceptabilité des familles pour des programmes comportant des VAD ont été réalisées, mais toutes montrent que ces programmes sont bien acceptés et que les familles en bénéficiant sont satisfaites (Greve et al., 2018; Smith et al., 2018; Wagner & Clayton, 1999). Ce point nous paraissait donc essentiel à traiter : quel est le vécu de ces familles concernant le dispositif PERL ?

Notre objectif est de proposer un dispositif et si l'efficacité est prouvée, de pouvoir l'implanter au sein d'autres structures de PMI. Pour cela, il est essentiel de recueillir le témoignage des principaux concernés. Est-ce que cette démarche leur convient ? Si elle ne satisfait pas les principaux acteurs, inutile d'envisager un déploiement plus important.

Une analyse qualitative du discours des mères a donc été effectuée sur la base de l'ERP que nous avons réalisé lors de la VAD d'évaluation du 4ème mois. Nous avons intégralement enregistré les entretiens de manière à pouvoir les retranscrire et en faire une analyse qualitative. Avec pour objectif cette analyse, nous avons encadré (avec le Pr B. Kabuth) A. Toreilles, stagiaire en Master 1 santé à l'Université de Lorraine, afin qu'il réalise la transcription et l'analyse qualitative des entretiens, sous notre supervision. Nous avons opté pour une analyse portant sur la dernière question de l'ERP, à savoir : le vécu des familles concernant l'accompagnement PERL (comment vivez-vous le fait qu'une puéricultrice vienne chez vous régulièrement ? Que se passe-t-il lors de ces visites ? Qu'est-ce que cela a modifié dans votre relation à votre enfant ?). Ces résultats ont été analysés conjointement avec A. Toreilles, (CF mémoire en annexe 8). Nous avons dans un premier temps classé les données des verbatims en différentes catégories extraites des entretiens, puis effectué des regroupements de catégories et répertorié les thèmes associés à ces différentes classifications. Nous avons pu tirer les conclusions suivantes de ce travail d'encadrement et de stage.

De ces analyses de discours, 2 grands thématiques ont été extraites : le vécu des mères concernant l'accompagnement et le contenu des VAD. Deux autres thématiques se sont dégagées des entretiens : les conséquences des VAD sur la relation mère-enfant et le vécu des parents sur l'accompagnement réalisé par un professionnel extérieur à PERL (médecin, pédiatre, etc.).

<u>Thématique 1 : Le vécu (CF tableau 13)</u>

Cinq sous thèmes prépondérants sont apparus dans le discours des mères : une appréhension avant le début de la recherche, de l'ambivalence et finalement une appréciation positive du dispositif et ses modalités et une alliance de qualité puéricultrice-maman et puéricultrice-enfant. Comme nous pouvons le constater dans le tableau 13, les thématiques qui reviennent le plus souvent sont :

- Les appréciations positives pour une très grande majorité des familles (57 mères/61). **Il semblerait donc que les familles soient toutes plus que satisfaites des visites proposées, et certaines évoquent le fait que les VAD soient attendues.**
- L'alliance puéricultrice-maman (50 mères/61) : spontanément les mères évoquent une relation positive avec la puéricultrice. Avoir l'avis d'une professionnelle de santé, spécialisée en petite enfance et surtout sa présence, paraissent-être un aspect central de l'alliance. Beaucoup évoquent une caractéristique fondamentale dans la relation d'aide : l'empathie (21/61), ainsi que le fait d'être à l'écoute, un soutien et une ressource pour la famille, être disponible et rassurante, cela correspond à ce que nous avons pu démontrer dans le chapitre « Revue de littérature » (partie 4.1 « Prérequis pour une relation sécure puéricultrice-parent en VAD »)

« Parfois la puéricultrice en vient même à être une confidente car la mère peut lui partager des expériences et des moments vécus très personnels » (CF mémoire, annexe 8). D'après ce que nous observons, l'alliance établit entre les deux parties est de qualité. Cela restera à prouver empiriquement grâce aux résultats de la WAI.

L'alliance puéricultrice-bébé est également évoquée spontanément par les mères. Comme souligné dans le chapitre « Revue de littérature » (partie 4.1.2.2 « L'alliance thérapeutique avec le bébé »), l'alliance thérapeutique avec le bébé est fondamentale et nécessaire. L'aspect qui revient le plus dans le discours de la mère correspond au fait que la puéricultrice s'adresse directement à l'enfant. Il est donc clairement démontré à la maman que l'enfant est un petit être social, avec lequel on peut interagir (mentionné par 9 mères) et ce dès la naissance.

Nous avons pu toutefois répertorier une certaine ambivalence dans le discours de certaines mères (18/61) *« ça ne me dérange pas, c'est pas négatif… »*. Une partie de l'ambivalence peut être attribuée à l'organisation de ces VAD : trouver un créneau, parfois en plus du travail…

L'appréhension avant le début du programme PERL a été évoquée par 17 mères, principalement autour de la peur du jugement. Ces craintes se sont dissipées systématiquement après les

premières VAD. La PMI étant encore actuellement associée au service de protection de l'enfance (du moins sur certains territoires), certaines mères ont évoqué l'angoisse d'un placement de l'enfant. Enfin la peur au sens général et l'appréhension concernant l'organisation (planification des VAD, reprise du travail…) est à prendre en compte, mais reste minoritairement évoquées. Les mamans y faisant référence ont d'ailleurs toutes poursuivies la recherche.

	Première thématique : Le vécu									
Sous thèmes	Appréciations positives		Alliance puéricultrice-mère		Alliance puéricultrice-enfant		ambivalence		Apprehension avant le debut	
Récurrence 1)	58 Mères/61		50 Mères/61		34 Mères/61		18 Mères/61		17 Mères/61	
2)	C'est bien/très bien/super bien	36	Présence/avis d'un pro	28	Elle parle avec le bébé	17	Ca me dérange pas	8	Jugement	7
	Ca se passe bien ...	20	Empathie	16	Interaction avec le bébé	9	Dû à l'organisation	3	Organisation/temps	3
	(...très bien/...super bien/je le vis bien)		(gentille/agréable/douce/sympa top/adorable/attentionnée /regard bienveillant/...)		Elle le prend/s'en occupe	7	C'est pas négatif	3	Placement de l'enfant	3
	C'est bénéfique/positif/c'est un plus	15			Elle le fait rigoler/bébé content	2	C'est bizarre	2		
	J'aime bien/j'apprecie	14	Elle est à l'écoute	13					Peur	2
			Elle me soutient/m'aide	11	Elle chante des chansons	2	C'est pas une contrainte	1	Inconnue qui vient	2
	C'est agréable/ça fait du bien	14			Lecture livre/histoire	2	C'est pas indispensable	1	On ne sait pas à quoi s'attendre	2
	Ca rassure/c'est rassurant	14			Bébé reconnait la puéricultrice	2	Ne voit pas l'intérêt	1		
	Plutôt bien/ça (me) va	13	Bonne entente/contact passe bien	10						
	C'est une aide/ça aide	11	Confiance	9	Elle le félicite	1			Ca va m'embêter	1
	Je suis/on est content(e)	11	Elle me rassure/me conforte	7	On parle avec le bébé	2				
			Disponibilité	4	Bienveillante avec le bébé	1				
	Les VAD sont attendues	4	Elle m'accompagne/m'oriente/suivi	4	Bébé ne pleure plus qd il voit la puéricutrice	1				
	Pas intrusif/invasif	4								
	C'est top/génial/nickel/parfait	4	Elle n'est pas dans le jugement	3	Puéricultrice voit que bébé est fatigué/malade	1				
	Chance	2	Tolérance/respect	2						
	C'est un bon moment	1								

Récurrence : 1) nombre de mères ayant abordé au moins une fois le sous-thème dans le discours ; 2) nombre de fois où le terme a été utilisé dans les discours des 61 mères

Tableau 13 : Thématique du vécu des VAD par la mère

	Seconde thématique : Le contenu											
	Discussions/échanges		Guidance		Temps d'observation		Jeux		Comportement enfant		lien d'une séance à l'autre	
1)	55 Mères/61		55 Mères/61		46 Mères/61		42 Mères/61		29 Mères/61		12 Mères/61	
	On parle	37	Avoir des questions, interrogations	40	On/elle regarde	28	On joue avec le bébé	20	Le bébé est petit	15	Bilan/point sur ce qui s'est déroulé entre 2 VAD	8
	Discuter/discussion	37			On/elle observe	17	Elle joue avec le bébé	20				
	Echanger	20	Reçevoir des conseils/astuces/infos	37	On/elle voit	15	Montrer/tendre des jouets	7	Il dort beaucoup/souvent	10		
					On/elle décrit	2			Parfois il dort	5	Elle/on fait un point/bilan (sur un sujet précis : alimentation/consultation docteur/comportment)	5
	Partager	2	Avoir des réponses de la puéricult.	19	On/elle est attentive	1	Il y a un temps de jeu* (souvent après question)	4				
	Conversation	2							Si le bébé est réveillé	5		
			Elle m'explique/m'apprend/me montre des choses	17					Toujours/souvent réveillé	4		
2)	Causer	1					Peu de temps de jeu (1 ou 2 fois)	6				
	Papoter	1										
	Raconter	1	Demande de conseils/astuces/infos	15								
							Tapis d'éveil/parc	5				
							Je joue	1				
							*La réponse ne permet pas de savoir savoir si c'est du jeu tous ensemble ou puéricultrice-bébé ou mère-bébé					

Récurrence : 1) nombre de mères ayant abordé au moins une fois le sous-thème dans le discours ; 2) nombre de fois où le terme a été utilisé dans les discours des 61 mères

Tableau 14 : Thématique du contenu des VAD selon la mère

Thématique 2 : le contenu

Comme nous pouvons le constater dans le tableau 14, les 2 sous-thèmes principaux concernent nos 3 temps de la VAD (définis dans le chapitre « Revue de littérature », partie 4.1.3 « Contenu des VAD ») : discussions/échanges (55 mères/61), observation (46 mères/61) et jeux (45/61), évoqués spontanément par les mamans. Nous pouvons donc déjà affirmer que les familles ont bien repéré les 3 temps de la VAD. L'analyse des entretiens a révélé que l'observation permet aux parents de mieux se rendre compte de ce que peut accomplir le bébé. Les VAD permettent au parent de faire une pause dans leur quotidien et remettre l'enfant au centre, le rythme du quotidien étant moins propice au fait de pouvoir constater tous ces micros-changements dans le développement affectif et psychomoteur de l'enfant.

La guidance semble également être au cœur des VAD, à la demande des familles (55/61). D'après les données des entretiens, les mamans s'interrogent quant au développement de leur enfant, de leur manière de faire avec lui, sont en demande de guidance concernant les jeux, certains soins de nursing… Cet aspect a été constaté pour les mères primipares, mais également pour les multipares, même si cela s'avère moins courant. Cela abonde donc dans le sens de la nouvelle direction que nous avons donné au VAD, suite aux nombreux retours des puéricultrices en début de dispositif (CF chapitre « Résultats préliminaires et discussion, partie 2.2.1 « Les questionnements émergents » -La place des conseils et de la guidance- ; et partie 3.2 « Formation des puéricultrices »). Il semble donc que lorsqu'un tel dispositif est mis en place, les familles attendent du professionnel une guidance et des « conseils/infos/astuces ». Il s'agit, néanmoins de veiller à ce que cette guidance ne soit pas à l'initiative du professionnel, mais venant répondre à une demande des familles, comme nous l'avons mis en place dans PERL.

12 mères évoquent également le fait qu'un point, un bilan puisse être fait d'une séance sur l'autre, cela permettant également d'observer le développement de l'enfant et d'être le support à l'échange.

29 mères ont évoqué ce que nous avons catégorisé comme « comportement de l'enfant ». En effet, durant les premières VAD, l'enfant a un rythme de sommeil encore très important. Les VAD peuvent donc se dérouler sans que l'enfant soit réveillé, ce qui laisse peu de place au jeu et beaucoup à l'échange avec les parents.

Thématiques supplémentaires

Enfin, 2 thématiques supplémentaires apparaissent :

1) Les conséquences des VAD sur la relation mère-enfant. Cette catégorie correspondait à la question « qu'est-ce que la présence de la puéricultrice modifie dans la relation entre vous et votre bébé ? ».

Les réponses à cette question sont mitigées : il y a plus de réponses en faveur d'un changement positif de leur relation à leur enfant « Rassurée, sereine, confiante, applique ce que la puéricultrice a fait remarquer *(par exemple* : *« voir tous les progrès du bébé, des choses que je n'aurais peut-être pas vu »)* et qui lui permet d'agir différemment, avoir plus de patience et plus profiter de sons enfant » (43 fois évoqué sur les 61 mères). Cela correspond à une partie de notre objectif clinique : revaloriser les parents et leur donner confiance en leurs compétences parentales, et il semblerait qu'il soit atteint pour certaines mères qui ont pu être en mesure de le verbaliser.

Tableau 15 : conséquences de la visite d'une puéricultrice sur la relation mère-enfant

	Conséquences des VAD sur la relation mère-enfant	
1)	57 Mères/61	
	Je suis plus rassurée/sereine/confiante	24
	Application des conseils/choses apprisent	12
2)	**Agir/procéder différemment**	5
	Profiter plus de son enfant	1
	Plus de patience	1
	Pas de conséquences	16
	Ca ne change pas grand-chose	14

Récurrence : 1) nombre de familles ayant abordé au moins une fois le sous-thème dans le discours ; 2) nombre de fois où le terme a été utilisé dans les discours des 61 familles

Il semblerait que cette question n'ait pas été comprise par les mères. Beaucoup l'ont interprétée en lien avec l'amour qu'elles portaient à leur enfant. Afin de ne pas induire de réponse, la question n'a pas été reformulée. Cela peut expliquer, en partie, pourquoi un certain nombre de

mère évoque le fait que l'accompagnement ne modifie rien ou pas grand-chose dans leur relation à leur enfant (30 fois évoqué sur les 61 mères).
De plus, la question a peut-être également été posée trop précocement au vu du faible nombre de VAD (seulement 4). Les résultats seront à comparer avec ceux des évaluations de 24 mois, où la même question a été posée aux familles.
Enfin, cette question requiert des capacités d'analyse, d'introspection et d'élaboration plus profondes et poussées que les questions précédentes, se centrant sur des éléments plus factuels.

2) Le vécu des parents concernant l'accompagnement par des professionnels de santé extérieurs. Cette thématique a émergée au cours de l'entretien. Souvent les mères ont fait le comparatif d'un suivi avec un professionnel médical autre (pédiatre, médecin généraliste, sage-femme…) avec l'accompagnement réalisé à domicile par la puéricultrice. Les mères expriment le peu de disponibilité de ces autres professionnels et des rendez-vous trop centrés sur le versant purement médical (employant un jargon médical, se référant uniquement à l'aspect somatique), pour 13 mères sur 61.
Nous constatons donc que la puéricultrice PERL s'adapte davantage aux familles et à leurs besoins, d'après ce qui a été perçu et rapporté par les mères.

Comme les résultats l'attestent, le dispositif PERL semble très bien accepté par les mères, leurs ressentis étant majoritairement positifs, que ce soit concernant les critiques positives envers les intervenants ou concernant le déroulement des séances. Nous pouvons donc en conclure que l'accompagnement PERL est réellement apprécié par les familles, que la relation puéricultrice-parent et puéricultrice-enfant est de bonne qualité et que les 3 temps de la VAD sont clairement repérés par les parents. Notre objectif de transmission de la fonction observante et la fonction jeu aux mères a donc été validé.

Les résultats de cette analyse nous semblent pertinents et un article présentant l'étude de cette question et ses résultats va être rédigé conjointement.

2.1.2 D'après les puéricultrices

Au fil des VAD, les puéricultrices ont cliniquement également constaté une modification des postures parentales, comparativement aux parents qu'elles rencontrent habituellement dans le cadre des visites « classiques » de PMI :
- Certains parents sont davantage dans l'observation de l'enfant et de ses progrès,

- Certains jouent plus avec leur enfant et leur offre donc une meilleure stimulation,
- Les parents ont clairement identifié les 3 temps de la VAD. Cela a pu être repéré notamment lors du confinement. Durant cette période, le lien a été maintenu avec les parents (mails, SMS ou appels téléphoniques). Suite à ces échanges, les puéricultrices ont repéré la trame PERL dans le discours des parents, parlant des jeux auxquels ils jouaient avec leurs enfants, des observations concernant l'évolution du développement du bébé et des échanges avec la puéricultrice sur leurs difficultés, leur vécu concernant la situation sanitaire, mais également leurs sentiments positifs (passer plus de temps en famille, garder son enfant plus longtemps avec soi sans qu'il aille à la crèche et donc moins de culpabilité lors d'une reprise du travail consécutive au congé maternité…).

La puéricultrice évoque le fait de pouvoir davantage entrer dans l'intimité des familles, comparativement aux familles suivies habituellement en PMI, notamment suite à la VAD d'évaluation.

Lorsque nous avons fait part aux 11 parents du groupe intervention rencontrés lors de la VAD d'évaluation des 24 mois, de la modification du rythme des VAD entre 24 mois et 4 ans, (CF chapitre « Résultats préliminaires et discussion », partie 3.4 « Les étapes de modification du protocole PERL ») :

- 4 ont clairement verbalisé leur souhait de poursuivre au rythme initial (1 VAD tous les 3 mois), voire plus en fonction des mamans (1 maman était encore à 1 VAD par mois alors que le protocole n'en prévoyait plus qu'une tous les 2 mois après 12 mois),
- 4 disent qu'elles feront probablement plus appel à la puéricultrice entre les VAD pour réenclencher une VAD supplémentaire entre les 6 mois,
- 3 disent que le rythme d'une fois tous les 6 mois leur convient davantage pour leur organisation familiale et professionnelle.

2.1.3 Qu'en est-il pour le groupe témoin ?

Concernant le groupe témoin, il leur a également été demandé comment les mères ont vécu cette VAD d'évaluation. Leur retour concerne principalement le fait de pouvoir observer leur enfant en situation d'interaction avec un étranger, ses comportements et réactions. Il est également relevé par les mères qu'elles peuvent, grâce au test d'évaluation du développement de l'enfant observer ce qu'il sait faire ou non et ce qu'il devrait savoir-faire. D'après ce que les mères rapportent, elles peuvent alors constater les compétences qu'ont déjà leur enfant de 4 mois. Certaines parlent du fait de pouvoir réutiliser ce qui a été réalisé lors de cette VAD : jeu

du coucou, suivi de l'objet, initiation au passage sur le ventre… Cela a pu être relevé lorsque l'évaluation a dû être réalisée en 2 temps (du fait du rythme du bébé), les parents ont alors pu mentionner cet aspect positif lors du 2ème passage au domicile. Un des intérêts de l'utilisation du BLR, est la passation en présence des parents, à des fins préventives, pour leur montrer les capacités interactives et développementales de leur enfant et les amener à les observer et en prendre conscience.
Ces résultats concernant le groupe témoin n'ont pas été soumis à une analyse qualitative du discours. Ils correspondent à ce que nous (PSYCOR) avons relevé lors des VAD d'évaluation.

2.2 Les professionnelles

Nous avons souhaité évoquer ce questionnement pour réfléchir à l'acceptation du dispositif par les professionnelles, toujours en vue d'une possible réimplantation. Nous leur avons proposé de le mettre en place, il est donc fondamental de leur demander la façon dont elles l'abordent.

2.2.1 Les questionnements émergents

Dès le début de la mise en place de la recherche il y a eu émergence de questionnements de la part des puéricultrices. Ces interrogations ont été recueillies au fur et à mesure des rencontres avec les puéricultrices, par des notes que nous (PSYCOR) avons prises, au fil de l'eau.

- La responsabilité des puéricultrices lors des VAD PERL

Pour certaines familles de la cohorte, qu'en est-il des signalements ou IP si des signes étaient repérés ? Qui les rédigeraient ? La puéricultrice PERL ? Devrait-elle faire le lien avec la puéricultrice de secteur (si ce n'est pas elle) ou une autre puéricultrice ? Les signalements ou IP peuvent-ils être faits dans le cadre du dispositif PERL ? Les VAD PERL prendraient-elles fin si le signalement ou l'IP était réalisé(e) par la puéricultrice effectuant l'accompagnement PERL ? Quel serait sa responsabilité s'il arrivait quelque chose à l'enfant ?
Il a donc été décidé lors des COTEC que lorsque la famille se trouvait être en difficulté, un signalement/une IP pouvait être réalisé(e) par la puéricultrice. Nous avons convenu d'étudier chaque situation au « cas par cas » afin de définir qui réaliserait le signalement ou l'IP, en lien avec la cadre de la PMI, les puéricultrices concernées, le médecin de territoire et la PSYCOR. Les puéricultrices du dispositif PERL ayant été assurées que leur responsabilité était couverte par le service de PMI, comme d'ordinaire.

Cette question de la responsabilité reste centrale pour les puéricultrices de PMI, indépendamment de la recherche PERL. En effet, au cours des supervisions nous avons pu de nombreuses fois, aborder cette thématique préoccupante pour certaines, qui peut être mise en lien avec la recrudescence de leur implication dans la protection de l'enfance. La prévention vient servir la protection de l'enfance, domaine où les puéricultrices restent sur le qui-*vive « on peut nous reprocher de ne pas avoir vu telle ou telle fragilité* », *« il faut pouvoir affirmer que l'enfant est en sécurité dans cette famille, qu'aucun risque n'est encouru par l'enfant »*. Mais qui peut donner une telle affirmation après une seule VAD postnatale ?

- La prévention oui, mais auprès de quelles familles ?

Comment définir les critères de vulnérabilité pour qu'une famille bénéficie d'un suivi plus renforcé ? Quand déterminer ces critères ? Ne risque-t-on pas de passer à côté de certains troubles si les familles non étiquetées vulnérables ne sont vues qu'une fois en post-partum ?

Il a finalement été constaté, par la majorité des puéricultrices, que les familles qu'elles disaient « sans difficulté », peuvent éprouver des difficultés dans la relation avec leur enfant, dans leur parentalité, dans la stimulation appropriée de leur enfant, ou dans leur état psychique. Les enfants peuvent également présenter certains retards de développement (par manque de stimulation appropriée ? dû aux symptômes dépressifs de la mère ? en lien avec des difficultés de couple ?).

Actuellement la VAD post-partum proposée par la PMI est davantage sous forme d'une mise à disposition des familles, principalement par manque de temps alloué aux services de PMI pour réaliser de la prévention primaire. Les VAD post-partum peuvent encore être réalisées sur certains territoires, en ciblant davantage les familles : primipares ou connues des services de PMI pour raisons sociales ou autres (et donc étiquetées « vulnérables »).

Les retours des puéricultrices en début de dispositif étaient plus axés sur le fait qu'elles n'auraient probablement pas rencontré ces familles ou auraient effectué, au maximum, 1 VAD postnatale. Or, après plusieurs VAD, il a été constaté, que pour certaines familles, davantage de VAD auraient été nécessaires dans le circuit classique PMI. Cela n'a pu être vérifié qu'après avoir réalisé plusieurs VAD auprès de la famille, après avoir établi un lien suffisamment sécure pour que les familles puissent évoquer leurs difficultés plus librement, et après la VAD d'évaluation des 4 mois. Plusieurs de ces familles seraient donc passées « entre les mailles du filet » si ces VAD préventives cadrées et sous forme de contrat passé avec les familles (nombre de VAD et régularité), n'avaient pas été réalisées.

- Quelles difficultés des familles peuvent être définies comme critères de vulnérabilité ?

Des carences, problématiques ou vulnérabilité ont pu être constatées pour ces familles PERL non étiquetées « vulnérables » :

* Antécédents de DPN, avec recrudescence des symptômes en post-partum et mise en place d'un traitement pendant ou après la grossesse,
* Difficultés conjugales ayant un impact sur la qualité de vie de l'enfant ou la possibilité d'offrir à l'enfant un environnement suffisamment sécure (violences conjugales, séparations conjugales, rupture de lien d'un parent avec son enfant),
* Difficultés avec un enfant plus âgé, ayant un impact sur la relation et les interactions précoces avec le nouveau-né,
* Manque de stimulation approprié, enfants confrontés aux écrans de nombreuses heures journalières,
* Problématiques psychiques de la mère ayant une répercussion sur la relation à son enfant (accouchement traumatique, dépression ou symptomatologie dépressive, angoisse ou anxiété massive, manque de confiance en elle important affectant sa position maternelle et ayant un impact sur son sentiment de compétence et ses compétences parentales…),
* Situation familiale et sociale problématique mais non connue du service départemental,
* Addiction du conjoint (alcool ou stupéfiant) ayant un impact sur la qualité de la relation conjugale (et comme démontré dans la revue de littérature, cela impacte directement la sécurité et donc l'attachement de la mère et de l'enfant), sur la charge mentale de la mère, sur son épuisement et donc sur la qualité de la relation mère-enfant,
* Un conjoint peu présent, peu soutenant et sur lequel la maman ne peut compter,
* Aucune aide, peu de soutien social perçu, un isolement social et familial.

- La demande des familles

Quelle est la demande des familles pour ce type d'intervention ? Les familles ont-elles une demande ? La demande repérée est bien différente des demandes habituelles…

Pour certaines professionnelles, les familles n'ont pas de demandes particulières. Elles ont simplement accepté de faire partie d'un dispositif de recherche pour *« aider la recherche »*. Certaines professionnelles ne parvenaient pas à extraire une demande précise *« elles acceptent juste qu'on vienne au domicile mais n'ont pas forcément d'interrogations ou de demandes »*. Lors de l'entretien (ERP) à 4 mois, les mères ont pu évoquer le fait qu'elles attendaient la visite de la puéricultrice, afin de pouvoir évoquer leurs questionnements ou simplement constater,

avec la professionnelle, l'évolution de leur enfant, se sentir rassurées de voir qu'il évoluait bien, « dans la norme ».

Les demandes des familles PERL pouvaient ne pas correspondre aux demandes des familles suivies classiquement en service de PMI. En effet, elles pouvaient être formulées de manière plus ciblées, plus claires, et de manière plus élaborée. Souvent, les puéricultrices rapportaient le fait que les familles avaient un niveau d'élaboration plus élevé, pouvant parfois les mettre en difficultés *« elles savent déjà plein de choses, on n'a donc rien à leur apporter »*. Il est vrai que certaines familles ont un niveau socio-éducatif plus élevé, elles se documentent davantage et ont une idée claire et précise sur le système éducatif qu'elles souhaitent pour leur enfant. Néanmoins, il a été constaté par les professionnelles, que pour ces familles, il pouvait y avoir davantage d'incertitudes et d'hésitations sur le positionnement parental et d'angoisse des parents. Cela peut être mis en lien avec l'émergence des nouvelles méthodes éducatives (la parentalité positive et bienveillante, Montessori…), mettant les parents en difficultés dans l'instauration d'un cadre et de limites à imposer à l'enfant. Une puéricultrice évoque, très justement *« parfois les parents oublient de se faire confiance, notre travail est donc de les aider à se faire confiance »*. Les nombreuses lectures réalisées par certains parents sont indéniablement un avantage, à condition que cela ne devienne pas une doctrine les privant de discernement, de spontanéité et de confiance en leurs propres compétences parentales. La puéricultrice est alors là pour les accompagner sur le chemin de la parentalité.

« Une familles qui me reçoit le soir à 18h, après avoir récupéré le petit à la crèche et ayant encore tout son quotidien à gérer après ma visite, ne permet pas une visite de qualité, elle le fait plus parce qu'elle s'est engagée dans ce dispositif » : pour cette professionnelle, la famille la recevait de manière contrainte et forcée. Le retour de la famille était tout autre concernant cette VAD *« c'est un moment où je peux me poser avec mon bébé… je l'attends pour pouvoir avoir des réponses à mes questions, même si parfois j'en ai moins que d'autres… je peux être rassurée de voir que mon bébé se développe bien… c'est ma crainte qu'il ne se développe pas aussi bien qu'un enfant qui est tout le temps à la maison avec son parent alors que le mien fait de grosses journées à la crèche »*.

Le fait que la plupart des familles ne fassent pas appel à la puéricultrice en dehors des VAD les a également questionnées. Beaucoup de puéricultrices commencent à mettre en place la contractualisation des VAD auprès de leurs suivis classiques PMI et certains parents rappellent

la puéricultrice entre les *VAD « mais c'est une démarche qui est moins effectuée par les familles PERL »*. L'une des hypothèses pouvant être avancée concerne le sentiment de compétences, un des objectifs de notre recherche, est peut-être atteint ; le but étant de valoriser les parents pour leur permettre d'avoir confiance en leurs compétences parentales. Sachant que la puéricultrice vient au domicile régulièrement et valorise ce que les parents ont mis en place, ces derniers sont peut-être en mesure de différer leurs questionnements en attendant la prochaine VAD. Un papa a pu rapporter à une puéricultrice *« j'ai failli vous appeler et finalement j'ai essayé de mettre en place cette technique et ça a marché »*, l'objectif est atteint pour cette famille : le parent peut se faire confiance, se sentir compétent et expert de son enfant.

Enfin, la demande des familles, en lien avec leur acceptation pour participer à la recherche peut également être un biais aux résultats. En effet, les familles ont plusieurs occasions de refuser avant d'être incluses dans l'étude (après le 1er courrier, après le 2ème courrier, après la VAD de recrutement). Un système de sélection naturelle est donc en place et les familles qui acceptent de participer auront manifesté leur motivation et leur désir de recevoir un soutien préventif de façon régulière. L'implication des familles est probablement l'une des clés du succès des programmes d'intervention (Dumaret, 2003; Olds et al., 2007), cela risque d'influencer positivement les résultats, il faut donc en tenir compte.

- Les normes auxquelles se référer – la légitimité professionnelle

Quelle légitimité du professionnel auprès de ces familles perçues pour certaines comme « non carencées et ayant un bon niveau socio-économique-éducatif » ? Cette question a pu mettre certaines professionnelles en difficulté, comme évoqué plus haut, notamment par rapport à leur légitimité en tant que professionnelle qui est supposé avoir un savoir supérieur sur le développement de l'enfant par rapport à la famille.

« Parfois c'est elles qui nous apprennent des choses » : n'y a-t-il pas plus valorisant pour la mère, que de constater l'importance de l'information qu'elle apporte à la professionnelle ? Cela aura sans conteste un effet sur la valorisation de ses connaissances et compétences parentales. Cela ne concerne pas la majorité des familles suivies, bien entendu, mais a pu mettre en difficulté certaines puéricultrices. Quelle légitimité a-t-on en tant que professionnelle lorsque le parent nous apporte des connaissances que l'on est supposé avoir étant spécialisée en petite enfance ?

Cela pose également la question des normes auxquelles se référer. Nous avons pu aborder la place du transfert, contre-transfert et de nos propres ressentis et éprouvés personnels.

Qu'apportons-nous de nous en VAD ? Face à un enfant qui pleure, aucune professionnelle n'aura la même réaction, peut-être que l'une se placera davantage dans un courant évoquant le fait qu'il ne faille pas laisser un bébé pleurer et une autre sur un versant plus « éducatif » et temporisé, en laissant parfois pleurer le bébé. Il est donc important de questionner les normes auxquelles on se réfère : Nos normes personnelles ? Les normes éducatives définies par les courants éducatifs en vogue ? Les normes définies par l'OMS ou par diverses institutions reconnues ?
Cela a donc amené à nous questionner collectivement sur la place des conseils et de la guidance lors des VAD.

- La place des conseils et de la guidance

Pour cette partie, nous citerons des extraits du rapport rédigé par Decroix et Kivits concernant l'analyse des processus et mécanismes et la recherche PERL (CF annexe 6).

<u>Pourquoi la question se pose-t-elle ?</u>

Au début du déploiement de PERL, des divergences de points de vue ont été constatées quant à la place des conseils dans l'accompagnement proposé. Initialement, lorsque PERL émanait encore pleinement de la recherche INTERREG, il était attendu que les puéricultrices ne donnent aucun conseil aux familles, y compris lorsqu'une demande était formulée. Il leur était demandé de s'appuyer sur la méthode d'observation selon E. Bick, et de leur renvoyer les questions afin de les faire chercher elles-mêmes la réponse à leur propre questionnement. Cette posture, estimée complexe et non adéquate par les puéricultrices et nous-même, a fait l'objet de nombreuses discussions.

« Différents facteurs expliquent la difficulté de ne pas donner l'ensemble des conseils de prévention apportés habituellement par les puéricultrices aux parents lors d'une naissance.
Les échanges avec les puéricultrices mettent en avant la conviction de l'importance de ces conseils et de la responsabilité de les dispenser ou non. D'une part, cette responsabilité renvoie à la conscience professionnelle des puéricultrices concernées et investies dans leur travail. Certaines professionnelles ont évoqué par exemple, l'aspect inacceptable qu'un bébé puisse décéder après s'être endormi avec des peluches autour de la tête alors que la recommandation de prévention de dégager le lit n'a pas été donnée. D'autre part, elle renvoie à la responsabilité juridique avec la crainte de l'existence d'un engagement juridique personnel en cas de survenue

d'un accident suite à une recommandation non donnée à une famille alors qu'elle était suivie en PMI ».

Ensuite, les puéricultrices identifient une attente d'expertise de la part des familles lors des accompagnements, à juste titre, comme évoqué par les familles lors de l'ERP. « Cette attente d'expertise dans la relation accompagnant-accompagné est supposée transversale au système de santé et non spécifique aux prises en charge de PMI. Si certains professionnels tendent déjà à limiter la place des conseils ou réfléchissent à la manière de les aborder autrement, cette position d'attente des familles a été mise en avant dans les échanges avec les puéricultrices. Cette attente est considérée comme freinant l'opérationnalisation du principe de limiter les conseils donnés pour considérer au maximum le parent comme expert de son propre enfant.

Enfin, une forme de culpabilité par rapport au sentiment d'être inutile a pu être exprimée. Si le fait de donner des conseils et d'échanger autour des difficultés rencontrées présente un aspect concret avec des effets perceptibles, les retombées des trois temps de la VAD (notamment l'observation et le jeu) semblent moins facilement observables. Les professionnelles ont besoin d'être convaincues de l'utilité de l'accompagnement, particulièrement dans un contexte dans lequel elles décrivent une importante charge de travail ».

<u>Vers un consensus sur la place des conseils dans l'accompagnement PERL</u>

« Après de nombreux échanges, un consensus semble avoir été trouvé quant à la place des conseils dans les VAD PERL. Y compris lors de VAD postnatales, la dispensation d'une liste de « conseils » systématiques n'est pas préconisée. Lorsqu'une demande de conseil est exprimée par les parents, l'objectif est d'abord d'accompagner le parent pour trouver lui-même la réponse, puis d'ancrer la réponse dans une démarche de recherche conjointe des solutions ». Ainsi, certains conseils peuvent être donnés, en réponse à une demande des parents, ce qui s'inscrit dans le concept de guidance développementale.

- Et quand les familles n'ouvrent pas ou annulent plusieurs rendez-vous ?

Lors de la mise en place du dispositif nous avons beaucoup insisté sur le fait qu'il était nécessaire de rappeler les familles, laisser un courrier ou un mot, si elles se retrouveraient face à une porte close. Comme nous l'avons évoqué dans la revue de littérature, certains parents ont un style d'attachement insécure qui peut les amener à tester la relation avec les autres. Cette démarche nous a semblé particulièrement importante au regard des relations discontinues et peu fiables avec leurs FA que peuvent avoir les parents et qu'ils tendent à reproduire (indépendamment de leur volonté) dans leur relation avec les professionnels (seligman et pawl

1984, cité par (Stoleru & Morales-Huet, 1988). Avant de pouvoir faire confiance au professionnel, ils mettent parfois en place des mécanismes qu'ils connaissent : *je teste la relation pour vérifier ce que je connais et ai déjà expérimenté : on me laisse tomber* ! Nous avons donc demandé aux professionnelles de persister, de ne pas « laisser tomber » la famille, même lorsqu'elles retrouvaient en difficultés ; la supervision étant le moment où elles pouvaient évoquer ces difficultés. Si la famille ne répondait plus ou ne rappelait pas après plusieurs tentatives, il était convenu que nous (PSYCOR) recontactions la famille afin de faire le point sur la situation. Parfois, cela a permis de débloquer des situations. En effet, dans la pratique courante des puéricultrices de PMI, elles n'ont pas pour habitude d'insister pour rencontrer la famille, sauf famille dite vulnérable et dont le suivi s'avère nécessaire pour la sécurité de l'enfant ou l'évaluation de la situation familiale. Certaines se sont donc trouvées trop « insistantes », voire « harcelantes », et cela a pu être repris lors des séances de supervision.
Nous émettons l'hypothèse que, par cette « insistance » à rencontrer ces mères, la relation que la mère aura nouée avec la puéricultrice sera plus fiable et sécurisante que les relations précoces qu'elle a eues avec ses FA et de ce fait, cette mère expérimentera une nouvelle expérience pouvant être correctrice et donner lieu à un changement dans sa relation avec son enfant. Il peut s'agir là d'enactment -qui signifie mettre en acte afin de pouvoir se l'approprier et en faire son propre schème (comme décrit dans la partie revue de littérature)- et de vécu expérientiel -expérimenter en vivant pleinement cette nouvelle expérience-.

- Quelle priorisation de leurs tâches ?

Dès le début de la mise en place de la recherche action sur le terrain, des priorisations ont été réalisées par la médecin territorial de PMI. La charge de travail PERL était en plus de la charge de travail habituelle des puéricultrices de PMI, se faisant à moyens constants. Afin de décharger les professionnelles de certaines tâches pour qu'elles puissent pleinement investir le dispositif PERL, une priorisation a été réalisée. Cette priorisation a dans un premier temps été difficilement acceptable pour ces professionnelles *« on nous enlève certaines démarches de prévention pour en investir d'autres »*. Il a donc été nécessaire de redéfinir les activités prioritaires avec les professionnelles concernées afin de s'adapter au plus près des besoins du terrain.

2.2.2 L'appropriation du cadre, du protocole et de la démarche de recherche

Cette appropriation de la démarche de recherche permet une modification des pratiques institutionnelles. Pour cette partie, nous citerons également sur l'étude menée par le CESP de

Nancy (Decroix et Kivitz, CF annexe 6). Ils ont mis en avant que pour les professionnelles de PMI, l'évolution des pratiques se rapportait à une évolution plus globale, dépassant l'échelle du professionnel. Elle s'inscrit dans un système : cadre des interventions de PMI, formation des professionnels de santé, normes associées à des bonnes pratiques, place de la technique dans le système de santé, posture d'attente de conseils de la part de familles… L'évolution des postures et des pratiques qui en découlerait s'inscrit donc dans une évolution du cadre d'intervention dans un programme structuré.

« Alors que l'impact des programmes structurés de VAD sur la santé de l'enfant a été démontré (Colin, 2019), une étude nationale sur les pratiques des interventions à domicile par les services de PMI a mis en avant que « les visites à domiciles des PMI sont rarement faites dans le cadre d'un programme structuré (nécessitant objectifs énoncés, référentiels, respect du cadre et formations communes, etc.) » (Colin, 2019; Saïas et al., 2018). En convergence avec ce constat, PERL vise à proposer un **accompagnement structuré**, dans un cadre précis, ancrant ainsi ce projet dans une démarche différente de la majorité des accompagnements habituels de PMI (Buchheit et al., 2021).

En France, malgré une volonté gouvernementale affichée d'investir dans la prévention, de récents rapports montrent un contexte d'intervention complexe avec des moyens limités et inégaux pour les services de PMI (Ministère des solidarités et de la santé, 2020; Peyron, 2019) ».

Face à ce constat, les investigations menées par le CESP de Nancy (Decroix-Kivits) ont mis en avant que l'évolution des pratiques se rapportait également à une évolution du cadre d'intervention.

1) Le cadre de l'accompagnement : Etablir un contrat, en amont de l'intervention, avec les familles semble avoir un impact positif sur le dit accompagnement et constitue une modification des pratiques habituelles. Généralement, aucune fréquence de VAD n'est établie en amont, d'un commun accord puéricultrice-famille, les objectifs ne sont pas clairement définis et la durée d'intervention n'est pas déterminée. « Le cadre permet d'inscrire l'accompagnement dans la durée, d'en permettre une continuité marquée par l'engagement du professionnel à venir régulièrement. Le fait de prendre le temps (venue sur 4 ans, durée de chaque VAD), n'est pas toujours possible dans les pratiques habituelles de PMI mais semble indispensable pour travailler sur les problématiques de l'attachement ».

2) Les supervisions – analyses des pratiques : « Bien ancrées dans les pratiques de psychiatrie, les supervisions ne sont pas encore généralisées en PMI ». La mise en place de supervisions et

d'analyses des pratiques en équipe, permettent un temps d'échanges, institutionnellement instauré, pour que les professionnelles puissent se retrouver, échanger sur leurs pratiques, leur vécus et ressentis face aux situations rencontrées. Habituellement, ces temps d'échanges sont rares et ne peuvent se faire qu'au travers de situations inextricables qui se doivent d'être discutées, généralement uniquement avec le médecin de PMI.
3) La formation : initiale ou continue est commune aux puéricultrices. D'ordinaire, obtenir une formation n'est pas aisé. Cela constitue donc une modification du cadre, en permettant aux puéricultrices de disposer d'une formation en fonction de leurs besoins évoqués.

Il a été rapporté par plusieurs puéricultrices, qu'elles utilisaient désormais, parfois, un contrat et une fréquence clairement définis en amont avec les familles suivies classiquement en PMI (hors PERL), tels qu'utilisés dans le dispositif PERL. D'après leur constat cela permettrait aux familles de s'engager davantage dans une démarche participative d'accompagnement, une meilleure relation de confiance qui se tisse avec les familles, « parce qu'elle est établie en amont du suivi ». Cela permet également aux familles de pouvoir anticiper leurs demandes. La prévisibilité a donc un impact important (cela renvoie également à la théorie de l'attachement) *« les familles attendent notre passage, nous disent que ça leur apporte énormément, élaborent encore plus loin grâce au fait qu'elles savent qu'on viendra chez elles quoi qu'il arrive… une famille m'a remerciée et m'a dit « heureusement que vous étiez là parce qu'à certains moments je n'allais vraiment pas bien »… »*. Comme décrit dans la revue de littérature, même si les familles testent le lien, la puéricultrice reste le socle de base de sécurité et poursuit l'accompagnement de la famille.

La modification des pratiques individuelles se fait de manière plus ou moins consciente en fonction des professionnelles. Certaines ont rapporté prendre davantage de temps pour l'un ou l'autre des aspects au cours de la VAD, comparativement à une VAD classique, pour le jeu ou l'observation principalement. Le temps d'échange avec les parents est souvent ce qui domine lors de la consultation PMI ou des VAD PMI. D'autres se perçoivent comme moins directives lors de l'échange avec les parents, en mettant plus l'accent sur la valorisation des compétences parentales : valoriser ce que le parent a pu mettre en place pour son enfant, sur sa manière de se positionner dans la relation à son enfant… *« Les conseils ne sont pas donnés de la même manière »*. Prendre le temps de pouvoir observer l'enfant et en discuter avec la mère constitue une modification individuelle et institutionnelle : faire des retours à la mère sur la manière dont son enfant la regarde, dont il s'apaise dans ses bras, les sourires qu'il lui destine… Il ne s'agit

pas uniquement de l'observation du développement de l'enfant, mais d'une observation sur un versant « affectif » de manière à valoriser la mère dans sa position maternelle et maternante.

Le changement de paradigme se fait différemment en fonction des professionnelles et de leurs :

- Expériences professionnelles (PMI, crèche, hôpital d'enfant…),
- Sensibilité personnelle,
- Formation initiale et formations complémentaires demandées pour enrichir leur pratique professionnelle,
- Représentation du métier de puéricultrice de PMI. Certaines ont eu plus de difficultés à pouvoir s'impliquer dans le dispositif, principalement par rapport au cadre (supervision, difficulté à percevoir les bénéfices pour leur pratique de ce type d'intervention). Il s'avère que cette appropriation s'est faite de manière plus ou moins relative du fait de l'aspiration professionnelle davantage axée sur le versant protection de l'enfant pour cette puéricultrice. Peut-être un sentiment d'efficacité plus important dans ce domaine ? Néanmoins, le contenu des VAD et rythme prédéfinis avec les familles avaient fait sens pour cette professionnelle, qui a pu en réutiliser les modalités dans le suivi habituel de certaines familles hors PERL,
- Du contexte territorial,
- De la dynamique d'équipe.

Concernant ces deux derniers points, nous avons pu constater leur importance dans le cadre de cette recherche. Pour PERL, nous avons travaillé avec 2 équipes de puéricultrices de PMI, sur 2 territoires différents. Nous avons constaté des divergences, notamment dans l'appropriation du dispositif au sein des 2 équipes (dont le contexte territorial et la dynamique d'équipe sont différents), la motivation à mettre en place le protocole et l'enthousiasme à prendre part à cette recherche. La première équipe a dû « essuyer les plâtres », faire remonter ses questionnements, ses difficultés, a bénéficié de la première formation ne correspondant pas à leurs attentes, avec un protocole qui se modifiait au fur et à mesure de ses remontées, mais qui restait incertain jusqu'à obtention des accords du CPP… Lorsque nous avons présenté la recherche et dispensé la nouvelle formation à la 2ème équipe de puéricultrices, soit plus d'un an après, nous avons constaté une nette différence et une dynamique toute autre : les nouvelles puéricultrices ont d'emblée perçu la plus-value de ce projet pour leur pratique quotidienne ; leurs demandes et souhaits de formations ont permis à leurs collègues de faire émerger également des souhaits de formations dans le cadre de PERL. Leur retour concernant PERL était réellement positif et elles semblaient toutes satisfaites de leur participation à ce projet !

La recherche a également été imposée aux puéricultrices de ce nouveau territoire, il ne s'agit donc pas de la notion de « contraintes ». Il nous semble que cette différence d'appropriation

peut être imputée au fait que le dispositif présenté ait déjà été modifié en fonction du terrain des puéricultrices et de leurs champs de compétences en tant que puéricultrices de PMI (nombre de familles suivies, nombre de puéricultrices nécessaires, détermination du territoire pour le suivi des familles par les puéricultrices, modification du contenu des VAD davantage en adéquation avec leurs pratiques existantes et la spécificité de leur métier, modification des apports théoriques,…). Cela abonde donc dans le sens de la nécessité de mettre en place une étude pilote, même si l'implantation peut différer d'un secteur à l'autre.

Pour certaines, ces nouvelles modalités d'intervention peuvent constituer un réel changement de paradigme effectif, alors que pour d'autres elles constituent davantage une continuité dans leur pratique, un complément, une remise à niveau pour se recentrer sur les principes de base de leur métier de soignant. Pour certaines, ces principes ont de suite pu être inclus dans leur pratique quotidienne, au-delà du dispositif PERL ; pour d'autres, il est plus fastidieux de repérer les réelles modifications de pratiques et donc de les inclure dans leur fonctionnement professionnel.
C'est également pour cela que, réaliser un plan de formation s'avère être une étape fastidieuse mais qui a toute son importance lorsqu'un projet tel que PERL voit le jour. Comment réaliser une formation de qualité, qui puisse être bénéfique aux professionnelles ? Qui puisse leur apporter des connaissances supplémentaires, sans remettre en cause leur identité professionnelle, ou les dévaloriser ? La piste d'une généralisation d'un tel dispositif sur le territoire devrait passer par une étape préalable telle qu'un « audit » des équipes. Le programme Petit Pas Grand Pas pourrait en être une première étape (développé davantage dans ce chapitre partie 2.4 « La question d'un référentiel précis et détaillé pour les professionnelles de PMI »).
Ce questionnement constituera d'ailleurs un second volet « approfondissement » réalisé par le CESP afin d'interroger l'appropriation du dispositif par les équipes de PMI et son impact sur leur pratique professionnelle.

2.2.3 Apports et limites du dispositif PERL : point de vue des puéricultrices

Nous avons demandé aux puéricultrices (en mai 2021, soit entre 17 et 32 mois de participation effective au dispositif) de nous faire un retour explicite sur les apports et limites de ce dispositif (Buchheit et al., 2020). La question était ouverte et nous exposerons ici leurs commentaires.

Aspects positifs

- Contractualisation des VAD : *« les visites sont attendues et anticipées par la famille → la contractualisation est un point central du dispositif ». « Cela permet de ne pas se poser de question »* (la venue de la puéricultrice est inconditionnelle).

* *« Pour les familles PERL, le contrat a permis, majoritairement, un respect des rendez-vous de la part des parents. Lorsqu'un changement était demandé par la famille, c'était dans un laps de temps suffisant pour se réorganiser. Lorsqu'une famille oubliait les rendez-vous (peu de familles), c'était principalement en lien avec des préoccupations : professionnelles, familiales… qui ont pu être abordées avec la puéricultrice ».*

* *« La contractualisation des VAD se fait désormais plus couramment avec les familles hors PERL ».*

* *« Ce dispositif permet un travail avec des parents qui sont réellement acteurs ».*

- Le cadre des VAD :

Les trois 3 temps permettent de :

* *« Remettre l'enfant au centre de la VAD »,*

* *« Valoriser les parents qui pointent les besoins et ont des réponses adaptées, ce qui permet aux parents d'être fiers d'eux-mêmes »,*

* *« Prendre du temps différemment pour la VAD »* : temps légitime et surtout reconnu par l'institution et la hiérarchie,

* *« L'observation conjointe permet au parent de prendre conscience de ses besoins et ses compétences », « La famille est réellement sur un pied d'égalité avec le professionnel ».*

- Durée de l'étude, sur 4 ans :

* Le travail sur une longue durée permet d'accroitre *« la confiance mutuelle puéricultrice/famille »,*

* Au départ *« l'attention est focalisée sur l'enfant et au fur et à mesure on tend vers la prise en charge globale de la famille, en ayant la possibilité de plus rentrer dans l'intimité et aborder des sujets qu'on n'aurait pas abordés dans le cadre de nos missions PMI ».*

En effet, nous constatons que certaines thématiques sont abordées alors qu'elles ne le seraient pas dans le cadre d'un suivi classique PMI, et qu'à l'inverse, certains thèmes évoqués lors des VAD PMI habituelles ne le sont pas lors des VAD PERL. *Par exemple, la puéricultrice ne demande pas à aller voir la chambre de l'enfant tant que le parent ne l'y a pas invitée, elles ne s'autorisent pas autant d'insistance pour vérifier la véracité d'un fait (exemple : consommation*

de produits stupéfiants…). Lorsqu'une situation familiale a dévié, nous avons pu à plusieurs reprises entendre *« je me questionne sur le fait de savoir si je n'avais pas fait partie de PERL, est-ce que ça aurait changé quelque chose ? J'aurais sans doute insisté plus sur cet aspect de protection de l'enfance, je ne me serais pas contentée d'une simple réponse, j'aurais davantage creusé… »* et ces questionnements ont pu être abordés lors des supervisions,
* Ce travail durant 4 ans permet une *« meilleure connaissance de l'enfant et de la famille […] une confiance mutuelle puéricultrice/famille plus importante et donc une réflexion et guidance plus individualisée »*.

- Vécu des VAD
* *« Etre attendue »,*
* *« Visites faites avec plaisir »,*
* *« Bouffée d'oxygène par des VAD de prévention, cœur de notre métier de puéricultrice ».*

- Travail en partenariat
* Les formations / supervisions permettent d'avoir *« beaucoup d'apports d'informations et de formations pour nous aider dans la pratique quotidienne », « un échange en groupe »,*
* *« Construction d'un projet mutualisé entre le CPN et la PMI »* et *« fierté de travailler sur une recherche novatrice »,*
* *« Faire la supervision avec la PSYCOR avec qui on a pu créer une relation de confiance »,*
* *L'accompagnement par une psychologue.*

Leur conclusion : *« le soutien à la parentalité est essentiel dans les premiers mois (8-9 mois) ».*

Ce qu'elles ont observé des parents :
- *« Fierté des parents de pouvoir échanger sur l'évolution de leur enfant entre les visites »,*
- *« Les préoccupations parfois abordées ne concernent pas uniquement les enfants mais la place des parents, des aînés, la vie professionnelle de la maman, le contexte sanitaire »,*
- *« Les échanges peuvent aussi être axés autour des étapes du développement, des rythmes de l'enfant, de l'alimentation, de la place des enfants dans la fratrie »,*
- *« Présence des pères : davantage de pères rencontrés que d'ordinaire ».*

Points négatifs

- *« PERL prend plus de temps que le suivi classique PMI »* : le nombre de visites et le temps de visite sont plus importants, notamment la 1ère année. *« Les VAD sont plus longues »* : entre 1h et 1h30 (voire jusqu'à 3h pour certaines)[1] et parfois plus tardives, après 18h (lorsque la mère a repris son activité professionnelle). Lorsque la PMI intervient en suivi classique, la famille s'adapte aux horaires des puéricultrices et si la famille ne présente pas de difficulté particulière le suivi peut s'arrêter. En contexte de recherche, les puéricultrices ont nécessairement dû s'adapter aux horaires de travail des familles : nous avions besoin des familles autant qu'elles avaient besoin de nous.
- *« La reprise des familles par une collègue en cas d'absence longue* (plus de 6 mois) *est compliquée à mettre en place »* (développé dans ce chapitre, partie 3.4 « Les étapes de modification du protocole PERL »).

Limites

- *« Le public PERL n'est pas totalement représentatif des familles suivies en PMI »*, public suivi habituellement qui présenterait davantage de problématiques ou de critères de vulnérabilité ou de dispositifs ASE ; la PMI ayant désormais perdu cette fonction d'institution universelle. Par manque de moyen, la PMI doit effectuer un premier tri et axer davantage ses accompagnements auprès des familles les plus à risque,
- *« La durée du projet qui implique nécessairement des sorties (déménagements, séparation…) »*,
- *« Les sorties de familles/abandons avant la fin du dispositif et parfois celles où la poursuite aurait été bénéfique »*, a pu être frustrant pour certaines professionnelles qui jugeaient que le suivi se serait avéré utile à poursuivre. La durée de l'étude peut donc avoir ses limites. Néanmoins, nous pouvons espérer qu'un premier lien étant établi entre la famille et la PMI, la famille pourra re-solliciter le service en cas de besoin,
- *« Le temps demandé par la régularité des VAD »* : la planification des VAD afin de maintenir le rythme escompté dans la recherche a demandé davantage d'organisation aux professionnelles,
- Au-delà des 1 ans de l'enfant, certaines professionnelles notent un appauvrissement du contenu des VAD : *« moins d'informations à échanger »*. Peut-être également moins de

[1] A noter, aucune limite ou contrainte temporelle concernant les VAD n'a été imposée aux puéricultrices.

questions des parents et de conseils à dispenser du fait du développement de l'enfant qui ne se fait plus au même rythme que bébé. Cela peut renvoyer également à la question abordée précédemment d'une forme de culpabilité d'être « inutile »,
- Le contexte sanitaire : afin de maintenir le lien, des appels téléphoniques ont été programmés, jugés « moins riches » que les VAD par les puéricultrices (développé dans ce chapitre, partie 3.6.1 « COVID-19 et dispositif PERL »).

2.3 Le partenariat institutionnel

Mettre au point un tel dispositif de recherche action, mené par une institution et mis en place par une autre peut s'avérer être périlleux mais extrêmement riche.

2.3.1 D'une grande richesse…

Le travail pluriprofessionnel est d'une grande richesse à bien des égards.
Il s'avère être important dans un premier temps de pouvoir faire émerger les ressources des professionnelles de terrain, afin de les potentialiser. Mais il est également important de relever les besoins et demandes de ces professionnelles afin de pouvoir y répondre de la manière la plus adaptée qu'il soit. Cela a pu se faire dans le cadre de PERL, au fur et à mesure, après avoir tissé un lien de confiance avec les puéricultrices, afin qu'elles ne se sentent pas mises en danger, pas menacées dans leur identité professionnelle, et possible après qu'elles se soient senties écoutées (notamment sur les difficultés soulevées en début de recherche).

Ce travail de partenariat permet également un transfert de connaissances :
- Transférabilité des outils
L'un des bénéfices secondaires de la recherche était de pouvoir transférer les outils utilisés dans le cadre de l'évaluation PERL, aux pratiques des puéricultrices afin qu'elles puissent également bénéficier d'une plus-value objective et objectivable. Les échelles utilisées ont donc également été choisies avec cet objectif. Nous avons pu travailler ensemble, grâce au support vidéo notamment (vidéos réalisées lors des VAD d'évaluations), sur la présentation et la cotation de certaines échelles : ADBB, PIM13. Nous avons présenté les échelles EPDS et BLR et évoqué la manière de les proposer aux parents, de les amener en consultation, ou simplement d'avoir connaissance des items afin de les intégrer dans l'échange, l'observation ou la consultation. Nous avons d'ailleurs pu constater que certaines de ces professionnelles ont utilisé, suite à la

présentation, certaines de ces échelles dans leur pratique PMI classique, notamment lors de l'orientation de certaines mamans/familles vers des services spécialisés (Unité d'Hospitalisation de Jour Parents-Bébés de Nancy, CMP).

Nous avons choisi spécifiquement l'échelle GED dans le cadre de cette transférabilité. En effet, la GED a comme avantage de pouvoir être passée par un professionnel non psychologue ou psychomotricien (habituellement seuls autorisés à réaliser une évaluation du développement de l'enfant). Cet outil constitue un réel avantage pour les professionnelles. Elles décrivent cette possibilité comme une « montée en compétence », un atout lors de la rédaction de rapports d'IP ou de signalements, permettant de pouvoir s'appuyer sur des éléments concrets d'observation et des données chiffrées (encore indispensables lors de la rédaction de certains rapports qui ne donnent que peu de place aux arguments d'observation purement clinique).

Cela a pu également être une crainte pour certaines professionnelles : *Ne va-t-on pas nous demander d'utiliser les outils de manière systématique pour classifier ou catégoriser l'enfant ? Les médecins utilisent davantage ce type d'outil, est-ce une dérive de PERL ?* Cela a pu être discuté avec les professionnelles : pourquoi les outils ? Quand les utiliser ? Quelle finalité ? Quel but ?

- <u>Partage de connaissances</u>

Il a pu émerger des questionnements, des demandes de formations complémentaires concernant certains domaines : TDAH, troubles de l'oralité, DPN, attachement et autorité, séparation et garde alternée, syndrome de stress post-traumatique de la mère et répercussion sur la relation mère-enfant… Le fait de pouvoir travailler en pluri-partenariat permet de faire appel aux ressources internes au CPN afin de réaliser de courtes formations sur les thèmes demandés par les puéricultrices.

Ce partage de connaissances peut également se faire entre professionnelles de PMI. Certaines ont eu des formations spécifiques, qu'elles peuvent alors partager avec leurs collègues, ce qui permet de mettre en lien avec la pratique de ces techniques lors des « VAD PERL » : Loczy, les pleurs du bébé, attachement,… Ou simplement pouvoir échanger sur des articles ou livres lus. Plusieurs d'entre elles ont pu nous interpeller sur des sujets spécifiques afin que nous puissions les aborder lors de la formation continue ou simplement pour leur formation personnelle.

- <u>Modification de la dynamique relationnelle puéricultrice/parent</u>

Il a pu être noté par la majorité des puéricultrices, une modification de la relation et de la

dynamique relationnelle puéricultrice/maman après la VAD d'évaluation des 4 mois. Lors de cette VAD, des thématiques personnelles sont abordées en présence de la puéricultrice (dépression, traumatismes, addictions, conjugalité, enfance des parents…). Les puéricultrices ne s'autorisent pas à questionner ces champs si le parent ne le fait pas spontanément et n'ont donc pas accès à ces informations (du moins pas de suite). D'après Saïas (Saïas et al., 2019), les thématiques « cœur de métier » seraient simples à aborder pour les puéricultrices de PMI lors de la VAD (habitudes de vie, compétences parentales, relations d'attachement, information sur les besoins du nourrisson, développement et troubles du développement, suivi médical, évaluation de la sécurité de l'environnement et information sur les ressources à disposition des parents). Les thématiques dites « périphériques » (préparation à l'arrivée du bébé, l'accouchement, l'allaitement) sont moins fréquemment évoquées par les puéricultrices tout en restant dans un registre qualifié « d'intervention aisée ». Les thématiques « familles » sont largement moins soulevées par les puéricultrices qui semblent moins à l'aise pour les aborder avec les parents : projet de vie des parents et leur scolarité, relation de couple, sexualité et contraception. Enfin, les thématiques « facteurs de risque » figurent parmi les thématiques les plus difficiles à aborder : thématiques relevant du spectre de la psychopathologie ou de la prévention de la maltraitance (DPN, problématique de santé mentale, consommation de substances, conflits dans le couple et prévention de la maltraitance ou violence chez les enfants). Lors de l'évaluation PERL, ces thématiques « périphériques, familles et facteurs de risque » sont évoquées dans les cadre de l'ERP. Le fait que les parents puissent en parler après 4 VAD (de la puéricultrice), avec la psychologue, permet aux puéricultrices d'entrer davantage dans l'intimité des parents, ce qui modifie par la suite, leur relation. D'après les retours des puéricultrices, suite à cette VAD, les parents s'autorisent plus spontanément à discuter des sujets plus personnels. L'évolution de la relation puéricultrice-parent notée à travers le contenu des échanges est alors notable, et peut être mis en lien avec :

- Une libération de la parole (de la mère ou de la puéricultrice). Les puéricultrices s'autorisent peut-être à explorer des aspects plus intimes avec les parents suite à cette visite,
- Un renforcement du lien de confiance entre la puéricultrice et le parent, qui a pu s'autoriser à exprimer des affects lors de cette rencontre et entrer davantage dans des sujets « personnels et intimes » que les puéricultrices ne s'étaient pas autorisées à aborder spontanément,
- Une alliance thérapeutique effective et renforcée après la 3ème VAD de la puéricultrice (d'après la littérature, comme mentionnée dans la « revue de la littérature » de cette thèse),

Autant d'éléments potentiellement intriqués.

Cela reste des hypothèses à explorer ; néanmoins, c'est le constat qui a pu être fait par les puéricultrices : elles ont eu accès à des éléments plus personnels des familles suite à la VAD conjointe.

Dans les conclusions de l'article de Saïas, il est fait état d'une augmentation de l'aisance à aborder ces thématiques chez les professionnels ayant davantage d'expériences. Le renforcement de la formation professionnelle serait donc un levier potentiel.

2.3.2 … et d'une complexité indéniable

Si ce travail en partenariat peut s'avérer être d'une grande richesse, il s'avère également être fastidieux à mettre en place.

Nous avons rencontré quelques difficultés lors de la mise en place de la recherche effective sur le terrain, notamment du fait de la rencontre de 2 institutions : l'une qui portait le projet et l'autre qui l'appliquait. Des différences retrouvées également au niveau des objectifs attendus par chacun. Un travail de recherche nécessite des objectifs différents d'un travail clinique : concernant l'aspect scientifique, la sélection de la population de recherche (nombre de participants, caractéristiques des participants…), la représentativité statistique, le choix des tests permettant une interprétation suffisamment objective et comparable… Certains aspects de terrains échappent à la dimension recherche : la question de la responsabilité précédemment évoquée, la faisabilité du dispositif (nombre de familles par puéricultrices), la possibilité des formations nécessaires (GED), les arrêts maladie de puéricultrices… Il s'avère donc parfois fastidieux de faire en sorte de pouvoir réunir les objectifs de chacun et de mettre en adéquation la réalité scientifique avec la réalité de terrain. Cette réunion a été possible, de manière très progressive, principalement du fait de la relation de confiance qui s'est construite entre nous et les puéricultrices. En se sentant écoutées, entendues, comprises et légitimes dans leurs demandes, les puéricultrices se sont montrées moins défensives et ont accepté certains aspects inhérents à la recherche.

L'organisation hiérarchique des institutions étant différente, nous avons été confrontés à certaines problématiques lors des prises de décisions : choix du test d'évaluation du développement réalisé par les puéricultrices à 4 ans (GED souhaité par l'équipe de recherche, et ASQ souhaité préférentiellement par certains professionnels du CD), nombre de sujets nécessaires pour la constitution de l'échantillon et nombre de suivi maximum acceptable par puéricultrice, nécessité d'associer un nouveau territoire et de nouvelles puéricultrices à la recherche afin d'obtenir le nombre de sujets nécessaires (condition sine qua non pour que le

dispositif puisse fonctionner avec un nombre de sujets nécessaires permettant une représentativité scientifique et statistique, mais longue à mettre en place et à acter la décision)…

Il s'avère donc essentiel de pouvoir mettre en place une phase pilote avant la mise en place effective d'une telle recherche, comme cela avait été réalisé dans l'étude PANJO et comme le conclut le rapport de l'analyse des processus et mécanismes (Decroix, kivits, CF annexe 6).
Cependant, cela ne s'avère pas toujours suffisant. Lorsque le dispositif semble être suffisamment accepté par l'équipe « test », il n'est pas prouvé que l'équipe suivante l'accepte aussi aisément. La réimplantation sur un autre territoire peut donc s'avérer compliquée, malgré le fait que la phase pilote se soit bien passée sur un territoire donné.
Il est donc important, en amont de la mise en place d'un dispositif, d'associer tous les partenaires, de demander un feed-back régulier des professionnels de terrain, de les associer à toutes les décisions prises, et ce dès la mise en place de la réflexion. Cela permet de réadapter le protocole et le dispositif au fur et à mesure, avant son implantation auprès de la population.
Lors de la réflexion concernant l'élaboration du dispositif PERL, tous les acteurs de terrains n'ont pas été associés à la démarche. Etaient présents uniquement les financeurs, les personnes ayant participé au déploiement de la recherche INTERREG, des scientifiques, et des médecins du CD. Le dispositif a donc été pensé en dehors de la présence des professionnelles qui allaient le mettre en place sur le terrain, auprès de la population, avec des contraintes et une charge de travail qui a été sous-estimée. Lorsque le dispositif leur a été présenté, les puéricultrices ont fait part de leurs critiques constructives et de l'impossibilité de le mettre en place « tel quel », ce qui a mené à des modifications successives du protocole (CF chapitre « Résultats préliminaires et discussion », partie 3.4 « Les étapes de modification du protocole PERL »).

2.4 La question d'un référentiel précis et détaillé pour les professionnelles de PMI

Le fait de partir des connaissances et compétences des puéricultrices pour mettre en place un nouveau dispositif semble, comme nous venons de l'expliciter, plus que nécessaire. Pour PERL cette question s'est posée d'emblée. Les médecins de PMI ne souhaitaient pas disposer d'un guide « clé en main/prêt à porter » avec des outils préconisés pour telles ou telles familles, une orientation théorique préciblée fournissant des techniques particulières, et souhaitaient réaliser du « sur mesure ». Leur souhait était de pouvoir partir des connaissances et compétences des

puéricultrices en leur offrant des outils et connaissances supplémentaires, pouvant être utilisés dans n'importe quelles situations, venant étayer leurs compétences acquises, tout en les laissant libres de pouvoir les utiliser en fonction de leur analyse de la situation.

L'absence de référentiel sur lequel s'appuyer pour guider les actions de prévention de la PMI constitue un frein (Dupays et al., 2019). Cependant, la nécessité de construire un référentiel fait débat auprès des professionnelles de PMI, comme nous avons pu le constater pour PERL. Leur donner un référentiel trop précis, les renvoie, pour certaines, à leurs limites professionnelles entraînant une remise en cause de leur identité et de leurs compétences professionnelles. A l'inverse, leur en donner un trop large les a insécurisées *« si on n'a pas de choses précises à mettre en place, alors que va-t-on évaluer ? L'évaluation ne sera pas sur une technique mais sur notre pratique professionnelle au sens large »*. Cela les a conduit à penser qu'elles risqueraient alors d'être jugées sur leur pratique courante et qu'il y aurait risque de suppressions de postes ou de mettre en lumière un éventuel manque de compétences si les résultats comparatifs ne se révélaient pas positifs.

En ce sens, pour PERL, nous avons souhaité leur proposer un modèle éclectique afin que chacune puisse s'y retrouver, prendre les concepts avec lesquels elles avaient plus d'« affinités » et un référentiel comprenant les 3 axes précis (observation, jeu, interaction avec les parents), avec des lignes directrices (partir de la demande des parents, valorisation des compétences parentales, venue inconditionnelle,… tels que cité dans la revue de littérature), étant suffisamment souple et un minimum descriptif.

De ce fait, le dispositif Petit Pas Grand Pas (PPGP) (Laboratoire EPIONE & ANISS, 2017), nous paraît être un dispositif innovant pour réellement répondre aux attentes des professionnelles.

Ce dispositif réunit plusieurs partenaires : PMI, CD, ARS, CAF, CPAM, maternités, sages-femmes libérales. En 2017, les premières formations des professionnels ont débuté.

Le dispositif est centré sur le principe de l'universalisme proportionné. Il vise à améliorer les dispositifs de prévention périnataux via un accompagnement des services proposés par les PMI, durant 1 an. La démarche de ce projet a pour but de mettre en œuvre des outils venant renforcer les actions de prévention et permet d'affiner l'offre de service, de communiquer efficacement et soutenir les professionnels de terrain en renforçant le rôle préventif des propositions de services de PMI en travaillant depuis la structure des services jusqu'à l'action à domicile auprès des familles.

L’objectif principal est d’augmenter la capacité des services publics à lutter contre l’effet délétère des inégalités sociales sur le développement des enfants et la santé des familles. Quatre objectifs intermédiaires :

- Augmenter la qualité des services proposés. Pour ce faire, une enquête auprès des professionnels de terrain et des parents-usagers a été réalisée pour repérer ce qui fonctionne déjà et qu’il ne faut pas supprimer, puis repérer ce qui ne fonctionne pas et qui nécessiterait d’être modifié ou réorienté,
- Augmenter la capacité à contacter toutes les familles (SMS ?),
- Augmenter les capacités d’interventions précoces auprès des familles,
- Assurer la qualité pérenne des services par un processus d’évaluation.

Ce dispositif cherche à garantir la santé des enfants et leur développement, soutenir les parents dans tous les aspects de leur vie, renforcer les services en s’appuyant sur l’existant, lutter contre les inégalités et promouvoir l’équité en santé.

3 DIFFICULTES RENCONTREES ET ADAPTATION NECESSAIRE

3.1 Evolution de la PMI, remaniements et difficultés à la mise en place d'un nouveau projet

Le 1er constat du rapport de Peyron (Peyron, 2019) fait état d'une crise majeure de la PMI en France. Il souligne une baisse de 45% des consultations en PMI de 1995 à 2019, une baisse de 50% de VAD en 25 ans (et 17% entre 2009 et 2015), et le fait que seulement 6% des entretiens prénataux précoces sont couverts par la PMI. Une partie croissante des VAD de la PMI se fait à la demande de l'ASE, dans le cadre d'IP. Ces VAD relevant de l'urgence sociale tendent à se substituer aux VAD de prévention et fragilisent le lien de confiance entre la PMI et les familles. Cela signifie que 30 à 40% des moyens humains en PMI sont « dérivés » du cœur de métier préventif de la PMI, obligeant les équipes à pratiquer un hyper-ciblage sur les publics les plus vulnérables. Par ailleurs, le budget général des PMI accuse une baisse significative sur la période récente (-4% de 2013 à 2017) et le manque de médecins (jusqu'à 50% des postes vacants dans certaines PMI) va s'aggraver puisque 2/3 des médecins de PMI ont atteint l'âge de la retraite en 2020. La demande des familles ne cesse de croître alors que les missions de la PMI se diversifient de plus en plus (prévention, protection de l'enfance, agrément assistantes maternelles, bilans écoles, consultations, animation d'ateliers…). Ces constats sont les mêmes que ceux faits sur le territoire de la recherche et qui peut expliquer, en partie, les difficultés de mise en place de l'action.

De plus, depuis la loi de 2007 réformant la protection de l'enfance, les missions de la PMI ont évolué. Cette loi est axée sur la prévention des risques de mise en danger de la vie de l'enfant. Dans ce cadre, les services de PMI ont dû consacrer une part croissante de leur activité à la prévention de la maltraitance au détriment des actions de santé publique. Ce phénomène est accentué par la faiblesse des moyens dont ils disposent (Amiel, 2017).

Les services de PMI subissent actuellement des remaniements avec un changement de hiérarchie (une puéricultrice cadre devient leur N+1) et le fait d'être désormais rattachés au service enfance, famille et santé publique, avec la crainte des puéricultrices de devoir délaisser encore davantage leurs missions de prévention au profit de la protection de l'enfance. Sur notre département, il y a également eu, comme évènement important pour les puéricultrices, le départ en retraite du médecin départemental, sans remplacement depuis plus d'un an, etle départ du médecin de territoire du Lunévillois, sans remplacement pendant plusieurs mois… Il faut tenir

compte de ces évènements dans la difficulté de mise en place de l'action sur le territoire. La préoccupation des professionnelles était ailleurs !

Il faut également prendre en compte l'augmentation des risques psychosociaux générés par leurs conditions de travail : augmentation de leur charge de travail, suivi de familles avec des problématiques plus lourdes et pour lesquelles les professionnelles ne sont pas nécessairement formées (violences, violences sexuelles, handicap…), urgence de traitement des situations de risque voire de danger avéré, frustration et sentiment d'impuissance car souvent les moyens de mettre en place un accompagnement préventif de qualité ne sont pas mis à disposition, difficulté à prioriser les situations, « crise éthique »… ((Dupays et al., 2019), confirmé par les propos rapportés par les puéricultrices). Autant de constats retrouvés également sur le territoire de la recherche.

PERL : lien avec les leviers et obstacles de la qualité de vie au travail

Nous ferons le lien entre les éléments décrits dans le rapport de recherche de l'ANISS (Eury et al., 2020) et les éléments observés et recueillis dans le cadre du projet PERL. Lors de la mise en place du projet PERL, nous avons instauré des temps d'échanges en équipe, veillé à la qualité des relations et la reconnaissance des compétences et du travail des professionnelles, à l'importance des projets collectifs (dispositif PERL, formation,…), la qualité de la relation avec les usagers, l'importance du temps passé auprès du public (le temps passé en VAD n'est pas restrictif et était décrit par les puéricultrices comme plus long que celui habituellement passé en VAD suivi classique), le partage de valeurs communes au sein de la PMI (prévention des troubles des interactions et des retards de développement, auprès de la population générale…), l'investissement humain (demande de postes supplémentaires pour compenser leur abandon de certaines tâches au profit de PERL…) et l'autonomie des professionnelles. Tous ces aspects évoqués sont ceux cités comme leviers à la qualité de vie au travail des professionnelles de PMI.

A l'inverse ce qui fait obstacle à cette qualité de vie est :

- L'absence d'échanges ou des dynamiques trop descendantes : au début du projet initial, en 2017, le projet PERL a été imposé aux puéricultrices. L'élaboration du projet s'est faite avec les médecins de PMI et non avec les professionnelles de terrain. Certaines ont pu d'ailleurs nous faire part de leur sentiment d'avoir été « utilisées comme des petites mains ».
- Des mauvaises relations entre professionnelles et avec les partenaires institutionnels : le fait de se sentir contraintes de mettre en place un dispositif auquel elles n'avaient pas été associées, par des personnes qui n'avaient pas pris le temps de faire un point sur ce qu'elles avaient déjà

mis en place dans leurs pratiques, a mis en péril le début de l'action. De plus, certaines professionnelles ont pu évoquer *« une fatigue en raison des retours négatifs et répétitifs de collègues, plombants, dès le début du projet* ». La mise en place du dispositif a durant plusieurs semaines eu pour effet de cliver les équipes : celles étant plutôt favorables à la mise en place de ce dispositif et d'autres y étant fermement opposées.

- Une difficulté d'exercice faisant référence à la charge de travail, accentuée par la baisse de moyens et une augmentation des demandes de la hiérarchie. Lors de la mise en place du dispositif, un poste de puéricultrice avait été alloué à la recherche PERL, par le CD, pour venir compenser l'arrêt de certaines activités. Or, la recherche n'ayant pas pu débuter lorsque le financement de ce poste a pu être octroyé, ce poste a été retiré après un an de financement. Cela a été vécu par les puéricultrices comme une injustice (CF ce chapitre, partie 3.4 « Les étapes de modification du protocole PERL »).
- Les missions de protection de l'enfance, qui prennent le pas sur les activités préventives, davantage en phase avec les valeurs des professionnelles et l'idée qu'elles se font de leur métier ; cela a été soulevé par la majorité des puéricultrices.

3.2 Formation des puéricultrices

Six des 16 puéricultrices du projet ont bénéficié d'une formation de 35h en amont de la mise en place du dispositif sur le terrain. Cette formation avait débuté en 2017 et avait été réalisée par la psychologue du dispositif INTERREG. L'équipe des puéricultrices nous a fait part que cette formation (ainsi que les concepts utilisés) ne répondait pas à leurs attentes, s'éloignant des missions de puéricultrices de PMI, étant trop théorique et centrée sur un modèle psychanalytique. L'accent était mis sur l'observation (selon la méthode E. Bick) et l'absence de guidance (de « conseils » à donner aux parents). Les professionnelles se sont senties remises en cause dans leur identité professionnelle, ayant la crainte que leur métier ne glisse vers celui de psychologue ou de « psychothérapeute ». C'est pourquoi nous avons réalisé une évaluation de cette formation initiale, des points forts et points faibles, ainsi que des attentes qu'elles avaient en termes de sujets de formation, de supports et outils de formation, de durée, d'acquisitions souhaitées…

Suite à ce retour, nous avons pensé un nouveau dispositif de formation pour les puéricultrices qui ont rejoint le dispositif PERL sur 2 jours. Le socle de base de cette formation repose sur les concepts décrits dans la revue de littérature de cette thèse. Nous avons pu tester cette modalité qui semble davantage correspondre aux attentes des professionnelles.

Il semblerait que cette première formation ait constitué un premier frein à la mise en place du dispositif, les professionnelles se sentant remises en cause dans leurs compétences professionnelles. De plus, ce qu'elles avaient perçu de la demande de contenu des VAD ne correspondait pas à la représentation de leur pratique de professionnelle de PMI. Le décalage était donc trop important et a suscité un rejet du protocole, n'ayant pas été concertées pour l'élaboration de leurs besoins et attentes de formation.

La formation initiale est complétée au fur et à mesure par la formation continue et pourra, à la fin des 4 années de recherche, permettre de fournir un guide plus complet de la formation nécessaire dans le cadre du dispositif.

D'après Saïas, les formations devraient comporter une dimension d'intervention infirmière (centrée sur la santé et les relations précoces) et une forte dimension d'intervention psychologique, pour permettre aux professionnelles d'augmenter l'aisance à aborder des situations complexes et donc de développer plus aisément une alliance de travail centrée autour de l'accompagnement à la parentalité. « Sans se substituer à des professionnels de santé mentale, les infirmières de PMI doivent être reconnues comme le maillon central du système français de prévention. Il est donc nécessaire de les former et les outiller en conséquence » (Saïas et al., 2019). C'est le choix que nous avons fait pour la formation PERL.

3.3 Supervision

La supervision a été un dispositif également fastidieux à mettre en place. Les premières séances de supervision étaient centrées sur les difficultés organisationnelles, la surcharge de travail, le manque de moyens, le décalage entre le dispositif imaginé et ce qui leur était demandé effectivement… Pour les puéricultrices, ce temps constituait une réunion supplémentaire à insérer dans leur emploi du temps déjà surchargé. Certaines n'en voyaient pas l'intérêt, les familles suivies dans le cadre PERL étant, selon elles, avec des difficultés moins importantes que les familles rencontrées habituellement. Nous avons donc pris le parti d'ouvrir cette supervision à toutes les situations qu'elles rencontrent.

Comme ce que nous avons montré dans le chapitre théorique sur la supervision, la relation entre le superviseur et les professionnelles doit être une relation de confiance, établie sur des bases sécures. C'est ce que nous avons pu constater dans le cadre de PERL. La supervision a été

menée dans un premier temps par une psychologue extérieure au dispositif et à l'institution PMI. La psychologue a réalisé une supervision de qualité, permettant la libre expression de chacune, la circulation de la parole, la verbalisation des affects et ressentis. Toutes les caractéristiques décrites par Welniarz étaient, à notre sens, appliquées (Welniarz et al., 2016). Cependant, les puéricultrices n'ont visiblement pas réussi à s'y retrouver et ont émis le souhait de changer de superviseur. Leur demande a été entendue. Ne disposant pas d'autre superviseur, nous avons pris le relais. Il semblerait que cette situation convienne davantage aux professionnelles et elles souhaitent poursuivre sur cette modalité. Comme décrit dans l'article, une des conditions nécessaires aux bonnes pratiques de supervision concerne la relation superviseur-intervenant, base de sécurité pour l'intervenant. L'autre point essentiel concerne les stratégies d'intervention du superviseur qui assume différents rôles : analyser les pratiques, aider à trouver les ressources pédagogiques, assurer le support émotionnel, fournir un apport théorique, résoudre les conflits dans le cadre du projet et prendre le temps de parler de tout et de rien (comme décrit dans le chapitre « Revue de littérature », partie 3.5 « La supervision et l'attachement », et par (Welniarz et al., 2016)). Nous ne pouvons que confirmer cela ! Les puéricultrices disent se sentir *« davantage en confiance, on te connaît depuis le début du projet…on peut évoquer nos difficultés en lien avec le projet mais aussi l'organisation du service, tu as suivi notre cheminement depuis le début, on peut parler plus librement de tout et de rien, le cadre est moins formel et donc nous permet plus de livrer nos craintes ou nos ressentis négatifs, sans avoir peur du jugement ».* Le fait de pouvoir répondre à leurs attentes en terme d'apport théorique, d'être à leur disposition dans le cadre de supervisions individuelles parfois beaucoup moins formelles, d'avoir pu évoquer ce « tout et rien » et parfois leurs difficultés personnelles, d'avoir écouté, entendu et modifié le dispositif en fonction de leurs remarques, d'avoir réalisé des VAD conjointes et d'être confrontées aux mêmes situations, de mener ensemble une réflexion sur ces situations…, a indéniablement favorisé la création de cette relation de sécurité.

Une réflexion pourrait-être menée sur les retours des puéricultrices concernant la supervision et la formation à posteriori (comment mentionné dans la partie précédente, par le CESP).

3.4 Les étapes de modification du protocole PERL

Le principe même de la recherche action est de pouvoir effectuer la recherche en milieu écologique avec la nécessité de s'adapter aux contraintes du terrain des professionnels engagés

dans l'action, dans le but d'apporter une réponse et un accompagnement qui soit le plus bénéfique possible pour les familles.
Ainsi, dans le cadre de cette recherche, nous avons dû adapter, réadapter et modifier notre protocole à plusieurs reprises.
Ces modifications ont fait suite à la prise en compte des difficultés rapportées par les puéricultrices, des difficultés organisationnelles que rencontrent actuellement les services de PMI, de la disponibilité des tests, mais également des contraintes imposées par certains tests (dont les limites seront exposées dans la partie suivante, 3.5 « Le choix des outils »).

Le socle de base de la recherche PERL était initialement : 1 VAD tous les mois de la naissance au 1 an de l'enfant, puis 1 VAD tous les 2 mois des 1 aux 2 ans de l'enfant, puis 1 **VAD tous les 3 mois des 2 aux 4 ans de l'enfant**.
Lors des COPIL précurseurs à la mise en place de la recherche et à sa présentation aux divers partenaires, la médecin territorial PMI et la médecin départemental de PMI s'étaient positionnées sur le suivi de 8 familles par puéricultrice (au départ, le projet incluait 8 puéricultrices).

L'action aurait dû être mise en place en 2017 mais a pris du retard, principalement du fait de l'instauration de la loi Jardé (novembre 2016) relative aux recherches impliquant la personne humaine. Suite à la parution de cette loi, nous avons dû soumettre notre protocole de recherche à un CPP et à la CNIL, ce qui a retardé la date de mise en place de la recherche.

Durant cette période, un poste de puéricultrice supplémentaire avait été financé par le CD pour pallier à la croissance de la charge de travail des puéricultrices, en lien avec l'implémentation de PERL.
Lorsque tous les accords ont été obtenus (en janvier 2018), le poste supplémentaire de puéricultrice a été supprimé, la recherche n'ayant pas pu être mise en place. Des démarches ont alors été entreprises pour compenser ce temps de puéricultrice non alloué (les professionnelles ne souhaitant pas débuter le dispositif tant que le poste supplémentaire n'ait été accordé).

En septembre 2018, les 6 professionnelles ont eu obligation de débuter l'action, avec une priorisation de leurs tâches ayant été réalisée par les médecins PMI. Cette priorisation venait placer PERL en position prioritaire, ce qui a questionné les puéricultrices, qui voyaient leurs fonctions de protection de l'enfance reléguées au second plan. Ce même mois, un nouveau

territoire a été rattaché au secteur du Lunévillois, incluant 3 nouvelles professionnelles qui n'avaient pas bénéficié de la formation initiale de 35h et 1 nouvelle puéricultrice recrutée sur un poste vacant. Une formation pour ces professionnelles a donc été organisée, modifiant le contenu de la formation initiale. Le recrutement a pu ensuite débuter.

En décembre 2018, les professionnelles rédigent une note d'alerte, examinée en CHSCT, afin de faire part de leur charge de travail croissante, d'après elles inhérente au travail supplémentaire que nécessite PERL.

En janvier 2019, le CHSCT acte une mesure conservatoire de suspension, suspendant toutes les VAD effectuées par les puéricultrices (à l'exception des familles avec lesquelles le suivi avait déjà été initié). Durant 4 mois, le recrutement des familles du groupe intervention a donc été suspendu ; celui du groupe témoin s'est poursuivi.
Suite à ce CHSCT et afin de prendre en compte la demande émanant des professionnelles de terrain, il a été pris la décision de réduire le nombre de familles par puéricultrice à 4 familles (pour 10 puéricultrices).

Il a donc fallu tenter de rattacher un nouveau territoire à l'étude afin de pouvoir avoir un nombre de suivis suffisants. Fort heureusement, le nouveau territoire choisi avait déjà démontré une certaine appétence à l'utilisation de ce dispositif et avait perçu les répercussions positives qu'il pourrait avoir sur le suivi et le bien-être des familles.
Ce rattachement de professionnelles (au nombre de 6) d'un nouveau territoire a été imposé aux puéricultrices et de nouvelles priorisations ont été réalisées.

Ce cheminement est à prendre en compte dans la motivation et l'implication des professionnelles dans le dispositif PERL.

En effet, comment pouvoir s'engager pleinement dans un projet innovant, alors que leurs actions déjà mises en place sur le terrain portaient leurs fruits et se trouvent menacées? Actions qui étaient axées sur la prévention, de leur propre initiative et qui mettaient à profit leurs compétences de puéricultrices.

Par la suite, une professionnelle a dû être arrêtée 12 mois. Cette recherche étant comparable au dispositif « en vie réelle », il a nécessairement fallu s'adapter et faire en fonction de ce qui aurait

pu être fait en PMI. Nous avons donc opté pour un remplacement de la puéricultrice pour les familles suivies. Un deuxième arrêt longue maladie pour une autre puéricultrice est intervenu à partir d'octobre 2020, la même décision a été prise.

Cela pose la question : un professionnel est-il interchangeable ? La qualité du lien établie entre le professionnel et la famille n'a-t-elle aucune incidence sur l'évolution des familles ? N'avons-nous pas démontré dans les précédents paragraphes l'intérêt plus que majeur de l'alliance thérapeutique et de la relation de qualité établie entre le professionnel et l'intervenant dans la réussite de l'action mise en place et l'évolution des familles ?

Dans l'intérêt et le respect des familles, nous avons fait le choix de poursuivre le suivi des familles, même avec un intervenant différent. Cela nous paraissait moins préjudiciable que d'interrompre totalement le suivi.

Pour le 1er arrêt maladie (16 mois), le retour des 2 puéricultrices ayant repris le suivi en cours des 4 familles était mitigé. Elles faisaient, dans les 1ers mois, état d'une alliance plus fragile et d'une difficulté à mettre en place une alliance d'aussi bonne qualité qu'avec les familles qu'elles suivaient déjà. Le suivi était d'une fois tous les mois, les bébés n'ayant pas encore 1 an lors de l'arrêt maladie de la professionnelle. Cependant, l'alliance a fini par se créer, si bien que, lorsque la puéricultrice est revenue de son arrêt maladie, la question s'est posée, tant du côté des familles que des puéricultrices, de reprendre le suivi avec la puéricultrice initiale. Nous avons pris la décision, en accord avec les familles et les puéricultrices concernées, que la puéricultrice initiale puisse reprendre le suivi des familles. Une VAD conjointe avec les 2 puéricultrices a été organisée pour favoriser le relai.

Pour le second arrêt maladie, les enfants étaient déjà âgés de plus d'un an (presque 2 ans). Pour ce relai, les puéricultrices n'ont pas fait part de remarques similaires. L'alliance semblait alors moins compliquée à mettre en place avec les familles. Serait-ce en lien avec le fait que les VAD soient plus espacées (une fois tous les 2 mois, ou 1 fois tous les 6 mois pour 2 enfants) ? Avec le fait que les enfants soient plus âgés et donc moins de questionnements concernant la guidance et le développement de l'enfant ? Moins d'attentes des familles car l'enfant est plus grand ?

En juin 2020, suite aux retours des puéricultrices sur le suivi des familles, sur le contenu des VAD (moins d'éléments à apporter aux familles, moins de questionnements des parents…) et une absence d'évaluation complète du développement de l'enfant à 4 ans, nous avons décidé de modifier le rythme des VAD entre les 2 et 4 ans de l'enfant : au minimum 1 VAD tous les 6

mois, incluant un appel téléphonique tous les 3 mois, avec possibilité de réaliser davantage de VAD à la demande des familles.

En septembre 2020, une nouvelle évolution de protocole avec ajout d'une évaluation du développement de l'enfant a été réalisée. Lors du comité de suivi, le professeur Guedeney nous avait suggéré de réaliser une évaluation aux 24, 36 et 48 mois de l'enfant. Nous avons tenté de mettre en place cette modalité. Ce format n'a pu être envisagé en raison de l'absence de consensus entre équipe de recherche et équipe de terrain sur le choix du test avant les 24 mois des enfants (et donc le retour du CPP autorisant les nouvelles modalités). Il n'a pas été possible de réaliser l'évaluation à 36 mois, par manque de moyens humains. Il a été convenu, en accord avec l'équipe des puéricultrices et de leurs supérieurs hiérarchiques que la GED puisse être passée par les puéricultrices du dispositif PERL, aux 4 ans de l'enfant, dans la population intervention et témoin. Nous ne pouvions décemment pas leur imposer de réaliser 126 évaluations supplémentaires aux 36 mois. Nous avons donc dû renoncer à un apport scientifique en raison des contraintes humaines, financières et de terrain.

Après entretien avec les puéricultrices, il semblerait que le fait d'avoir ajouté la GED dans le protocole leur convienne, cela pour plusieurs raisons : cet outil étant destiné aux professionnels non psychologues et psychomotriciens, il peut être utilisé par les puéricultrices. Cela leur permet de s'approprier davantage le dispositif et de prendre part à l'évaluation ; d'avoir un outil supplémentaire pour s'appuyer sur des données objectives pour évaluer le développement de l'enfant. En effet, les puéricultrices de PMI sont sollicitées tant pour l'aspect prévention que pour l'aspect protection de l'enfance mais manquent d'outils pour évaluer objectivement le développement de l'enfant. Cet outil leur permet donc de disposer des données objectivables, par exemple pour la rédaction d'IP. Il aura également un impact pour les orientations qu'elles réaliseront dans le cadre de la prévention. S'appuyer sur des données objectivables permettra de faire le lien avec les différents partenaires.
L'outil est donc accepté par la totalité des professionnelles. Il correspond à leur demande dans le cadre de la recherche : « la montée en compétences », disposer d'outils supplémentaires et de données objectivables.

3.5 Le choix des outils

Initialement, nous avions opté pour une évaluation spécifique de l'attachement de l'enfant (AQS), de la sensibilité maternelle (MBQS), et des interactions précoces (CARE-INDEX) ou situation étrange. Nous avons dû nous résigner à supprimer ces échelles au profit d'une échelle que nous avons créée. En effet, ces échelles nécessitent des formations longues, sont coûteuses et certaines ne sont pas validées en français. Les échelles d'évaluations des interactions précoces, de l'attachement ou de la sensibilité maternelle sont peu répandues et ne permettent pas d'utiliser la même échelle pour des âges différents (4 et 24 mois). Or, nous souhaitions pouvoir utiliser la même échelle dans le cadre de ce dispositif afin de pouvoir comparer plus fidèlement les scores obtenus aux 4 et 24 mois.

De plus, concernant l'attachement, il nous aurait paru pertinent, au vu de ce que nous avons développé dans la revue de littérature (partie 4.2.4 « Théorie de l'attachement et théorie systémique »), d'évaluer l'attachement de chaque parent et au sein du couple. Comme évoqué dans cette partie, l'attachement de chaque parent au sein du couple influence l'attachement parents-enfant et le mode relationnel des styles de familles. Afin d'établir un lien de cause à effet entre les VAD et la sécurité de l'attachement chez l'enfant, il nous aurait fallu prendre en compte plusieurs facteurs : l'attachement au sein du couple, le style d'attachement des parents et enfin le style d'attachement de l'enfant. Nous n'aurions pas pu conclure à un effet des VAD sur le style d'attachement de l'enfant sans prendre en compte ces éléments, l'environnement l'influençant directement.

3.6 COVID-19

3.6.1 COVID-19 et dispositif PERL

Suite à la pandémie de COVID-19 la France a été confinée du 17 mars au 11 mai 2020. Pendant ce confinement, les VAD ont dû être suspendues. Les VAD des puéricultrices et les VAD d'évaluation ont pu reprendre à partir du 1er juin 2020. Durant le confinement, nous avons demandé aux puéricultrices de garder le lien avec les familles par téléphone, mails ou visio aux dates auxquelles les VAD auraient dû être réalisées.

Les puéricultrices évoquent des appels téléphoniques moins riches que les VAD, plus courts et moins de « conversation » des familles. Cependant, comme mentionné dans la partie 2.1 « Les familles » de ce chapitre, les professionnelles ont également repéré que certaines mères

utilisaient spontanément la trame de la VAD PERL (comprenant les 3 temps). Une étude a établi que les contacts téléphoniques ont un impact sur la dépression dans les 12 semaines post-partum (Dennis et al., 2009) ; Or, 16 des mamans de notre recherche étaient entre le 2ème et le 4ème mois post-partum.

Nous nous attendions à ce qu'il y ait davantage de symptômes dépressifs évoqués par les mères mais le retour des puéricultrices ne le reflète pas. Peut-être est-ce dû à la présence de certains pères au domicile ? Au rythme de vie plus posé, incluant moins de contraintes temporelles ? Au fait de pouvoir davantage profiter de son bébé en ayant la présence aidante du papa ? Et donc un sentiment de culpabilité moins important des mères de reprendre le travail et confier son nouveau-né à une assistante maternelle ou une crèche ? La DPN arrive en général 2-3 mois en post-partum, après une période apparemment idyllique, après le retour du père au travail (après le congé paternité), à distance de la présence des professionnels (PRADO, sage-femme, rééducation du périnée, rendez-vous gynécologique), lorsque les mères ressentent un sentiment de vide et qu'elles n'ont plus d'interlocuteur (Dugravier, 2017).

Dans l'échantillon PERL, lorsque le confinement a été déclaré, 22 mères du groupe intervention avaient un bébé de moins de 5 mois et avaient donc reçu au maximum 5 VAD de la puéricultrice. Sur ces 22 familles, 4 ont souhaité arrêter la recherche. Ces familles avaient bénéficié de :

* Famille 1 : 3 VAD puis déménagement dans le Sud de la France durant le confinement, bébé de moins de 4 mois en début de confinement.

* Famille 2 : 2 VAD avant le confinement et difficultés à remettre des VAD post-confinement, à l'exception de la VAD d'évaluation. Madame se sentait trop fatiguée pour poursuivre le protocole (étant enceinte de son 3ème enfant) et a émis le souhait d'arrêter 3 mois après la fin du confinement. Cette maman présente plusieurs critères de vulnérabilité (3ème grossesse quelques semaines après l'accouchement, mère célibataire, difficultés financières). Cette maman étant par ailleurs suivie à la PMI par la même puéricultrice, un accompagnement pourra se poursuivre.

* Famille 3 : 3 VAD avant le confinement. Madame a émis le souhait d'arrêter 2 mois après la levée du confinement, évoquant une fatigue importante. Il semblerait que cette maman présente une symptomatologie dépressive, nous avons donc évoqué une orientation vers un CMP et sommes restées à disposition.

* Famille 4 : 5 VAD avant le confinement. Madame a souhaité sortir du dispositif 2 mois post-confinement en évoquant une reprise du travail à 50%, une surcharge de travail et une incompatibilité des horaires des VAD avec la crèche. Cette maman résidait seule avec ses 4

enfants en semaine (le papa étant en déplacement). Il a été convenu que la puéricultrice rappelle la maman dans les 3 mois suivants afin de faire le point sur la situation.

Sur 8 familles ayant quitté le dispositif en 23 mois, 4 sont sorties post confinement come décrit ci-dessus. Est-ce le fait du hasard ? Nous pouvons émettre plusieurs hypothèses :

- L'alliance thérapeutique n'a pas pu se construire de façon suffisamment satisfaisante,
- La puéricultrice n'a peut-être pas encore été associée à une base suffisamment sécure et n'est pas encore FA transitoire ou tuteur de résilience,
- Peut-être les parents n'ont-ils pas saisi la plus-value du projet et ses conséquences positives sur la parentalité et le développement de leur enfant du fait du nombre faible de visites de la puéricultrice.

Cela renvoie au phénomène d'attrition : il ne suffit pas de rejoindre les familles, il faut les satisfaire, c'est une réelle collaboration. Ce phénomène serait également sensible au gradient social.

3.6.2 COVID-19 et relations familiales

La crise sanitaire que nous avons traversée vient requestionner nos interactions, avec une augmentation de l'isolement au sein des familles, de l'isolement du monde social, du télétravail ou de la perte d'emploi et cela a forcément eu un impact sur l'organisation des relations intrafamiliales. Il nous faudra donc tenir compte de cette période dans l'analyse des résultats. Le télétravail ou la présence des 2 parents à la maison impacte la dynamique familiale et modifie les relations intrafamiliales (Tarabulsy, 2020). Pour l'enfant, se retrouver au domicile avec les parents qui télétravaillent, induira probablement une augmentation du stress du fait de la disponibilité et la proximité moins importante, voire de l'indisponibilité de sa FA. Du côté des parents, le fait de se retrouver ensemble 24h/24 risque de perturber le fonctionnement familial et donc de venir induire une fragilité dans le système, un stress, venant également activer le système d'attachement au sein des membres de la famille. La charge mentale de la maman, avec un conjoint au foyer mais qui ne vient pas suppléer ou prendre le relai lorsque la maman se sent épuisée, suscite également un stress supplémentaire pour la maman et donc une activation du système d'attachement, ayant un impact sur la qualité des relations entre elle et son enfant.

A l'inverse, pour certaines mamans, le fait de pouvoir disposer de l'aide du papa, peut avoir un impact sur la réduction des symptômes dépressifs pouvant émerger en post-partum, avec pour conséquence une diminution de la charge mentale.

L'impact de cette crise sanitaire sera à prendre en compte sur le long terme, il faudra donc être vigilant lors de l'analyse des résultats du 24ème mois.

Tarabulsy a mené au Québec une étude sur une cohorte d'environ 3000 personnes dont 900 à 1000 parents, débutée en avril 2020, quelques semaines après le 1er confinement afin d'évaluer comment les gens s'ajustent à cette situation exceptionnelle. Les résultats ne sont pas encore publiés mais « il semblerait que les relations de couple soient beaucoup sollicitées » (Tarabulsy, 2020). Et l'on sait combien la relation de couple impacte la sécurité de l'attachement des parents et donc de l'enfant.

Une étude italienne, élaborée peu après le 1er confinement met en valeur le facteur protecteur de l'attachement sécure sur les conséquences individuelles de cette crise sanitaire (cité par (Tereno, 2021)).

La recherche COVID'Famille (Tereno, 2021) (dont les résultats ne sont pas encore publiés) semble montrer que le 1er confinement aurait eu des effets bénéfiques pour les enfants. Les parents étant moins stressés (encore davantage durant le 2ème confinement), cela aurait eu un impact positif sur le développement des enfants : plus d'attention de leur parent, davantage de temps pour que le parent puisse s'occuper de son enfant du fait d'un rythme de vie moins soutenu. Le niveau d'anxiété aurait augmenté en début de confinement, puis les familles se seraient adaptées, entraînant une diminution de l'anxiété au fur et à mesure, avec une légère recrudescence lors du déconfinement (principalement pour les personnes insécures). Tereno précise tout de même que l'étude a été faite en population générale, avec des parents de niveau socio-économique moyen ou haut et donc avec un rythme de vie parisien habituellement soutenu. Il s'agira de déterminer si l'activité télétravail a été prise en compte dans les résultats et si cela a un impact sur le niveau de stress, d'anxiété et donc sur la disponibilité et proximité de la FA de l'enfant (comme suggéré par (Tarabulsy, 2020)) ainsi que la prise en compte de la modalité de garde d'enfant : la mère seule ? Aide active du papa ?

D'après la revue de littérature exposée (CF chapitre « Revue de littérature », partie 4.2.4 « Théorie de l'attachement et théorie systémique»), nous pouvons supposer que la crise sanitaire a pu engendrer pour certaines familles du stress, de l'anxiété et des conflits conjugaux. Les effets de cette crise et ses répercussions sur la famille dépendent, entre autres de :

- La sécurité d'attachement de chacun : les parents aux styles d'attachements insécures ne peuvent trouver suffisamment de sécurité dans leurs liens, cela impacte la sécurité d'attachement de l'enfant (Cowan & Cowan, 2005; Delage, 2015) et donc son développement.

Une maman sécure mais soumise aux contraintes du télétravail en présence des enfants pourra-t-elle être suffisamment sereine afin de sécuriser son conjoint insécure, de manière à ce que la triade puisse conserver une sécurité suffisante ? Si le père est insécure face à cet état sanitaire et qu'il insécurise la maman, l'enfant pourra-t-il maintenir un style d'attachement sécure ? (Hinde et al 85, cité par (Delage, 2015)).

- La possibilité de réorganisation de rythme familial : télétravail, soutien du père…

Car, pour certaines familles, la crise sanitaire a été dévastatrice et pour d'autres une période de répit et de soulagement.

La COVID-19…effet protecteur ou dévastateur pour les familles et la sécurité de leurs liens d'attachement ? Cela restera donc à déterminer lorsque les résultats de ces études seront publiés.

CONCLUSION

Quelles sont les modalités efficientes pour faire prévention ?

Pour répondre à notre question de recherche, nous proposons de déterminer les modalités fondamentales d'un dispositif de prévention primaire en périnatalité, en contexte français : un accompagnement des familles et un accompagnement des professionnels, les deux étant indispensables et indissociables.

1) Accompagner les familles

Que signifie « accompagner les familles » en prévention primaire en périnatalité, par un service de PMI ?

- Aller à la rencontre des familles, à leur domicile, de manière précoce (pré ou post-partum immédiat) et faire en sorte que cet accompagnement soit assuré par un professionnel (puéricultrice-puériculteur) référent de la famille, comme c'est le cas dans les dispositifs CAPEDP (Dugravier, 2014; Tubach et al., 2012), PANJO (Dugravier & Saïas, 2015) et INTERREG (Fidry, 2015; Fidry, Claudon, et al., 2014; Fidry, Sibertin-Blanc, et al., 2014).
- Etablir une relation de qualité et une bonne alliance thérapeutique professionnel-mère et professionnel-bébé.
- Assurer un accompagnement sur une période suffisamment longue pour permettre une première évaluation et un premier dépistage universel (comme cela a déjà été mis en place dans les 3 recherches INTERREG, CAPEDP et PANJO). Un minimum de 6 rencontres puis une adaptation aux besoins des familles rencontrées est souhaitable (comme réalisé dans le modèle PANJO).
- Contractualiser les VAD avec les familles dès le début du suivi (comme cela a pu être réalisé dans les 3 recherches). Cela permet à la famille de savoir à quelle fréquence et à quel moment elles rencontreront le professionnel, de manière à anticiper les rencontres, s'y préparer et pouvoir faire appel au professionnel entre les VAD. La famille est donc assurée de sa venue inconditionnelle.
- Structurer les VAD en 3 temps (comme utilisé dans les 3 recherches) : observation conjointe, échange avec les parents et jeu conjoint. Ces 3 temps sont bien repérés par les parents et leur permet de s'identifier à la fonction observante, d'observer l'impact du jeu et son importance,

de mettre l'accent sur la notion de plaisir dans le jeu avec son enfant, de savoir quelle stimulation proposer et de constater l'importance de s'adresser à son enfant. La guidance semble être ce que les parents attendent des VAD, à la condition qu'elle **réponde à leur demande,** sans anticiper leurs besoins ou les aspects négatifs qui pourraient être relevés.

2) Accompagner les professionnels

Il est indispensable de proposer un accompagnement des professionnels travaillant auprès des familles en :

- Travaillant dès le début l'élaboration et la mise en place du dispositif avec les professionnels de terrain, comme réalisé dans le dispositif PPGP (Laboratoire EPIONE & ANISS, 2017).
- Instaurant une relation de qualité entre les partenaires, notamment entre le superviseur et les professionnels.
- Formant les professionnels (comme réalisé dans les dispositifs CAPEDP (Dugravier, 2014) et PANJO (Dugravier & Saïas, 2015)), en partant de leurs connaissances et compétences pour les renforcer ; il faut veiller à repérer et travailler sur les manques et les besoins recensés (également prôné par l'approche PPGP). La revue de littérature présentée dans cette thèse peut servir de base à la formation des professionnels, elle a d'ailleurs été établie pour leur être transmise. Nous avons extrait des concepts que nous jugeons fondamentaux et qui ont été validés par les professionnels concernés : l'attachement (tout comme CAPEDP et PANJO), des notions de systémie et les fondamentaux de la relation d'aide et de la communication.
- Outillant les professionnels : la formation passe également par le fait de pouvoir transmettre aux professionnels des outils qu'ils pourront s'approprier et utiliser dans leur pratique quotidienne.
- Définissant un cadre conceptuel pour les VAD afin de les structurer à partir des axes fondamentaux : les 3 temps (observation conjointe, jeu commun et échange avec les parents, comme utilisé dans les dispositifs INTERREG, CAPEDP et PANJO), **en veillant à ne pas les protocoliser** !
- Accompagnant les professionnels par des temps de supervision et d'analyse des pratiques à raison d'une fois par mois minimum.

PERSPECTIVES

1 L'EVALUATION QUANTITATIVE DU PROJET PERL

Les données récoltées aux VAD d'évaluations des 4 et 24 mois sont en cours de traitement.
- Les données relatives aux évaluations des 4 mois ont toutes été récoltées, celles des 24 mois seront toutes obtenues en janvier 2022.
- Les données concernant les évaluations des 4 ans réalisées par les puéricultrices seront obtenues courant 2024.
- Les résultats des analyses des évaluations des 24 mois seront disponibles en 2022 et celles des 4 ans en 2024-2025 (en fonction des bilans écoles réalisés par les puéricultrices pour la passation de l'ERTL4).

Nous souhaiterions procéder à une validation de l'échelle que nous avons créée : la PIM-13 et en définir ses qualités métrologiques.

2 UN PARTENARIAT A RENFORCER ET PERENNISER

Fraiberg le souligne : « la méfiance des familles à l'égard des réseaux de soins est à considérer comme une résistance non pas à vaincre mais à traiter » (Fraiberg et al., 1980). Aller à la rencontre des familles permet de reconnaître le fonctionnement défensif et de ne pas menacer de l'effracter en attendant que cette famille se déplace dans les lieux de consultation. « Ce sont ces familles qui sont le plus à risque pour le développement du jeune enfant et qui sont également les plus en difficultés dans leurs capacités à utiliser les réseaux de soins », pour lesquelles il faut aller au-devant de ces demandes, en axant sur la prévention et non uniquement par une seule et unique rencontre (Moralès-Huet, 1996). Comme nous l'avons déjà explicité (dans le chapitre « Résultats préliminaires et discussion », partie 1.6 « Description de l'échantillon PERL », sur les orientations), les orientations n'ayant pu être faites suite à une seule et unique rencontre (pour le groupe témoin), témoignent de la difficulté à pouvoir orienter ces familles vers les réseaux de soins ou d'aides alors qu'aucune alliance n'a été établie. Ce dispositif d'accompagnement sur du long terme, cadré et rythmé, permet aux familles de constater que leurs émotions ont de la valeur pour des tiers. C'est après cette reconnaissance

que la famille peut plus aisément faire le chemin d'aller clarifier, avec un spécialiste, ce qui se révèle : confusion, angoisse, culpabilité majeure, trouble développemental ou retard…, sans se sentir dévalorisée par le recours au spécialiste « psy » (Molénat, 2001).
D'après Slade, il faut jongler entre : l'aide concrète pour certains soins physiques (l'expertise de la puéricultrice étant alors appropriée), la guidance développementale (le travail sur la parentalité et le développement de l'enfant) et/ou simplement un soutien parental. Ce n'est qu'après cela et après avoir établi une réelle relation de confiance que l'orientation vers d'autres partenaires peut se faire, comme le confirme le programme « keeping the baby in mind » (Slade, Sadler, et al., 2005).

Le retour des puéricultrices ayant participé au dispositif PERL est quasi unanime : une modification de la dynamique relationnelle s'est opérée après la VAD commune du 4ème mois et le travail en partenariat avec des acteurs de pédopsychiatrie est réellement profitable. Comme nous en avons émis l'hypothèse plus haut, cela peut-être dû à l'alliance thérapeutique mise en place après la 4ème rencontre, au fait que les puéricultrices aient assisté à la VAD lorsque les éléments plus personnels étaient abordés par les familles, ou peut-être au partenariat, à la pluralité des approches, aux formations complémentaires qui ont permis aux puéricultrices de se sentir plus légitimes à questionner certains aspects plus personnels. Quoi qu'il en soit, un partenariat entre les services de PMI et les acteurs de soins semble être indispensable :
- Pour la PMI, ce partenariat permettrait un gain en termes de « montée en compétences », d'apports théoriques et pratiques, d'élargir le champ d'action et la vision pluridisciplinaire des familles, d'ouvrir à une perception systémique de la dynamique familiale et ses difficultés, mais également pour des orientations plus précoces vers des services parfois saturés.
- Pour la pédopsychiatrie, le partenariat avec la PMI permet de pouvoir intervenir plus précocement dans les familles, avant que les symptômes ne soient trop patents, et donc de faire davantage de prévention primaire, étant également une des missions de la pédopsychiatrie.
Sur le territoire, le partenariat entre les services de pédopsychiatries et de PMI existe déjà de longue date. Nous l'avons pérennisé et renforcé grâce aux actions communes (communications lors des colloques, supervision, travail en équipe lors des VAD d'évaluation, nombreux temps d'échanges formels et informels…), ce qui a été relevé comme étant positif par les puéricultrices. Au-delà de l'aspect recherche, nous avons démontré que travailler ensemble, en partenariat, favorise la prévention efficiente auprès des familles. Les puéricultrices rendent les services de soins moins effrayants pour les familles (CMP, CAMSP, CMPP, orthophonistes,

psychomotriciens…), ce qui favorise l'ouverture sur l'extérieur dès le plus jeune âge (inscription en crèche, ateliers d'éveils en PMI, LAPE…).

3 PLACE DU PERE

Pour les familles dites « vulnérables », la place des pères reste fragile ou inexistante et une réelle difficulté est constatée pour les professionnels de première ligne à « aller chercher le père » en période périnatale (Molénat, 2001).

Pour PERL, nous n'avons pas pris en compte la place du père dans le cadre de notre recherche. En effet, les pères restent tout de même en minorité lorsqu'il s'agit de prendre un congé parental. Cependant, nous avons pu constater dans le cadre du dispositif qu'un certain nombre de pères étaient présents lors de la VAD d'évaluation du 4ème mois : 27 pères / n=123, pour les 2 groupes (CF partie 1.6 « Description de l'échantillon PERL », tableau 8, du chapitre « Résultats préliminaires et discussion »). Certaines VAD (des puéricultrices) ont pu être réalisées uniquement en présence du père lorsque la mère ne pouvait se rendre disponible (les chiffres précis concernant la présence des pères lors des VAD des puéricultrices seront analysés après les évaluations des 24 mois). Les pères rencontrés étaient disponibles, prenaient une part active à l'entretien et avaient une bonne connaissance de leur enfant et de son développement. Les puéricultrices nous ont également fait part de nombreux questionnements des pères présents lors des VAD. Il aurait pu être intéressant de faire également compléter les questionnaires et mener l'ERP avec les pères. La dépression paternelle est largement sous-estimée, pourtant elle a un impact certain sur l'organisation et la sécurité familiale.

Le soutien que constitue le père pour la mère pourrait être mis en corrélation avec les résultats obtenus à l'EPDS et à la SCL90R (étant une question posée aux mères lors de l'ERP).

L'évolution des sociétés industrielles et postindustrielles vers une plus grande égalité des sexes dans le domaine du travail permet de constater une implication plus forte des pères dans les soins parentaux (Delage, 2015).

La prise en compte des pères devrait donc tendre à se renforcer et devenir un des objectifs en prévention primaire. La question de comment pouvoir les intégrer davantage dans les consultations et le suivi de leur enfant reste cependant ouverte.

4 PROPOSITION D'UN DISPOSITIF DE PREVENTION PRIMAIRE EN PERINATALITE

4.1 Définir une démarche d'universalisme…proportionnée

Parce que la PMI se situe à l'avant-poste de la lutte contre les ISS, les professionnels sont amenés à pratiquer au quotidien un universalisme proportionné : l'accès à la PMI est ouvert à tous (universalisme), mais les interventions sont proportionnées en fonction du gradient social (actions renforcées en direction des enfants et des familles vulnérables). Cependant, la tendance à recentrer les missions de PMI uniquement sur les familles défavorisées risque de les exclure un peu plus d'un système de soins qu'elles fréquentent justement parce qu'il est ouvert à tous et pour tous, sans stigmatisation (Peyron, 2019).

Le caractère universel d'un projet ne permet pas de rejoindre toute la population (par exemple les campagnes de vaccinations, la mammographie, le contrôle de santé bucco-dentaire…). Il faut tenter de contrer « l'effet Matthieu » (Merton, 1995) : les personnes les plus dans le besoin auront moins tendance à bénéficier des services lorsqu'ils sont offerts à tous. Les personnes ayant une littératie en santé basse risquent de ne pas avoir accès à ces services parce qu'ils n'en verront pas l'utilité. Cela demande donc beaucoup de compétences des professionnels pour pouvoir accéder et garder cette population dans un dispositif. Or, si ce dispositif devient systématisé, peut-être aurait-on davantage de chance de rencontrer ces personnes. La question reste donc entière avec des « inconvénients » dans chacune des approches : le problème de l'universalisme est que l'individu moyen est favorisé, et le problème du ciblage va créer des effets de seuil et des inégalités. Il faudrait proposer une approche par l'évaluation des besoins plutôt que par évaluation des critères ! (Saïas, 2018).

L'universalisme proportionné est défini par la possibilité « d'offrir des interventions universelles destinées à l'ensemble des personnes mais avec des modalités ou une intensité qui varient selon les besoins » (Poissant, 2014). Dans le cadre de l'universalisme proportionné, il faut donc pouvoir offrir à toute la population les mêmes chances d'accès à un dispositif de prévention avec les mêmes services mais davantage en fonction de leurs besoins. Il s'agirait donc de venir compenser leurs besoins par des services complémentaires. Besoins qui auraient été repérés lors des VAD réalisées par les puéricultrices de PMI. Les interventions proposées seraient alors proportionnelles aux réels besoins repérés des familles.

4.2 Quel dispositif proposer aux PMI pour réaliser de la prévention primaire en périnatalité ?

Ne pourrait-on pas imaginer instaurer la mise en place de **visites systématiques** sur le même principe que cela était proposé par la PMI lors des VAD postnatales anciennement, lorsque cela était encore réalisable (financièrement et par les moyens humains) ? De cette manière, la population (générale) n'aurait pas à se poser la question de pourquoi la PMI intervient dans leur famille, étant donné que les VAD seraient réalisées systématiquement lorsqu'une mère quitte la maternité.

Ces VAD pourraient être systématisées jusqu'aux 5-6 mois de l'enfant, à raison d'une VAD tous les mois (comme réalisé dans le programme PANJO, INTERREG et PERL). Ces 6 premières VAD (pré et postnatales) permettraient à la puéricultrice de réaliser une évaluation des besoins de la famille et des problématiques rencontrées. Elles pourraient être un accompagnement et un soutien suffisant pour valoriser les compétences parentales afin que les parents puissent, par la suite, poursuivre leur chemin seuls, tout en ayant la possibilité de retourner vers le service de PMI, la confiance avec un professionnel étant déjà instaurée. Cette évaluation réalisée, lors de la 6ème VAD, un bilan pourrait être dressé avec les parents permettant de définir l'arrêt du suivi ou de nouveaux objectifs à travailler avec la famille si besoin. Cela se faisant sur le principe de la discussion et de l'échange avec les familles afin de les inclure dans une démarche proactive d'accompagnement et de soin. A ce stade, si une poursuite du suivi est convenue, le rythme des VAD serait à décider ensemble, puéricultrice et parents, en fonction des objectifs fixés.

Cela permettrait d'instaurer un lien systématique avec la PMI (universalisme) sur un nombre de VAD prédéfinies et un ajustement par la suite en fonction des situations et des besoins repérés et exprimés par les familles (universalisme proportionné). Actuellement, un avis de mise à disposition du service de PMI est adressé systématiquement à toutes les femmes enceintes mais la prise de contact pour proposer une VAD est principalement ciblée sur des critères de vulnérabilité et critères médico-sociaux.

Nous avons pu constater ce retour des professionnelles également dans le cadre du dispositif PERL. D'après les professionnelles, il semblerait qu'il y ait eu un certain essoufflement du contenu des VAD à partir du 8ème mois : les mamans éprouvent moins le besoin d'obtenir des conseils. Ce constat peut être mis en lien avec le développement du bébé qui se ferait moins

selon une courbe exponentielle à partir du 9ème mois ou avec la notion de période sensible (Delassus, 2005). Durant cette période sensible la mère a besoin d'accompagnement pour penser ses processus psychiques, sa relation à son bébé ; le fait de l'accompagner durant cette période des 9 premiers mois permet de mettre au travail certains de ces processus. Cet essoufflement constaté par les puéricultrices, l'est principalement pour les familles allant relativement « bien ». Nous n'entendons pas « relativement bien » au sens des critères de vulnérabilités ou facteurs de fragilités de familles, se résumant trop souvent à des critères restrictifs (primipare, jeune âge, revenus socio-économiques faibles, isolement, recours à des dispositifs sociaux ou judiciaires…). Il s'agirait des familles dont la puéricultrice a évalué cliniquement que la famille n'avait aucune difficulté dans l'instauration d'interactions précoces parent-enfant de qualité, pas de symptomatologie évoquant une DPN ou un quelconque trouble psychiatrique marqué, une absence de trouble du comportement, pas de difficulté évoquée avec les autres enfants de la fratrie, pas de difficultés de couple, en résumé, pas de problématiques particulières relevant d'un accompagnement sur le long terme.

4.3 Pourquoi proposer 6 VAD systématiques ?

- L'alliance thérapeutique ne se mettrait en place, d'après la littérature, qu'à partir de la 3ème rencontre entre le professionnel et la famille (CF chapitre « Revue de la littérature », partie 4.1.2.1 « L'alliance thérapeutique »). Or, sans alliance thérapeutique, les problématiques abordées peuvent rester très « en surface », les familles n'osant pas se livrer sur leurs difficultés réelles et profondes (problématiques de couple, difficultés avec les aînés…). Nous partons de l'hypothèse que ce ne serait donc qu'à partir de la 4ème rencontre que la famille pourra partager plus librement ses interrogations, son sentiment de mal-être, ses difficultés, de manière authentique, sans avoir peur du jugement ou des conséquences, en ayant tissé un lien de confiance avec le professionnel.
- A partir de cette 4ème rencontre, la professionnelle pourra alors répertorier les besoins réels de la famille, réaliser une évaluation plus clinique du développement de l'enfant, de la qualité des interactions précoces et d'une éventuelle symptomatologie psychiatrique de la mère (CF partie 1.6 « Description de l'échantillon PERL » - « Orientations réalisées », du chapitre « Résultats préliminaires et discussion »).
- Le pic des DPN se situe entre la 3ème et la 12ème semaine post-partum (Guédeney & Jeammet, 2001; Jardri, 2004; Amad & al., 2021; Tourrette & Guedeney, 2012) et au 2ème trimestre, notamment lorsque le soutien social se fait plus rare que dans le premier mois. D'après Zeanah

(1995, cité par (Missonnier, 2009)), 25% des femmes diagnostiquées en DPN aux 2 mois post-partum le seraient encore 4 mois après et 50% des femmes touchées par la DPN ne seraient pas encore guéries 1 an après l'accouchement (Cox et al., 1987). Il est donc important de maintenir le lien avec ces familles pour pouvoir détecter l'apparition de symptômes dépressifs. Car comme nous le savons, la DPN peut encore trop souvent passer inaperçue : la naissance étant un moment décrit encore comme idyllique, ou l'apparition de l'instinct maternel se fait quasi instantanément, ces femmes ont donc tendance à cacher leurs symptômes à l'entourage, ou à se les cacher à elles-mêmes car c'est bien trop culpabilisant de ressentir de telles émotions négatives. Bien souvent, elles se vivent comme de mauvaises mères, trop fatiguées pour s'occuper de leur bébé, vides de sentiment à l'égard de leur enfant, ayant parfois des phobies d'impulsion portées sur leur bébé, des crises de larmes. Et ce dans un moment devant être pourtant décrit comme un moment de bonheur intense, leur sentiment d'incapacité face à la situation nouvelle peut aller jusqu'à l'impossibilité d'assumer le rôle maternel, le tout accompagné d'une grande culpabilité (Dugravier, 2017). La fatigue est banalisée, étant considéré comme « normal » le fait d'être fatigué lorsqu'on s'occupe d'un nourrisson. Généralement, ces mères manquent de confiance en leur capacité à s'occuper de leur enfant et pour pouvoir le reconnaître et le verbaliser, il faut avant tout avoir une personne de confiance, non jugeante et avec qui un lien s'est tissé au fil des entretiens.

Cette démarche intégrative d'universalisme proportionné permettrait à tous d'accéder à un service, avec une modulation du périmètre d'action et de son intensité en fonction des besoins analysés.

Pourquoi donc ne pas pérenniser ces types de dispositifs de prévention primaire en périnatalité ?!

BIBLIOGRAPHIE

Ainsworth, M. D. S. (1967). *Infancy in Uganda : Infant care and the growth of love*. Johns Hopkins Press.

Ainsworth, M. D. S. (Éd.). (1978). *Patterns of attachment : A psychological study of the strange situation*. Routledge.

Alla, F., Guillemin, F., Colombo, M.-C., Roy, B., & Maeder, C. (1998). Valeur diagnostique de ERTL4 : Un test de repérage des troubles du langage chez l'enfant de 4 ans. *Archives de pédiatrie*, *5*, 1082-1088.

Amad, A., Camus, V., Geoffroy, PA., Thomas, P., Cottencin. O., *Référentiel de Psychiatrie et Addictologie* (3° ed). (2021). PUF.

Amiel, M. (2017). Rapport d'information sur la santé mentale des jeunes mineures (Nº 494). *Sénat*.

Antheunis, P., Ercolani-Bertrand, F., & Roy, S. (2009). *Dialogoris : 0-4 ans*. Com-Médic.

ARS Grand-Est. (2018a). Projet régional de Santé 2018-2028. *ARS* (p. 318).

ARS Grand-Est. (2018b). Résumé du colloque « Parentalité...autrement ». Un certain regard sur la santé et l'éducation. *ARS* (p. 6). https://www.grand-est.ars.sante.fr/system/files/2018-10/Dossier%20de%20presse%20-%20Colloque%20parentalit%C3%A9%202018%20-%2016.10.2018.pdf

Baldwin, S. A., Wampold, B. E., & Imel, Z. E. (2007). Untangling the alliance-outcome correlation : Exploring the relative importance of therapist and patient variability in the alliance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *75*(6), 842-852. https://doi.org/10.1037/0022-006X.75.6.842

Ball, J., DesMeules, M., & Kwan, A. (2009). Investir en prévention la perspective économique : Principales conclusions d'un examen des données récentes. *Agence de santé publique du Canada*. https://deslibris.ca/ID/225313

Barandon, S., Balès, M., Melchior, M., Glangeaud-Freudenthal, N., Pambrun, E., Bois, C., Verdoux, H., & Sutter-Dallay, A.-L. (2016). Entretien prénatal précoce et séances de préparation à la naissance et à la parentalité : Caractéristiques psychosociales et obstétricales associées chez les femmes de la cohorte ELFE. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, *45*(6), 599-607. https://doi.org/10.1016/j.jgyn.2015.06.026

Barlow, J., Smailagic, N., Bennett, C., Huband, N., Jones, H., & Coren, E. (2011). Individual and group based parenting programmes for improving psychosocial outcomes for teenage parents and their children. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. https://doi.org/10.1002/14651858.CD002964.pub2

Barlow, J., Smailagic, N., Huband, N., Roloff, V., & Bennett, C. (2012). *Group-based parent-training programmes for improving parental psychosocial health*. The Campbell Collaboration. https://doi.org/10.4073/csr.2012.15

Beauregard, D., Bordeleau, L., Desjardins, N., & Poissant, J. (2009). Les services intégrés en périnatalité et petite enfance, favoriser le développement des enfants âgés de 1 à 5 ans. Guide d'intervention pour soutenir les pratiques parentales. La direction des communications du *Ministère de la santé et des services sociaux du Québec*. www.cpebouteentrain.org/pdf/GuidePar.pdf

Beck, A. T. (1961). An Inventory for Measuring Depression. *Archives of General Psychiatry, 4*(6), 561. https://doi.org/10.1001/archpsyc.1961.01710120031004

Beck, A. T., & Beck, R. W. (1972). Screening depressed patients in family practice. A rapid technic. *Postgraduate Medicine, 52*(6), 81-85.

Ben Soussan, P. (2002). Enjouer les bébés ! *Spirale, 4*(24), 13-19.

Bernard, O. (2016). Inégalité sociale de santé et périnatalité : Évolution de la place de la pmi. *Spirale, 78*(2), 45-52.

Bettelheim, B., & Carlier, T. (1988). *Pour être des parents acceptables*. R. Laffont.

Blondeau, M. (2012). *Validation de la grille d'évaluation du développement de l'enfant en France en population générale : Etude préliminaire omparative avec le Brunet-Lézine* [Thèse d'exercice]. Faculté de médecine, université de Lyon.

Boris, N. W., Larrieu, J. A., Zeanah, P. D., Nagle, G. A., Steier, A., & McNeill, P. (2006). The process and promise of mental health augmentation of nurse home-visiting programs : Data from the Louisiana Nurse–Family Partnership. *Infant Mental Health Journal, 27*(1), 26-40. https://doi.org/10.1002/imhj.20078

Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss* (Vol. 1). Basic Books.

Bowlby, J. (2006). Quarante-quatre jeunes voleurs : Leur personnalité et leur vie familiale (A. Graham, Trad.). *La psychiatrie de l'enfant, 49*(1), 7-113. https://doi.org/10.3917/psye.491.0007

Brazelton, T. B., Nugent, J. K., & Bruschweiler-Stern, N. (2001). *Echelle de Brazelton : Évaluation du comportement néonatal*. Médecine & hygiène.

Briggs-Gowan, M. J., & Carter, A. S. (2006). *Brief infant-toddler social emotional assesment. Examiner's manual.* CT : Yale University.

Bryanton, J., Beck, C. T., & Montelpare, W. (2013). Postnatal parental education for optimizing infant general health and parent-infant relationships. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. https://doi.org/10.1002/14651858.CD004068.pub4

Buchheit, S., Colombo, M.-C., Ligier, F., Fidry, E., & Decroix, C. (2019). Lunévillois : Développement de l'enfant et accompagnement à domicile. *La santé en action, 447*, 46-47.

Buchheit, S., Kabuth, B., Colombo, M.-C., & Ligier, F. (2021). Child Development and Early Interaction : PERL Research Protocol, a Preventive Home Visiting Program, Randomized Controlled Trial in France. *Frontiers in Psychiatry, 12*, 641468. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.641468

Buchheit, S., Kabuth, B., Cuvelier, G., Dehe-Lamboley, S., & Ligier, F. (2020). Une recherche-action axée sur l'accompagnement à domicile pour le développement de l'enfant. *Cahiers de la Puéricultrice, 57*(341), 12-17. https://doi.org/10.1016/j.cahpu.2020.09.014

Bydlowski, M. (2008). La transparence psychique due à la grossesse. In *La dette de vie* (6e éd. (1ère édition 1997), p. 91-103). PUF.

Byng-Hall, J. (1991). The application of attachment theory to understanding and treatment in family therapy. In *Attachment across the life cycle* (p. 199-215). Tavistock/Routledge.

Byng-Hall, J. (1995). Creating a Secure Family Base : Some Implications of Attachment Theory for Family Therapy. *Family Process, 34*(1), 45-58. https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.1995.00045.x

Byng-Hall, J. (2001). Attachment as a Base for Family and Couple Therapy. *Child Psychology and Psychiatry Review*, *6*(1), 31-36. https://doi.org/10.1111/1475-3588.00318

Byng-Hall, J. (2013). *Réinventer les relations familiales.* (J. De Bucquois, Trad.); De Boeck.

Cassidy, J. (1988). Child-Mother Attachment and the Self in Six-Year-Olds. *Child Development*, *59*(1), 121. https://doi.org/10.2307/1130394

Clark, R., Tluczek, A., & Wenzel, A. (2003). Psychotherapy for Postpartum Depression : A Preliminary Report. *American Journal of Orthopsychiatry*, *73*(4), 441-454. https://doi.org/10.1037/0002-9432.73.4.441

Clery-Melin, P., Kovess, V., & Pascal, J.-C. (2003). *Pour le développement de la psychiatrie et la promotion de la santé mentale* (p. 148).

Cohen, N. J., Lojkasek, M., Muir, E., Muir, R., & Parker, C. J. (2002). Six-month follow-up of two mother-infant psychotherapies : Convergence of therapeutic outcomes. *Infant Mental Health Journal*, *23*(4), 361-380. https://doi.org/10.1002/imhj.10023

Cohen, N. J., Muir, E., Lojkasek, M., Muir, R., Parker, C. J., Barwick, M., & Brown, M. (1999). Watch, wait, and wonder : Testing the effectiveness of a new approach to mother–infant psychotherapy. *Infant Mental Health Journal*, *20*(4), 429-451. https://doi.org/10.1002/(SICI)1097-0355(199924)20:4<429::AID-IMHJ5>3.0.CO;2-Q

Colin, C. (2019). Petite enfance : De l'efficacité des programmes de visites à domicile. *La santé en action*, *447*, 27-29.

Corboz-Warnery, A. (2012). Le jeu trilogique de Lausanne et son application dans des situations de consultance. *Therapie Familiale*, *33*(1), 39-49.

Cowan, C. P., & Cowan, P. A. (2005). Two central roles for couple relationships : Breaking negative intergenerational patterns and enhancing children's adaptation. *Sexual and Relationship Therapy*, *20*(3), 275-288. https://doi.org/10.1080/14681990500140859

Cowan, P. A., & Cowan, C. P. (2009). Couple relationships : A missing link between adult attachment and children's outcomes. *Attachment & Human Development*, *11*(1), 1-4. https://doi.org/10.1080/14616730802500149

Cox, J. L., Holden, J. M., & Sagovsky, R. (1987). Detection of Postnatal Depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry*, *150*, 782-786. https://doi.org/10.1192/bjp.150.6.782

Cramer, B. (1993). *Profession bébé*. Calmann-Lévy.

Cramer, B. (1998). Mother—infant psychotherapies : A widening scope in technique. *Infant Mental Health Journal*, *19*(2), 151-167. https://doi.org/10.1002/(SICI)1097-0355(199822)19:2<151::AID-IMHJ5>3.0.CO;2-R

David, M., & Appell, G. (1966). La relation mère/enfant. Etude de cinq patterns d'interaction entre mère et enfant à l'âge de un an. *La psychiatrie de l'enfant*, *9*(2), 445-531.

Davies, P. T., Sturge–Apple, M. L., & Cummings, E. M. (2004). Interdependencies among interparental discord and parenting practices : The role of adult vulnerability and relationship perturbations. *Development and Psychopathology*, *16*(3), 773-797. https://doi.org/10.1017/S0954579404004778

Davis, H., Ispanovic, V., Puura, K., Tsiantis, J., Turenen, N., & Paradisiotou, A. (2004). Comment évaluer la promotion de la santé ? Premiers résultats du projet européen de promotion précoce de la santé. In *Santé mentale du jeune enfant : Prévenir et intervenir.* (p. 69-80). Eres.

Dayan, J. (2008). *Les dépressions périnatales : Évaluer et traiter*. Elsevier-Masson.

De Tychey, C., Briançon, S., Lighezzolo, J., Spitz, E., & Kabuth, B. (2008). Quality of life, postnatal depression and baby gender. *Journal of clinical nursing, 17*(3), 312-322. https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2006.01911.x

De Wolff, M., & Van Ijzendoorn, M. H. (1997). Sensitivity and attachment : A meta-analysis on parental antecedents of infant attachment. *Child Development, 68*(4), 571-591. https://doi.org/10.2307/1132107

Delage, M. (2005). La thérapie du couple et de la famille revisitée à travers la théorie de l'attachement. *Therapie Familiale, 26*(4), 407-425. https://doi.org/10.3917/tf.054.0427

Delage, M. (2007). Attachement et systèmes familiaux. *Therapie Familiale, 28*(4), 391-414. https://doi.org/10.3917/tf.074.0391

Delage, M. (2014). Promouvoir la résilience : La démarche écosystémique. *Therapie Familiale, Vol. 35*(2), 177-192.

Delage, M. (2015). Le père et le système d'attachement dans la famille contemporaine. *Cahiers critiques de therapie familiale et de pratiques de reseaux, 1*(54), 13-33.

Delage, M., Cyrulnik, B., Benghozi, P., Clervoy, P., Petitjean, M., Perrin, F., & Lussiana, S. (2006). La famille et les liens d'attachement en thérapie. *Therapie Familiale, 27*(3), 243-262.

Delassus, J. (2005). *Psychanalyse de la naissance*. Dunod.

Delay, J., Pichot, P., Lempérière, T., & Mirouze, R. (1963). La nosologie des états dépressifs. Rapport entre l'étiologie et la sémiologie II. Resultats du Questionnaire de Beck. *Encéphale, 52*, 497-505.

Dennis, C.-L., Hodnett, E., Kenton, L., Weston, J., Zupancic, J., Stewart, D. E., & Kiss, A. (2009). Effect of peer support on prevention of postnatal depression among high risk women : Multisite randomised controlled trial. *BMJ, 338*(jan15 2), a3064. https://doi.org/10.1136/bmj.a3064

Derogatis, L. R. (1994). *The SCL-90R : Administration, Scoring, and Procedures Manual.* National Computer Systems.

Desjardins, N., Dumont, J., Laverdure, J., & Poissant, J. (2005). *Les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité. Guide pour soutenir le développement de l'attachement sécurisant de la grossesse à 1 an.* Direction du Ministère de la santé et des services sociaux. https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2005/05-836-01.pdf

Dolto, F. (1987). *Tout est langage*. Editions de la Seine.

Dolto, F., & Lévy, D. M. (2002). *Parler juste aux enfants : Entretiens*. Mercure de France.

Dreier, O. (2015). Interventions in everyday lives : How clients use psychotherapy outside their sessions. *European Journal of Psychotherapy & Counselling, 17*(2), 114-128. https://doi.org/10.1080/13642537.2015.1027781

Duclos, G. (2010). *L'estime de soi, un passeport pour la vie* (3° édition (1ère édition 2000)). CHU Sainte-Justine.

Duggan, A. K., McFarlane, E. C., Windham, A. M., Rohde, C. A., Salkever, D. S., Fuddy, L., Rosenberg, L. A., Buchbinder, S. B., & Sia, C. C. (1999). Evaluation of Hawaii's Healthy Start Program. *The Future of Children, 9*(1), 66-90.

Duggan, A., McFarlane, E., Fuddy, L., Burrell, L., Higman, S. M., Windham, A., & Sia, C. (2004). Randomized trial of a statewide home visiting program : Impact in preventing child abuse and neglect. *Child Abuse & Neglect, 28*(6), 597-622. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2003.08.007

Dugnat, M. (2004). *Prévention précoce, parentalité et périnatalité*. Erès.

Dugnat, M. (2012). Réseaux en périnatalité : Les outils pratiques d'une prévention universelle prévenante ? *Spirale, n° 61*(1), 139-162.

Dugravier, R. (2014). *CAPEDP : une étude longitudinale périnatale évaluant une intervention à domicile de prévention de la dépression postnatale et des troubles de la relation mère-enfant auprès d'une population de femmes présentant des critères de risque psychosociaux*. [Thèse de doctorat]. Université Pierre et Marie Curie, Paris.

Dugravier, R. (2017). *Périnatalité et interventions précoces* [Conférence]. https://www.bing.com/videos/search?q=romain+dugravier+d%c3%a9pression&&view=detail&mid=2418B8C1AE856F1D34C42418B8C1AE856F1D34C4&&FORM=VRDGAR&ru=%2Fvideos%2Fsearch%3Fq%3Dromain%2Bdugravier%2Bd%25c3%25a9pression%26FORM%3DHDRSC3

Dugravier, R., & Saïas, T. (2015). Les enseignements du projet Panjo. *Cahiers de la Puéricultrice, 52*(291), 19-23. https://doi.org/10.1016/j.cahpu.2015.09.005

Dumaret, A. C. (2003). Soins médicosociaux précoces et accompagnement psychoéducatif : Revue de la littérature étrangère. *Archives de Pédiatrie, 10*(5), 448-461. https://doi.org/10.1016/S0929-693X(03)00078-2

Duncan, B. L., Miller, S. D., Wampold, B. E., & Deltour, J. (2012). *L'essence du changement utiliser les facteurs communs aux différentes psychothérapies*. De Boeck.

Dupays, S., Lanouziere, H., & Legrand-Jung, B. (2019). *Evaluation de la politique de prévention en protection de l'enfance* (Tome 1; p. 141).

Egeland, B. R., weinfield, N. S., Bosquet, M., & Cheng, V. K. (2000). Remembering, repeating and working through : Lessons from attachment-based interventions. In *Handbook of Infant Mental Health* (Guilford Press, Vol. 3, p. 35-89).

Elkaïm, M. (1989). *Si tu m'aimes, ne m'aime pas : Pourquoi ne m'aimes-tu pas, toi qui prétends m'aimer? Approche systémique et psychothérapie* (2ème édition). Editions du Seuil.

Elkaïm, M. (2016). *Couples en crise, familles en difficulté : Que faire ?* [Vidéo]. https://www.youtube.com/watch?v=DCsKOv3mBrE

Elkaïm, M. (2018). *La résonance*. https://www.youtube.com/watch?v=iSE_sTmECJk

Erickson, M. F., & Egeland, B. (2004). Linking theory and research to practice : The Minnesota Longitudinal Study of Parents and Children and the STEEP™ program. *Clinical Psychologist, 8*(1), 5-9. https://doi.org/10.1080/13284200410001672207

Erickson, M. F., Korfmacher, J., & Egeland, B. R. (1992). Attachments past and present : Implications for therapeutic intervention with mother-infant dyads. *Development and Psychopathology, 4*(4), 495-507. https://doi.org/10.1017/S0954579400004843

Eury, C., Saïas, T., & Nouchi, J. (2020). Qualité de services en PMI et qualité de vie au travail des professionnels de PMI. *ANISS*, 26.

Faivre, M., & Le Goff-Cubilier, V. (2020). Joue papa joue ! Présentation d'un outil thérapeutique utilisant le jeu pour travailler sur le lien d'attachement en thérapie de famille. *Thérapie familiale*, *41*(1), 19-32. https://doi.org/10.3917/tf.201.0019

Faure, K., Legras, M., Chocard, A. S., & Duverqer, P. (2008). Troubles psychiques de la grossesse et du post-partum. *La revue du praticien*, *54*(13), 1475-1482.

Fidry, E. (2015). *Des premiers regards aux premiers mots : Une expérience de prévention de la périnatalité*. [Thèse de doctorat], Université de Lorraine, Nancy.

Fidry, E., Claudon, P., Saad Saint-Gilles, S., & Sibertin-Blanc, D. (2014). Prendre soin du bébé et de sa famille : Une expérience de recherche–action en périnatalité. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, *62*(3), 154-162. https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2013.12.007

Fidry, E., Sibertin-Blanc, D., & Claudon, P. (2014). Des premiers regards aux premiers mots : Une expérience lorraine de prévention en périnatalité. In *Prévention et promotion de la santé mentale : Une alliance transfrontalière innovante* (p. 65-83). L'Harmattan.

Field, T. (2010). Postpartum Depression Effects on Early Interactions, Parenting, and Safety Practices : A Review. *Infant behavior & development*, *33*(1), 1-6. https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2009.10.005

Fonagy, P. (1991). The capacity for understanding mental states : The reflective self in parent and child and its significance for security of attachment. *Infant Mental Health Journal*, *12*(3), 201-218.

Fonagy, P. (2004). Quelles preuves pour une prévention fondée sur les preuves? In *Santé mentale du jeune enfant : Prévenir et intervenir* (Eres, p. 49-68).

Forman, D. R., O'Hara, M. W., Stuart, S., Gorman, L. L., Larsen, K. E., & Coy, K. C. (2007). Effective treatment for postpartum depression is not sufficient to improve the developing mother-child relationship. *Development and Psychopathology*, *19*(2), 585-602. https://doi.org/10.1017/S0954579407070289

Fox, S. E., Levitt, P., & Nelson III, C. A. (2010). How the Timing and Quality of Early Experiences Influence the Development of Brain Architecture. *Child Development*, *81*(1), 28-40. https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2009.01380.x

Fraiberg, S., Adelson, E., & Shapiro, V. (1975). Ghosts in the Nursery : A psycho-analytic approach to the problem of impaired infant-mother relationship. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, *14*(3), 387-421. https://doi.org/10.1016/S0002-7138(09)61442-4

Fraiberg, S., Nataf, N., Guedeney, A., Shapiro, V., Spite chernisse, Bennett, V., Pawl, J., & ARADINE Caroline, R. (1980). *Fantômes dans la chambre d'enfants : Évaluation et thérapie des perturbations de la santé mentale du nourrisson* (2°éd.). PUF.

Gama e Colombo, D. (2010). Closing the gap in a generation : Health equity through action on the social determinants of health. Final report of the Commission on Social Determinants of Health. *Revista de Direito Sanitário*, *10*(3), 253. https://doi.org/10.11606/issn.2316-9044.v10i3p253-266

García, J. L., Heckman, J. J., Leaf, D. E., & Prados, M. J. (2016). *The Life-cycle Benefits of an Influential Early Childhood Program* (N° 22993; p. 75). National Bureau of Economic Research, Inc. https://ideas.repec.org/p/nbr/nberwo/22993.html

Gaston, L. (1990). The concept of the alliance and its role in psychotherapy : Theoretical and empirical considerations. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, *27*(2), 143-153. https://doi.org/10.1037/0033-3204.27.2.143

Gauthier, J.-M. (2002). *L'observation en psychothérapie d'enfants*. Dunod.

Gelfand, D. M., Teti, D. M., Seiner, S. A., & Jameson, P. B. (1996). Helping mothers fight depression : Evaluation of a home-based intervention program for depressed mothers and their infants. *Journal of Clinical Child Psychology*, *25*(4), 406-422. https://doi.org/10.1207/s15374424jccp2504_6

George, C., & Solomon, J. (1999). Attachment and caregiving : The caregiving behavioral system. In *Handbook of attachment : Theory, research, and clinical applications* (p. 649-670). The Guilford Press.

Gertsch Bettens, C., Corboz-Warnery, A., Favez, N., & Fivaz-Depeursinge, E. (1992). Les débuts de la communication à trois. Interactions visuelles triadiques entre père, mère et bébé. *Enfance*, *45*(4), 323-348. https://doi.org/10.3406/enfan.1992.2029

Goldbeter-Merinfeld, É. (2005). Théorie de l'attachement et approche systémique. *Cahiers critiques de therapie familiale et de pratiques de reseaux*, *35*(2), 13-28. https://doi.org/10.3917/ctf.035.0013

Golse, B. (2006). *L'être-bébé : Les questions du bébé à la théorie de l'attachement, à la psychanalyse, et à la phénoménologie*. PUF.

Golse, B. (2008). Du bébé observé au bébé soigné : La place de l'empathie. *La psychiatrie de l'enfant*, *51*(2), 325-337. https://doi.org/10.3917/psye.512.0325

Greve, R. A., Braarud, H. C., Skotheim, S., & Slinning, K. (2018). Feasibility and acceptability of an early home visit intervention aimed at supporting a positive mother-infant relationship for mothers at risk of postpartum depression. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, *32*(4), 1437-1446. https://doi.org/10.1111/scs.12589

Grossmann, K., & Grossmann, K. (1998). Développement de l'attachement et adaptation psychologique du berceau au tombeau. *Enfance*, *51*(3), 44-68. https://doi.org/10.3406/enfan.1998.3115

Guedeney, A. (2005). La position de retrait chez le bébé ou l'échec à maintenir le maintenant. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, *53*, 32-35.

Guedeney, A., Bungener, C., & Widlocher, D. (1993). Le post-partum blues : Une revue critique de la littérature. *La psychiatrie de l'enfant*, *36*(1), 329-354.

Guedeney, A., Dumond, C., Grasso, F., & Starakis, N. (2004). Comportement de retrait relationnel du jeune enfant. Du concept à l'outil diagnostique. *Médecine/sciences*, *20*(11), 1046-1049.

Guedeney, A., & Fermanian, J. (2001). A validity and reliability study of assessment and screening for sustained withdrawal reaction in infancy : The Alarm Distress Baby scale. *Infant Mental Health Journal*, *22*(5), 559-575. https://doi.org/10.1002/imhj.1018

Guedeney, A., Guedeney, N., Wendland, J., & Burtchen, N. (2014). Treatment – Mother–infant relationship psychotherapy. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, *28*(1), 135-145. https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2013.08.011

Guedeney, A., & Tereno, S. (2012). La vidéo dans l'observation d'évaluation et d'intervention en santé mentale du jeune enfant : Un outil pour la transmission. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, *60*(4), 261-266. https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2011.12.001

Guedeney, A., Tereno, S., Tissier, J., Guédeney, A., Greacen, T., Saïas, T., Tubach, F., Dugravier, R., & Welniarz, B. (2012). Transmission du traumatisme. La question de l'attachement désorganisé : De la théorie à la pratique. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence, 60*(5), 362-366. https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2012.03.003

Guedeney, A., & Vermillard, M. (2004). L'échelle ADBB : intérêt en recherche et en clinique de l'évaluation du comportement de retrait relationnel du jeune enfant. *Médecine et enfance*, 367-371.

Guedeney, N. (1989). Les enfants de parents déprimés. *Psychiatrie de l'enfant, 32*(1), 269-309.

Guedeney, N. (1999). Dépressions maternelles postnatales : « Devenir mère » ou qu'il « existe bien une différence des sexes ». *Devenir, 9*(2), 21-32.

Guedeney, N. (2011). *L'attachement, un lien vital*. Fabert.

Guédeney, N. (2011). Les racines de l'estime de soi : Apports de la théorie de l'attachement. *Devenir, 23*(2), 129-144.

Guedeney, N., Fermanian, J., Curt, F., & Bifulco, A. (2005). Testing the Working Alliance Inventory (WAI) in a French primary care setting : Predictive value and factor structure. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 40*(10), 844-852. https://doi.org/10.1007/s00127-005-0972-4

Guedeney, N., Fermanian, J., Guelfi, J., & Delour, M. (1995). Premiers résultats de la traduction de l'EPDS sur une population parisienne. A propos de la validation et de la traduction de l'EPDS. *Devenir, 7*, 69-92.

Guedeney, N., & Guedeney, A. (2016). *L'attachement : Approche clinique et thérapeutique*. Elsevier Masson.

Guedeney, N., Guedeney, A., & Cyrulnik, B. (2009). *L'attachement, approche théorique : Du bébé à la personne âgée* (4ème édition). Elsevier-Masson.

Guédeney, N., & Jeammet, P. (2001). Dépressions postnatales (DPN) et décisions d'orientation thérapeutique. *Devenir, 13*(3), 51-64.

Guédeney, N., & Leblanc, S. (2009). L'attachement désorganisé chez l'enfant. In *L'attachement : Approche théorique* (4ème édition, p. 199-210). Elsevier. https://doi.org/10.1016/B978-2-294-09433-0.00019-1

Guédeney, N., Morales-Huet, M., Rabouam, C., & Jeammet, P. (2007). Apports de la théorie de l'attachement aux traitements conjoints parents-bébés. In *L'attachement, de la théorie à la clinique* (p. 61-72). Érès.

Guyer, B., Ma, S., Grason, H., Frick, K. D., Perry, D. F., Sharkey, A., & McIntosh, J. (2009). Early Childhood Health Promotion and Its Life Course Health Consequences. *Academic Pediatrics, 9*(3), 142-149. https://doi.org/10.1016/j.acap.2008.12.007

Harold, G. T., Shelton, K. H., Goeke-Morey, M. C., & Cummings, E. M. (2004). Marital Conflict, Child Emotional Security about Family Relationships and Child Adjustment. *Social Development, 13*(3), 350-376. https://doi.org/10.1111/j.1467-9507.2004.00272.x

Heinicke, C. M., Fineman, N. R., & Ruth, G. (1999). Relationship-based intervention with at-risk mothers : Outcome in the first year of life. *Infant Ment Health J, 20*(4), 349-374.

Hervé, M. J., Andreu, M. L., & Maury, M. (2000). Le bébé partenaire actif dans les consultations mère-nourrisson. In *Alliances autour du bébé, de la recherche à la clinique* (PUF, p. 119-137).

Hervé, M.-J., Andreu, M. L., & Maury, M. (1999). Rôle de l'encadrement du thérapeute dans une consultation mère-nourrisson à partir de l'analyse multiregistre d'un cas. *Devenir*, *11*(1), 75-94.

Hervé, M.-J., & Maury, M. (2004). Le travail d'ajustement du thérapeute dans la co-construction d'une alliance avec les familles. *La psychiatrie de l'enfant*, *47*(2), 491-510. https://doi.org/10.3917/psye.472.0491

Hervé, M.-J., Paradis, M., Legras, S., & Visier, J.-P. (2006). À propos d'une recherche sur l'alliance thérapeutique dans les consultations précoces. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, *54*(1), 38-44. https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2005.09.002

Hervé, M.-J., White-Koning, M., Paradis-Guennou, M., Guiraud, A., Picot, M.-C., Grandjean, H., & Maury, M. (2008). Adaptation d'une échelle d'alliance thérapeutique au contexte des consultations mère-nourrisson. *Devenir*, *20*(1), 65-85.

Horvath, A. O., & Bedi, R. (2002). The alliance. In *Psychotherapy relationships that work : Therapist contributions and responsiveness to patient needs* (Oxford University Press, p. 37-69).

Horvath, A. O., & Greenberg, L. S. (1989). Development and validation of the Working Alliance Inventory. *Journal of Counseling Psychology*, *36*(2), 223-233. https://doi.org/10.1037/0022-0167.36.2.223

Houzel, D. (2002). Les enjeux de la parentalité. In *La parentalité* (p. 61-70). PUF. https://www.cairn.info/la-parentalite--9782130530534-page-61.htm

Houzel, D. (2011). L'observation à domicile : Une méthode thérapeutique en psychiatrie du nourrisson. *Dialogue*, *193*(3), 125-137.

Hyndrak-Fabrizio, M., & Welniarz, B. (2017). Supervision clinique des intervenants au domicile dans le champ de la périnatalité : Revue de la littérature. *Devenir*, *29*(4), 293-306.

INSERM - DREES. (2017). *Enquête nationale périnatale*. http://www.epopé-inserm.fr/wp-content/uploads/2017/10/ENP2016_rapport_complet.pdf

Isebaert, L., & Cabié, M.-C. (1997). *Pour une thérapie brève*. Érès. https://doi.org/10.3917/eres.iseba.2006.01

Isebaert, L., Cabié, M.-C., & Dellucci, H. (2015). *Alliance thérapeutique et thérapies brèves : Le modèle de Bruges*. Erès.

Jardin, F., & Rebillaud, B. (2006). L'Unité de soins spécialisés à domicile pour jeunes enfants. *Devenir*, *Vol. 18*(2), 139-145.

Jardri, R. (2004). Le dépistage de la dépression postnatale : Revue qualitative des études de validation de l'Edinburgh Postnatal Dépression Scale. *Devenir*, *16*(4), 245-262. https://doi.org/10.3917/dev.044.0245

Jeammet, P., Guedeney, N., Morales-Huet, M., & Rabouam, C. (1999). Apports de la théorie de l'attachement aux traitements conjoints parents bébés. *Le carnet psy*, *48*, 25-27.

Jernberg, A., Booth, P. B., & Hallet, F. (2014). *Theraplay, une nouvelle thérapie par le jeu basée sur l'attachement*. De Boeck.

Loi réformant la protection de l'enfance, nº Loi n° 2007-293 (2007).

Johnson, S. M. (2003). Attachment Theory : A Guide for Couple Therapy. In *Attachment processes in couple and family therapy* (p. 103-123). Guilford Press.

Johnson, Z., Molloy, B., & Howell, F. (1993). Community mothers' programme : Randomised controlled trial of non-professional intervention in parenting. *BMJ, 306*, 1449-1452. https://doi.org/10.1136/bmj.306.6890.1449

Josse, D. (2007). *Manuel du Brunet-Lézine-révisé. Echelle de développement psychomoteur de la première enfance* (ECPA).

Kearney, M. H., York, R., & Deatrick, J. A. (2000). Effects of Home Visits to Vulnerable Young Families. *Journal of Nursing Scholarship, 32*(4), 369-375. https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2000.00369.x

Klein Velderman, M., Bakermans-Kranenburg, M. J., Juffer, F., & van IJzendoorn, M. H. (2006). Effects of attachment-based interventions on maternal sensitivity and infant attachment : Differential susceptibility of highly reactive infants. *Journal of Family Psychology, 20*(2), 266-274. https://doi.org/10.1037/0893-3200.20.2.266

Kobak, R., & Mandelbaum, T. (2003). Caring for the caregiver. An attachment approach to assessment and treatment of child problems. In *Attachment processes in couple and family therapy* (p. 144-164). Guilford Press.

Kumar, R., & Robson, K. M. (1984). A Prospective Study of Emotional Disorders in Childbearing Women. *British Journal of Psychiatry, 144*(1), 35-47. https://doi.org/10.1192/bjp.144.1.35

Laboratoire EPIONE, & ANISS. (2017). *Petits Pas, Grands Pas*. https://laboepione.ca/projets/petit-pas-grand-pas/

Lamboy, G. (2011). La relation empathique selon Rogers. *Santé mentale, 158*, 52-55.

Lamour, M. (2010). *Parents défaillants, professionnels en souffrance*. Yapaka.

Lamour, M., & Barraco, M. (1998). *Souffrances autour du berceau : Des émotions au soin*. G. Morin.

Le Foll, J., & Guedeney, A. (2014). Visites à domicile préventives périnatales dans les familles à problèmes multiples : Efficacité et limites. *Devenir, 26*(1), 59-72. https://doi.org/10.3917/dev.141.0059

Le Nestour, A. (2006). L'observation, un levier thérapeutique. In *Dans mon berceau... Il y a des cactus* (Erès, p. 11-23).

Lebovici, S., & Lamour, M. (1999). L'attachement chez l'enfant. *Le carnet psy, 48*, 21-24.

Lebovici, S., Mazet, P., & Visier, J.-P. (1989). L'entretien « R » : Une méthode d'évaluation des représentations maternelles. In *L'évaluation des interactions précoces entre le bébé et ses partenaires* (p. 151-175). Eshel ; Ed. Médecine et hygiène.

Lebovici, S., Mazet, P., & Visier, J.-P. (1989). *L'Evaluation des interactions précoces entre le bébé et ses partenaires*. Eshel ; Ed. Médecine et hygiène.

Lhermet, F., & Delage, M. (2016). Troubles des interactions précoces mère-enfant : Le père au cœur de l'intervention. *Therapie Familiale, 37*(4), 345-362.

Lieberman, A. F. (1992). Infant-parent psychotherapy with toddlers. *Development and Psychopathology, 4*(4), 559-574. https://doi.org/10.1017/S0954579400004879

Lieberman, A. F., Padrón, E., Van Horn, P., & Harris, W. W. (2005). Angels in the nursery : The intergenerational transmission of benevolent parental influences. *Infant Mental Health Journal, 26*(6), 504-520. https://doi.org/10.1002/imhj.20071

Lieberman, A. F., & Pawl, J. H. (1993). Infant-parent psychotherapy. In *Handbook of infant mental health* (The Guilford Press, p. 427-442).

Lieberman, A. F., silverman, R., & Pawl, J. H. (2000). Infant-parent psychotherapy : Core concepts and current approaches. In *Handbook Of Infant Mental Health (2nd edition)* (p. 472-484). The Guilford Press.

Lieberman, A. F., Weston, D. R., & Pawl, J. H. (1991). Preventive intervention and outcome with anxiously attached dyads. *Child Development*, *62*(1), 199-209.

Lieberman, A. F., & Zeanah, C. H. (1999). Contributions of attachment theory to infant–parent psychotherapy and other interventions with infants and young children. In *Handbook of attachment : Theory, research, and clinical applications* (p. 555-574). The Guilford Press.

Longhi, E., Murray, L., Wellsted, D., & Hunter, R. (2019). *Minding the baby : Home-visiting programme for vulnerable young mothers. Results of a randomised controlled trial in the UK* (p. 36). NSPCC Learning.

Love, J. M., Kisker, E. E., Ross, C., Raikes, H., Constantine, J., Boller, K., Brooks-Gunn, J., Chazan-Cohen, R., Tarullo, L. B., Brady-Smith, C., Fuligni, A. S., Schochet, P. Z., Paulsell, D., & Vogel, C. (2005). The Effectiveness of Early Head Start for 3-Year-Old Children and Their Parents : Lessons for Policy and Programs. *Developmental Psychology*, *41*(6), 885-901. https://doi.org/10.1037/0012-1649.41.6.885

Lovejoy, M. C., Graczyk, P. A., O'Hare, E., & Neuman, G. (2000). Maternal depression and parenting behavior : A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, *20*(5), 561-592. https://doi.org/10.1016/s0272-7358(98)00100-7

Lyons-Ruth, K., & Spielman, E. (2004). Disorganized infant attachment strategies and helpless-fearful profiles of parenting : Integrating attachment research with clinical intervention. *Infant Mental Health Journal*, *25*(4), 318-335. https://doi.org/10.1002/imhj.20008

Marcelli, D., & Cohen, D. (2012). *Enfance et psychopathologie*. Elsevier Masson.

Martins, C., & Gaffan, E. A. (2000). Effects of early maternal depression on patterns of infant-mother attachment : A meta-analytic investigation. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, *41*(6), 737-746.

Marvin, R., Cooper, G., Hoffman, K., & Powell, B. (2002). The Circle of Security project:Attachment-based interventionwith caregiver–pre-school childdyads. *Attachment and human development*, *4*(1), 107-124.

Marziali, E. (1984). Three viewpoints on the therapeutic alliance : Similarities, differences, and associations with psychotherapy outcome. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, *172*(7), 417-423. https://doi.org/10.1097/00005053-198407000-00008

Matos, I., Tereno, S., Wendland, J., Guédeney, N., Panaccione, E., Fuentealba, L., Dugravier, R., Greacen, T., Saïas, T., Tubach, F., & Guédeney, A. (2017). La sensibilité maternelle et la sécurité de l'attachement dans un projet d'intervention précoce. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, *65*(4), 219-224. https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2016.11.007

Mazet, P., & Feo, A. (1996). Interactions précoces et recherche. *Pour la recherche*, 2-9.

McDonough, S. C. (1995). Promoting Positive Early Parent-Infant Relationships Through Interaction Guidance. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, *4*(3), 661-672. https://doi.org/10.1016/S1056-4993(18)30426-7

McNaughton, D. B. (2004). Nurse home visits to maternal–child clients : A review of intervention research. *Public Health Nursing*, *21*(3), 207-219. https://doi.org/10.1111/j.0737-1209.2004.021303.x

Merton, R. K. (1995). The Thomas Theorem and the Matthew Effect. *Social Forces*, *74*(2), 379-422. https://doi.org/10.2307/2580486

Meynckens-Fourez, M., & Henriquet-Duhamel, M.-C. (2007). L'approche structurale de Salvador Minuchin. In *Dans le dédale des thérapies familiales* (p. 43-63). Erès. https://www.cairn.info/dans-le-dedale-des-therapies-familiales--9782749203928-page-43.htm

Milgrom, J. (1994). Mother-infant interactions in postpartum depression : An early intervention program. *The Australian Journal of Advanced Nursing: A Quarterly Publication of the Royal Australian Nursing Federation*, *11*(4), 29-38.

Milgrom, J., Ericksen, J., McCarthy, R., & Gemmill, A. W. (2006). Stressful impact of depression on early mother–infant relations. *Stress and Health*, *22*(4), 229-238. https://doi.org/10.1002/smi.1101

Miller, T. R. (2015). *Projected Outcomes of Nurse-Family Partnership Home Visitation During 1996-2013, United States*. *6*(16), 765-777. https://doi.org/10.1007/s11121-015-0572-9.

Ministère de la santé (1972). *Programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies et déficiences mentales des enfants et des adolescents, n° Circulaire n° 72-443*. JO.

Ministère de la santé (1992) *Orientations de la politique de santé mentale en faveur des enfants et adolescents, Circulaire N°70.* JO.

Ministère de la santé (1990) *Circulaire d'orientations de la politique de santé mentale*. JO.

Ministère des solidarités et de la santé. (2017). *Stratégie nationale de santé 2018-2022*. JO.

Ministère des solidarités et de la santé. (2020). *Les 1000 premiers jours. Là où tout commence* (p. 130).

Minuchin, S. (1979). *Familles en thérapie*. Editions Universitaires.

Missonnier, S. (2009). *La consultation thérapeutique périnatale*. ERES. https://doi.org/10.3917/eres.misso.2005.01

Molénat, F. (2001). *Naissances : Pour une éthique de la prévention*. ERES. https://doi.org/10.3917/eres.molen.2001.01

Molénat, F. (2009). *Prévention précoce : Petit traité pour construire des liens humains*. Erès. https://www.cairn.info/prevention-precoce-petit-traite-pour-construire--9782749210896.htm

Moralès-Huet, M. (1996). Psychothérapies mère-bébé à domicile. Traitements de dyades mère-enfants à risques et inaccessibles aux soins en institution. *Devenir*, *8*(2), 7-41.

Moralès-Huet, M., & Guédeney, N. (2007). Apports de la théorie de l'attachement aux psychothérapies conjointes parents-jeune enfant. In *L'attachement : Approche Clinique et Thérapeutique (4° Édition)* (p. 301-313). Elsevier Masson. https://doi.org/10.1016/B978-2-294-74519-5.00021-X

Moreau, J., Précourt, S., Dupuis, G., & Wendland, J. (2020). La GED : Un outil francophone pour la détection des retards de développement chez les enfants de 0 à 5 ans. *Devenir*, *32*(2), 69-86.

Murray, L., Cooper, P. J., Wilson, A., & Romaniuk, H. (2003). Controlled trial of the short- and long-term effect of psychological treatment of post-partum depression. Impact on the mother-child relationship and child outcome. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science, 182*, 420-427.

Murray, L., Sinclair, D., Cooper, P., Ducournau, P., Turner, P., & Stein, A. (1999). The socioemotional development of 5-year-old children of postnatally depressed mothers. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines, 40*(8), 1259-1271.

Neyrand, G. (2004). Paradoxes et perspectives de la prévention. In *Prévention précoce, parentalité et périnatalité* (p. 61-73). Erès.

Nylen, K. J., Moran, T. E., Franklin, C. L., & O'hara, M. W. (2006). Maternal depression : A review of relevant treatment approaches for mothers and infants. *Infant Mental Health Journal, 27*(4), 327-343. https://doi.org/10.1002/imhj.20095

O'Hara, M. W., & Swain, A. M. (1996). Rates and risk of postpartum depression-A meta-analysis. *International Review of Psychiatry, 8*(1), 37-54. https://doi.org/10.3109/09540269609037816

Olds, D. (2006). The nurse–family partnership : An evidence-based preventive intervention. *Infant Mental Health Journal, 27*(1), 5-25. https://doi.org/10.1002/imhj.20077

Olds, D., Kitzman, H., Cole, R., & Robinson, J. (1997). Theoretical foundations of a program of home visitation for pregnant women and parents of young children. *J Community Psychol, 25*(1), 9-25. https://doi.org/10.1002/(SICI)1520-6629(199701)25:1<9::AID-JCOP2>3.0.CO;2-V

Olds, D., & Korfmacher, J. (1998). Maternal psychological characteristics as influences on home visitation contact. *Journal of community psychology, 26*(1), 23-36.

Olds, D. L., Eckenrode, J., Henderson, C. R., Kitzman, H., Powers, J., Cole, R., Sidora, K., Morris, P., Pettitt, L. M., & Luckey, D. (1997). Long-term effects of home visitation on maternal life course and child abuse and neglect. Fifteen-year follow-up of a randomized trial. *JAMA, 278*(8), 637-643.

Olds, D. L., Sadler, L., & Kitzman, H. (2007). Programs for parents of infants and toddlers : Recent evidence from randomized trials. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 48*(3-4), 355-391. https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2006.01702.x

OMS. (2013). *Santé de la mère, du nouveau né, de l'enfant et de l'adolescent, développement du jeune enfant*. https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/child/development/fr/

Osofsky, J. D., & Thompson, M. D. (2000). Adaptive and maladaptive parenting : Perspectives on risk and protective factors. In *Handbook of early childhood intervention, 2nd ed* (p. 54-75). Cambridge University Press. https://doi.org/10.1017/CBO9780511529320.005

Paris, R., Spielman, E., & Bolton, R. E. (2009). Mother–infant psychotherapy : Examining the therapeutic process of change. *Infant Mental Health Journal, 30*(3), 301-319. https://doi.org/10.1002/imhj.20216

Patrascu, S. (2006). Fantômes et anges dans al chambre de l'enfant. *Spirale, 40*, 71-76.

Pawl, J. (1995). The therapeutic relationship as human connectedness : Being held in another's mind. *Zero to three, 15*, 1-5.

Peyron, M. (2019). *Pour sauver la PMI, agissons maintenant ! Paris. Ministère des affaires sociales et de la santé.* https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2018-102r-pmi.pdf

Pichot, P., & Lempérière, T. (1964). Analyse factorielle d'un questionnaire d'auto-évalualion des symptomes depressifs. *Revue de Psychologic Appliquée*, *14*, 15-29.

Pierrehumbert, B. (2003). *Le premier lien : Théorie de l'attachement*. Odile Jacob.

Pierron, A., Fond-Harmant, L., Laurent, A., & Alla, F. (2018). Supporting parenting to address social inequalities in health : A synthesis of systematic reviews. *BMC Public Health*, *18*(1), 1087. https://doi.org/10.1186/s12889-018-5915-6

Piper, W. E., McCallum, M., Azim, H. F. A., & Joyce, A. S. (1993). Understanding the Relationship between Transference Interpretation and Outcome in the Context of Other Variables. *American Journal of Psychotherapy*, *47*(4), 479-493. https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.1993.47.4.479

Poissant, J. (2014). *Les conditions de succès des actions favorisant le développement global des enfants. Etat des connaissances*. INSPQ. https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1771_CondSucActDeveEnf_EtatConn.pdf

Puura, K., & Kaukonen, P. (2010). Parent infant psychotherapies and indications for inpatient versus outpatient treatments. In *Parenthood and mental health. A bridge between infant and adult psychiatry* (Wiley-Blackwell, p. 401-414). Wiley-Blackwell.

Ramey, C. T., & Ramey, S. (1998). Early intervention and early experience. *American Psychologist*, *53*(2), 109-120. https://doi.org/10.1037/0003-066X.53.2.109

Reynolds, W. M., & Gould, J. W. (1981). A psychometric investigation of the standard and short form Beck Depression Inventory. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *49*(2), 306-307. https://doi.org/10.1037/0022-006X.49.2.306

Rogers, C. (1968). *Le développement de la personne*. Dunod.

Rosenzweig, S. (1936). Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. *American Journal of Orthopsychiatry*, *6*(3), 412-415. https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1936.tb05248.x

Sadler, L. S., Slade, A., Close, N., Webb, D. L., Simpson, T., Fennie, K., & Mayes, L. C. (2013). Minding the Baby : Enhancing reflectiveness to improve early health and relationship outcomes in an interdisciplinary home visiting program. *Infant mental health journal*, *34*(5). https://doi.org/10.1002/imhj.21406

Saïas, T. (2018). *Nos services de prévention précoces : Comment éviter d'ajouter des inégalités aux inégalités*. CRUJF. https://www.youtube.com/watch?v=1Qtn64UAIao&t=5s

Saïas, T., Bonnard, A., Smaïli, H., Clouet, F., & Poissant, J. (2015). Favoriser l'attachement parents-enfants. *Cahiers de la Puéricultrice*, *52*(283), 12-16. https://doi.org/10.1016/j.cahpu.2014.11.002

Saïas, T., Clavel, C., Dugravier, R., Bonnard, A., & Bodard, J. (2018). Les interventions à domicile en protection maternelle et infantile. Résultats d'une étude nationale. *Santé Publique*, *30*(4), 477. https://doi.org/10.3917/spub.185.0477

Saïas, T., Kargakos, S., Poissant, J., & Eury, C. (2019). Intervenir sur les facteurs de risque de maltraitance infantile : Quelle aisance chez les professionnels français de prévention précoce ? *Recherche en soins infirmiers*, *138*(3), 43-52. Cairn.info. https://doi.org/10.3917/rsi.138.0043

Sanders, M. R. (2008). Triple P-Positive Parenting Program as a public health approach to strengthening parenting. *Journal of Family Psychology*, *22*(4), 506-517. https://doi.org/10.1037/0893-3200.22.3.506

Sanders, M. R., Markie-Dadds, C., Tully, L. A., & Bor, W. (2000). The triple P-positive parenting program : A comparison of enhanced, standard, and self-directed behavioral family intervention for parents of children with early onset conduct problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *68*(4), 624-640.

Scarano de Mendonça, J., Cossette, L., Lapointe, M.-N., & Strayer, F. F. (2008). Vers une analyse systémique des liens d'attachement. *Bulletin de psychologie*, *495*(3), 257. https://doi.org/10.3917/bupsy.495.0257

Schaming, C., & Wendland, J. (2021). Évaluation du sentiment de sécurité postnatal chez les mères : Adaptation et validation en langue française du Parents' Postnatal Sense of Security instrument (PPSSi): *Devenir*, *33*(3), 181-207. https://doi.org/10.3917/dev.213.0181

Sellenet, C. (2002). Essai de conceptualisation du terme « parentalité ». *La prentalité en question*, p. 10.

Shaw, E., Levitt, C., Wong, S., & Kaczorowski, J. (2006). Systematic review of the literature on postpartum care : Effectiveness of postpartum support to improve maternal parenting, mental health, quality of life, and physical health. *Birth*, *33*(3), 210-220. https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.2006.00106.x

Shonkoff, J. P., Boyce, W. T., & McEwen, B. S. (2009). Neuroscience, Molecular Biology, and the Childhood Roots of Health Disparities : Building a New Framework for Health Promotion and Disease Prevention. *JAMA*, *301*(21), 2252. https://doi.org/10.1001/jama.2009.754

Slade, A. (2002). Keeping the baby in mind : A critical factor in perinatal mental health. *Zero to three*, 10-16.

Slade, A., Grienenberger, J., Bernbach, E., Levy, D., & Locker, A. (2005). Maternal reflective functioning, attachment, and the transmission gap : A preliminary study. *Attachment & Human Development*, *7*(3), 283-298. https://doi.org/10.1080/14616730500245880

Slade, A., Holland, M. L., Ordway, M. R., Carlson, E. A., Jeon, S., Close, N., Mayes, L. C., & Sadler, L. S. (2019). Enhancing parental reflective functioning and infant attachment in an attachment-based, interdisciplinary home visiting program. *Development and Psychopathology*, *32*(1), 123-137. https://doi.org/10.1017/S0954579418001463

Slade, A., Sadler, L., De Dios-Kenn, C., Webb, D., Currier-Ezepchick, J., & Mayes, L. (2005). Minding the baby : A reflective parenting program. *The Psychoanalytic Study of the Child*, *60*(1), 74-100. https://doi.org/10.1080/00797308.2005.11800747

Smith, J. A., Baker-Henningham, H., Brentani, A., Mugweni, R., & Walker, S. P. (2018). Implementation of Reach Up early childhood parenting program : Acceptability, appropriateness, and feasibility in Brazil and Zimbabwe. *Annals of the New York Academy of Sciences*, *1419*(1), 120-140. https://doi.org/10.1111/nyas.13678

Soulé, M. (2004). Une ardente obligation : La prévention précoce. In *Prévention précoce, parentalité et périnatalité* (p. 39-46). Erès. https://www.cairn.info/prevention-precoce-parentalite-et-perinatalite--9782749201900.htm

Soulé, M., & Noël, J. (1985). La prévention médico-psychosociale précoce. In *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent* (2° édition, p. 3013-3042). PUF. https://www-cairn-info.bases-doc.univ-lorraine.fr/nouveau-traite-de-psychiatrie-de-l-enfant-et-de-l--9782130545576-page-3013.htm

Soulé, M., Noël, J., & Frichet, A. (1989). Le travail préventif auprès de la famille en faveur du très jeune enfant. In *Psychopathologie du bébé* (p. 751-759). PUF.

Spielman, E. (2002). Early Connections : Mother-infant psychotherapy in support of perinatal mental health. *Zero to three*, *22*, 26-30.

Stern, D. (1997). *La constellation maternelle* (D. Cupa, Trad.; Calmann-Lévy). Calmann-Lévy.

Stern, D. N., Bruschweiler-Stern, N., & Freeland, A. (1998). *La naissance d'une mère*. O. Jacob.

Stern-Bruschweiler, N., & Stern, D. N. (1989). A model for conceptualizing the role of the mother's representational world in various mother-infant therapies. *Infant Mental Health Journal*, *10*(3), 142-156. https://doi.org/10.1002/1097-0355(198923)10:3<142::AID-IMHJ2280100303>3.0.CO;2-M

Stoleru, S., & Morales-Huet, M. M. (1988). Preventive intervention strategies with hard-to-reach mothers : A collaboration between midwives and psychotherapists. *Infant Mental Health Journal*, *9*(1), 72-81.

Suchocka, A., & Kovess-Masféty, V. (2006). Promotion et prévention en santé mentale chez les très jeunes enfants : Revue de la littérature. *Annales Médico-psychologiques*, *164*(3), 183-194. https://doi.org/10.1016/j.amp.2005.04.014

Sutter-Dallay, A. L. (2019). *L'hypersensibilité émotionnelle de la grossesse : De la dysrégulation aux troubles, colloque « innover et agir avec l'attachement »* [Communication personnelle].

Sutter-Dallay, A.-L. (2017). Environnement sociétal du bébé : Soins psychiques en psychiatrie périnatale. In *Bébé Sapiens* (p. 393-398). ERES. https://www.cairn.info/bebe-sapiens--9782749256115-page-393.htm

Sutter-Dallay, A.-L., Dequae-Merchadou, L., Glatigny-Dallay, E., Bourgeois, M.-L., & Verdoux, H. (2008). Impact de la dépression postnatale maternelle précoce sur le développement cognitif du nourrisson : Étude prospective sur 2 ans. *Devenir*, *20*(1), 47-63.

Sweet, M. A., & Appelbaum, M. I. (2004). Is Home Visiting an Effective Strategy? A Meta-Analytic Review of Home Visiting Programs for Families With Young Children. *Child Development*, *75*(5), 1435-1456. https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2004.00750.x

Szanto-Feder, A. (2002). *Lóczy, un nouveau paradigme : L'Institut Pikler dans un miroir à facettes multiples*. PUF.

Tarabulsy, G. M. (2020). *Webinaire de l'institut de la parentalité* [Youtube]. https://www.youtube.com/watch?v=87djxChubfs

Tatu, P., Pellet, J., Lang, F., Pichon, M., & Coerchon, C. (1994). La SCL 90 R dans un échantillon de sujets francophones libres de troubles psychiatriques. *Annales Médico-psychologiques*, *152*(3), 187-190.

Teissedre, F., & Chabrol, H. (2004). Étude de l'EPDS (Échelle postnatale d'Edinburgh) chez 859 mères : Dépistage des mères à risque de développer une dépression du post-partum. *L'Encéphale*, *30*(4), 376-381. https://doi.org/10.1016/S0013-7006(04)95451-6

Tereno, S. (2021). *Programme d'intervention précoce : Entretien avec le Professeur Tereno*. https://www.youtube.com/watch?v=tcqnAmUT-dI

Tereno, S., & Perdereau, F. (2016). Théorie de l'attachement et approches systémiques. In *L'attachement : Approche clinique et thérapeutique* (p. 367-378). Elsevier.

Tissot, H., Frascarolo, F., Despland, J.-N., & Favez, N. (2011). Dépression post-partum maternelle et développement de l'enfant : Revue de littérature et arguments en faveur d'une approche familiale. *La psychiatrie de l'enfant*, *54*(2), 611-637.

Tourrette, C., & Guedeney, A. (2012). *L'évaluation en clinique du jeune enfant : Le bébé et ses parents, 90 tests, échelles et questionnaires, dépistage et diagnostic, clinique et recherche*. Dunod.

Trouve, claire, Vienne, P., & Marrot, B. (2003). *La prévention sanitaire en direction des enfants et des adolescents* (p. 120).

Tubach, F., Greacen, T., Saïas, T., Dugravier, R., Guedeney, N., Ravaud, P., Tereno, S., Tremblay, R., Falissard, B., & Guedeney, A. (2012). A home-visiting intervention targeting determinants of infant mental health : The study protocol for the CAPEDP randomized controlled trial in France. *BMC Public Health*, *12*(1). https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-648

Urbain-Gauthier, N., & Allegaert, H. (2009). L'observation : Un soin de la relation parent/bébé en psychiatrie. *La psychiatrie de l'enfant*, *52*(1), 167-199. https://doi.org/10.3917/psye.521.0167

Valdimarsdóttir, U., Hultman, C. M., Harlow, B., Cnattingius, S., & Sparén, P. (2009). Psychotic illness in first-time mothers with no previous psychiatric hospitalizations : A population-based study. *PLoS Medicine*, *6*(2), e13-e13. https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000013

Vézina, N. (2005). *Elaboration et validation de la Grille d'Evaluation du Développement de l'enfant 0-5 ans*. Université du Quebec à Montréal.

Wagner, M. M., & Clayton, S. L. (1999). The Parents as Teachers Program : Results from Two Demonstrations. *The Future of Children*, *9*(1), 91-115. https://doi.org/10.2307/1602723

Wagner, M., Spiker, D., & Linn, M. I. (2002). The Effectiveness of the Parents as Teachers Program with Low-Income Parents and Children. *Topics in Early Childhood Special Education*, *22*(2), 67-81. https://doi.org/10.1177/02711214020220020101

Wasterlain, A., Alexandre, M., & Gaugue, J. (2017). Observation des interactions précoces mère-bébé en situation de jeu : Une revue de littérature des instruments. *Devenir*, *29*(1), 45-67.

Watzlawick, P., Beavin, J. H., Jackson, D. D., & Morche, J. (1979). *Une logique de la communication*. Du seuil.

Weatherston, D. (1997). She needed to talk and I needed to listen. *Zero to three 18*(3), 6-12.

Weatherston, D. J. (1995). She does love me, doesn't she? *Zero to three*, *15*(4), 7-11.

Weatherston, D. J. (2000). The Infant Mental Health Specialist. *Zero to three*, *21*, 3-10.

Weatherston, D. J. (2003). La santé mentale du nourrisson : Une revue de la littérature. *Devenir*, *15*(1), 49-83. https://doi.org/10.3917/dev.031.0049

Weatherston, D. J. (2007). Le voyage d'une supervision en santé mentale du très jeune enfant. *Devenir*, *19*(2), 131-150. https://doi.org/10.3917/dev.072.0131

Weatherston, D., Weigand, R. F., & Weigand, B. (2010). Reflective Supervision : Supporting Reflection as a Cornerstone for Competency. *Zero to Three*, *31*(2), 22-30.

Weinberg, M. K., & Tronick, E. Z. (1998). The impact of maternal psychiatric illness on infant development. *The Journal of Clinical Psychiatry*, *59*(2), 53-61.

Welniarz, B., Saïas, T., Excoffon, E., Purper-Ouakil, D., Wendland, J., Tereno, S., Dugravier, R., Haddad, A., Weatherstone, D., Guédeney, A., & Greacen, T. (2016). La supervision individuelle des intervenants à domicile dans le programme CAPEDP de prévention en périnatalité : Le point de vue des intervenantes supervisées sur les recommandations de bonnes pratiques de leurs superviseurs. *Devenir*, *28*(2), 73. https://doi.org/10.3917/dev.162.0073

Wendland, J. (2004). Compétences du nourrisson et représentations maternelles du bébé : Résultats d'une intervention précoce. *La psychiatrie de l'enfant*, *47*(1), 183. https://doi.org/10.3917/psye.471.0183

Wendland, J., Danet, M., Gacoin, E., Didane, N., Bodeau, N., Saias, T., Le Bail, M., Cazenave, M.-T., Molina, T., Puccinelli, O., Chirac, O., Medeiros, M., Gerardin, P., Cohen, D., & Guedeney, A. (2014). French Version of the Brief Infant-Toddler Social and Emotional Assessment Questionnaire-BITSEA. *Journal of Pediatric Psychology*, *39*(5), 562-575. https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsu016

Winnicott, D. W. (1972). *La consultation thérapeutique et l'enfant*. Gallimard.

Winnicott, D. W., & Pontalis, J.-B. T. (1975). *Jeu et réalité : L'espace potentiel* (C. Monod, Trad.). Gallimard.

Winnicott, D. W., Sauguet, H., & Kalmanovitch, J. (1958). *De la pédiatrie à la psychanalyse* (Vol. 1-2°). Payot.

ANNEXES

Les annexes ne sont pas fournies dans ce manuscrit, elles sont transmises dans un document séparé.

Sommaire des Annexes

Annexe 1 : Article publié dans « La santé en action », Mars 2019, n°447, p46-47
« Lunévillois, développement de l'enfant et accompagnement à domicile »

Annexe 2 : Article publié dans « Les cahiers de la puéricultrice », Novembre 2020, n°341, p12-17
« Une recherche-action axée sur l'accompagnement à domicile pour le développement de l'enfant »

Annexe 3 : Article publié dans « Frontiers in psychiatry », Juin 2021
« Child development and early interaction: PERL research protocol, a preventive home visiting program, randomized controlled trial in France »

Annexe 4 : Poster de presentation de la recherche PERL, Juin 2018

Annexe 5 : Echelle d'évaluation des interactions précoces parent-enfant PIM-13
« Parent-Infant, early Interactions Measure 13 items »

Annexe 6 : Rapport d'analyse des processus et mécanismes de l'intervention PERL

Annexe 7 : Guide de mise en œuvre de l'intervention PERL
« PERL, un programme d'accompagnement à la parentalité en PMI : Guide de mise en œuvre »

Annexe 8 : Mémoire de Master 1
« Analyse de l'acceptabilité et du ressentis des parents participants au programme d'accompagnement PERL », Alex Toreilles