



HAL
open science

Evaluation de prises en charge précoces et d'interventions médico-sociales auprès de familles “ à risque ”. Analyse d'une démarche exploratoire

Annick-Camille Dumaret

► To cite this version:

Annick-Camille Dumaret. Evaluation de prises en charge précoces et d'interventions médico-sociales auprès de familles “ à risque ”. Analyse d'une démarche exploratoire. A. Haddad, A. Guedeney, T. Greacen. Santé Mentale du jeune enfant : prévenir et intervenir, Erès, pp.127-137, 2004. inserm-00353604

HAL Id: inserm-00353604

<https://www.hal.inserm.fr/inserm-00353604>

Submitted on 15 Jan 2009

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.

Paru dans « *Santé Mentale du jeune enfant : prévenir et intervenir* », sous la dir. A. Haddad, A. Guedeney, T. Greacen, Ed. ERES, mai 2004, Ramonville Saint-Agne, pp 127-137.

**Evaluation de prises en charge précoces et d'interventions médico-sociales
auprès de familles « à risque »
Analyse d'une démarche exploratoire**

Annick-Camille DUMARET¹

Tout professionnel ne peut manquer de s'interroger sur l'évolution ultérieure des enfants dont il a été amené à s'occuper. Son inquiétude lors de la fin des prise en charge se confirmera-t-elle ou sera-t-elle infirmée ? Personne ne méconnaît aujourd'hui la nécessité de l'évaluation. Evaluer l'adéquation des outils de travail et des actions entreprises au sein d'un service de soins est une exigence si on veut en améliorer les pratiques, même si chaque institution ou chaque population traitée est unique.

Accompagner des familles présentant des troubles de la parentalité, aider des familles à haut risque psychique et/ou psychosocial, prévenir la maltraitance et les placements, rompre avec l'exclusion, tels sont les objectifs d'équipes qui se sont organisées dans le domaine de la Petite Enfance. Plusieurs de ces institutions ou services - axées sur les dysfonctionnements de la relation parents-enfants et la lutte contre la maltraitance, sur le développement des potentialités de l'enfant - ont désiré évaluer leur action après de très nombreuses années de fonctionnement. Elles ont été des pionnières dans leur conception du travail avec les familles (accès aux soins précoces, interventions et accompagnements à domicile...). Il s'agit de l'Unité de Soins Spécialisés à Domicile de jeunes enfants, gérée par la Fondation de Rothschild et fondée par Myriam David. Seul service d'éducation spécialisée et de soins à domicile SESSAD de Paris, il fut dirigé pendant près de 20 ans par le Dr. Jardin (lieu A). Il s'agit aussi du « groupe du mardi », une des activités du centre d'action médico-sociale précoce de Roubaix dirigé également depuis plus de vingt ans par le Dr. Titran (lieu B) et CAP Alésia (du CFPE) fondé par Janine Oxley et Michèle Rouyer en 1985 (lieu C dirigé par H. Raemy). N'ayant pas les outils spécifiques, n'étant pas dans la position éthique de le faire de « l'intérieur », elles se sont mobilisées pour accueillir une équipe de recherche externe qui apportait une certaine distance dans cette démarche.

¹ Psychologue, ingénieur de recherche à l'INSERM, Centre de Recherche Médecine, Sciences, Santé et Société, CERMES-Inserm U502, site CNRS, 7 rue Guy Môquet, 94 801 Villejuif Cedex

C'est ainsi qu'à leur demande et avec leur collaboration, j'ai mené ces trois études dans le cadre du CERMES (note 1). Mon centre d'intérêt était plus axé sur la question des effets à long terme de graves carences et maltraitements sur le développement des enfants après modifications environnementales comme celles effectuées lors de prises en charge thérapeutiques et/ou médico-sociales. Ces lieux de soins prennent en compte la globalité de l'entourage du jeune enfant et s'efforcent d'agir sur plusieurs facteurs de risque et d'inadaptation dans le développement.

Que sont devenues ces familles plusieurs années après la fin de prises en charge précoces et de longue durée apportées par ces institutions soignantes ?

Comment s'est effectuée la réorganisation du réseau socio-familial et quelles relations parents-enfants ? Les risques de maltraitance ont-ils diminué, voire disparu ?

Quelle est la pertinence des bénévoles travaillant en articulation avec des professionnels ? Le savoir-faire de l'équipe doit-il être réorienté... ?

Autant de questions posées dans le cadre de l'évaluation, mais précisons d'emblée que nous ne nous situons pas dans une démarche évaluative médicale.

S'il existe des travaux cliniques sur les effets de interventions précoces, si la mise en place de recherche dans le cadre des unités mère-bébé est amorcée, les évaluations sur les effets à long terme des prises en charge précoces sont pratiquement inexistantes actuellement en France – alors qu'elles ont fait l'objet de très nombreuses publications scientifiques à l'étranger. Les effets des prises en charge familiales précoces, participant toutes d'une prévention médico-psycho-sociale, sont variables selon qu'elles agissent sur un ou plusieurs facteurs de risque et que les soutiens sont de plus ou moins longue durée (Dumaret 2003). Plusieurs de ces programmes d'interventions ont montré le rôle médiateur de la qualité des interactions mère-enfant dans le développement intellectuel et du langage de l'enfant. Si des effets très nets ont été montrés à court terme, ceux à long terme restent plus mitigés, en lien avec l'implication des familles dès la période prénatale et leur adhésion à l'ensemble du programme de soins. Les plus efficaces ont toujours une double approche, l'amélioration du développement de l'enfant et la participation des parents (Earls 1998).

Pour un premier travail dans un domaine encore peu documenté, c'est une approche globale qui a été choisie, avec une option psychosociale centrée sur les familles avec un volet plus clinique quant aux enfants et adolescents. En effet, si leur devenir était une interrogation primordiale pour les cliniciens, il m'a également paru nécessaire de rencontrer les parents pour mieux cerner la qualité de l'entourage familial et ainsi apprécier les conditions environnementales dans lesquelles se sont développés les jeunes.

Faire travailler ensemble des équipes de cliniciens et des chercheurs nécessite de trouver une problématique acceptable pour les deux parties et un langage commun. Le protocole choisi doit avoir été réfléchi et discuté ensemble : « *Aucun outil d'évaluation ne peut être efficace s'il n'est pas sécrété par une équipe qui l'investit en tant que sa propre création. C'est seulement à ce prix que l'évaluation peut faire figure de véritable processus de recherche-action-formation...* » (Golse, 2001). Outre l'investissement financier (note 2), nous avons dû, à des moments différents, solliciter l'aide de nombreuses personnes et services pour la recherche et coordonner le travail qui aura duré en moyenne au moins quatre ans dans chacun des lieux étudiés.

Le travail préliminaire oblige à bien cerner les populations suivies, repérer les types d'interventions et d'accompagnement proposés aux familles ainsi que les références théoriques des équipes.

L'objectif global initial est assez identique pour ces institutions qui s'inscrivent dans la protection de l'enfance : traiter la parentalité défaillante dans des situations d'extrême gravité mais aussi dans des cas plus ordinaires, oeuvrer pour la (re)construction des liens familiaux et le développement des potentialités de l'enfant. Leurs interventions sont à but thérapeutique et préventif en aidant les parents à être mieux sensibilisés aux besoins psychiques et affectifs de leurs enfants. Ces trois institutions travaillent dans la continuité depuis de nombreuses années, un travail est mené en partenariat avec les équipes sociales et médicales (pouponnières, placements familiaux, PMI, SSE, crèches, écoles), celles de la justice et des services d'hygiène mentale adulte (note 3).

Toutefois, leurs modalités de soins diffèrent. Dans deux de ces lieux, les équipes sont pluridisciplinaires (A et B), dans le troisième, seuls exercent des psychologues (C). L'un de ces lieux va se centrer sur le bébé ou le petit enfant en intégrant la famille et son environnement et les soins (Jardin 1994). Les deux autres se centrent en premier lieu sur les parents et leur potentiel de compétences : des bénévoles collaborent avec des professionnels à une action commune, avec en plus, pour l'un, des rééducations et soins individuels pour les enfants (Titran 1993). L'assistante sociale est absente là où les soins psychiatriques et psychologiques sont différenciés du soin social, elle est présente dans celui où l'une des préoccupations principales est de traiter l'exclusion avant de faire de l'action médico-sociale (lieu C).

Par ailleurs, les références théoriques des équipes sont également différentes. D'un côté, le champ conceptuel de la psychanalyse dans les lieux A et C traitant tous deux la pathologie du lien, de l'autre, la santé communautaire et la pédiatrie sociale (lieu B), mais toujours une écoute importante et un regard porté sur des parents en souffrance, des parents à qui il faut redonner confiance et estime de soi, et non uniquement des parents maltraitants, des parents

« malades mentaux ». Je tiens à remercier au passage l'équipe de Cap Alésia qui m'a fait approfondir la lecture de Lévinas, un de leurs référents théoriques.

Pour cet ensemble de travaux répondant à des questions de santé publique, je me suis située dans la perspective socio-écologique de Bronfenbrenner et dans la perspective de la sociologie de la famille associée à la psychologie développementale de Belsky (1984). C'est l'ensemble du système familial qui a été observé plusieurs années après la fin des soins. Le cadre théorique proposé par Didier Houzel et col. (1999) a été utilisé pour le repérage de la parentalité.

Quelle méthodologie ?

La méthodologie est liée aux objectifs choisis. N'ayant pu réaliser une étude prospective en suivant les familles, ce qui nous aurait demandé beaucoup de temps, c'est la méthode catamnétique qui a été choisie. Celle-ci a été remise à l'honneur par Mary Ainsworth, dans sa critique des effets à long terme des carences publiée dans les Cahiers de l'OMS en 1962. Il s'agit d'une étude longitudinale dans le passé, méthodologie que nous avons déjà utilisée dans nos travaux passés sur l'adoption et ceux sur le devenir d'anciens placés (Dumaret et Coppel, 1996, Duyme et al. 1999). Elle est plus rapide qu'une étude prospective qui nécessite de suivre longtemps des familles. Ainsi, la population étudiée aujourd'hui a été soigneusement sélectionnée dans le passé.

Les critères de sélection des populations étudiées

C'est souvent l'aspect méthodologique qui est le plus faible dans nombre de travaux. La population à étudier doit répondre à certains critères fixés a priori. Les familles ont été sélectionnées à partir des registres d'admission dans l'institution et d'archives sur l'activité évaluée. Nous avons considéré qu'une durée suffisamment longue était nécessaire (bien que nous ne doutons pas que certaines rencontres et/ou psychothérapies brèves puissent avoir des effets), et qu'il fallait un certain recul depuis la fin des prises en charge et des accompagnements pour repérer comment les familles s'en sortent « seules ». La précocité des soins devait aussi être prise en compte ainsi que l'âge des jeunes que nous avons fixé à 10-13 ans au moment de l'évaluation. Ainsi, les familles sélectionnées répondaient aux critères suivants : 1) une prise en charge précoce ou très précoce (avant 18 mois pour A, avant 4 ans 1/2 pour B) ; 2) une durée de prise en charge d'au moins un an ; 3) une sortie du système de soins depuis au moins 5 ans, avec des enfants d'âge scolaire lors de l'évaluation (pour A et B). Cette sélection permettait théoriquement d'avoir une population relativement homogène, mais il a fallu parfois élargir certains de ces critères selon les lieux pour avoir une population suffisante à étudier. De plus, le calendrier de la recherche n'a pas toujours pu être respecté.

A l'heure actuelle, nous avons étudié la très grande majorité des familles sélectionnées : 31 familles sur les 38 suivies dans le lieu A et 22 familles sur 24 dans le lieu B.

L'analyse des données institutionnelles

Les dossiers institutionnels sont rarement constitués en vue d'une recherche. De densité inégale, ils peuvent contenir des informations parfois très hétérogènes. Chaque lieu a son type de données ; nous avons essayé de les ordonner en y consacrant un temps non négligeable. En effet, certaines sont indispensables afin de pouvoir comparer des situations « avant » « après ».

- Dans le lieu A (très spécialisé dans l'observation des interactions parent(s)-enfant et sensibilisé à la recherche), de nombreuses données existaient. Une grille de dépouillement a été élaborée et discutée avec les professionnels de l'institution, en référence au DSM-IV et à la classification diagnostique Zero-to-Three (1998). On dispose ainsi d'une description de la symptomatologie de l'enfant dans les premiers temps des soins jusqu'à la sortie, de même pour la description du contexte familial. Sans pouvoir pallier un enregistrement des données forcément partiel, cette grille permet d'avoir une analyse descriptive des facteurs de vulnérabilité des situations suivies.

- Dans le lieu B, à partir du dossier médico-social de l'enfant et de sa famille, cahiers individuels de synthèse du groupe du mardi (chronologie des événements et observations à chaque rencontre), on a pu repérer pour chaque famille la participation et sa régularité en fonction du temps, la littérature scientifique sur les évaluations des interventions précoces nous ayant montré l'importance de l'implication des familles comme facteur de réussite dans les programmes d'intervention.

- Dans le lieu C : pour étudier en particulier l'évolution des prises en charge et la réorientation du travail de l'équipe, on a analysé tous les rapports d'activité de l'institution. La mise à plat de l'ensemble des dossiers archivés : âge de l'enfant à l'admission familiale, motifs de consultation, présence ou non de bénévoles pour les accompagnements, pathologie parentale..., a permis de repérer l'évolution de la clientèle et des soins proposés.

Aspects déontologiques

L'abord des familles avait été étudié soigneusement avec les équipes (contacts, relances, présentation du chercheur parfois). Chaque prise de contact et le bien-fondé de certaines rencontres avec des parents très malades ont été discutés avec le responsable de l'institution. Etant donné le nombre de familles à étudier, entre 25 et 40, il fallait s'efforcer au maximum de les trouver pour limiter les biais dus à la perte des sujets. Les entretiens ont été enregistrés avec l'accord des personnes. Il leur était garanti la confidentialité des entretiens et qu'aucun interview ne serait transmis directement aux équipes institutionnelles. Pour rencontrer les enfants accueillis à l'ASE, les autorisations ont été demandées aux détenteurs de l'autorité

parentale. Il a fallu aussi obtenir les autorisations administratives nécessaires afin d'interviewer les familles d'accueil. La procédure de recueil des données a reçu l'aval de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés CNIL en 1998, l'équipe de recherche qui recueillait à la fois des données institutionnelles et des données de l'enquête les transformait en variables informatisées.

La démarche évaluative : approche quantitative ? approche qualitative ?

L'évaluation de l'impact à long terme des soins précoces et de l'accompagnement médico-social nécessitait de rencontrer à la fois les parents et les enfants (A, B). L'analyse des modes de soutien (et leur évolution dans le temps) auprès des familles par l'équipe C qui n'est ni dans la thérapie familiale, ni dans le social mais fonctionne avec des stratégies particulières, est un peu plus sophistiquée ; en plus de l'approche psychosociale des familles, on a ajouté une approche sociologique (la place des bénévoles, leurs relations avec les professionnels, réalisée par M.P. Mackiewicz), et une approche anthropologique (la place du téléphone et des courriers avec l'institution, réalisée par F. Ribeiro-Bittencourt). J'aborderai surtout la démarche évaluative auprès des parents et des enfants, la majorité des instruments étant utilisés de façon identique. Soulignons qu'il est reconnu déjà depuis plusieurs années la nécessité d'avoir plusieurs sources de données sur les sujets évalués.

Pour l'évaluation psychosociale des situations familiales et celle plus clinique des enfants, des entretiens semi-directifs ont été menés auprès des parents (un ou deux, par la même personne dans tous les lieux), des enfants (une seule rencontre par une psychologue clinicienne). Les assistantes maternelles ont également été interviewées ainsi que des référents sociaux (ASE, services des tutelles, IME...) par la même personne ayant rencontré les parents.

On dispose de données quantitatives avec des évaluations standardisées pour les parents et les enfants ; ceci permet de s'extraire des spécificités de l'institution, d'effectuer des comparaisons internes sur des groupes ou sous-groupes et des comparaisons avec d'autres recherches.

On dispose aussi de données qualitatives, avec des regards croisés sur des situations ou des thèmes identiques abordés par les différents acteurs, parents, enfants, assistantes maternelles. En outre, nous avons également étudié la représentation des soins par les parents et repéré la manière dont ils se les sont réappropriés (Dumaret, 2003). Cette question fait référence à l'alliance thérapeutique entre « patients » et professionnels dont le rôle n'est pas négligeable dans la réussite des interventions. Ces données qualitatives sont importantes, elles évitent la simplification réductionniste de certaines analyses au niveau de groupes d'enfants ou de parents ; elles permettent de tenir compte de la trajectoire de chaque enfant et des

différences individuelles. Par exemple, la comparaison des données pour chaque enfant - à l'admission, à la fin des prises en charge et actuellement - permet de repérer l'évolution, le maintien ou la disparition de certains troubles. Les protocoles ont été adaptés en fonction des populations, certaines ne pouvant elles-mêmes remplir des questionnaires (note 4).

Du côté des parents

Les thèmes abordés dans l'entretien de recherche (généralement deux rencontres d'environ une heure) : la situations socio-familiale et professionnelle, les ressources et soutien dans l'entourage, les souvenirs de la prise en charge et des soins, les rôles parentaux, relations parents-enfants et les identifications familiales. C'est volontairement que nous n'avons pas utilisé d'échelle de dépression, de grille d'événements stressants, etc. Non formée à l'école psychanalytique, et n'étant pas médecin, je n'ai pas cherché particulièrement la pathologie dans les situations étudiées, un diagnostic ayant déjà été formulé quant aux parents depuis des années. L'état de santé a été évalué à partir du discours des parents et confronté aux données d'un questionnaire, indicateur synthétique de la qualité de vie liée à la santé, surtout utilisé en épidémiologie : le Nottingham Health Profile (Goldberg et Leclerc, 1984), on est dans le cadre de la morbidité ressentie. Dans le lieu B, les mères rencontrées ont passé un test de compréhension verbale (à partir de la WAIS).

Du côté des enfants

Dans l'entretien était abordé la vie en famille, à l'école et avec les amis, leurs représentations d'eux-mêmes et de la famille (une seule rencontre d'environ une heure par une psychologue clinicienne). Le fonctionnement psychique a été étudié au travers de leur discours (vraisemblance, spontanéité, association d'idées, cohérence du discours etc..., avec une analyse spécifique réalisée par V. Picchi dans le lieu A) à partir de trois histoires à raconter. Nous avons repris le modèle utilisé dans nos travaux sur l'adoption tardive (histoires de rencontres et de séparation) en y ajoutant un support visuel (en référence aux travaux de Fonagy et de Target). Le discours des jeunes permet de voir la façon dont ils se perçoivent en tant que sujets et d'appréhender leur capacité d'empathie et de réflexion.

Certains outils standardisés n'ont pu être utilisés, comme l'échelle de comportement adaptatif de Vineland avec ses domaines : communication, autonomie dans la vie quotidienne, socialisation ou le Child Behaviour Checklist (problèmes de comparaisons avec d'autres travaux et d'effectifs étudiés, longueur de passation dans le cas d'une seule rencontre, utilisation impossible auprès de parents ayant des difficultés de compréhension. D'autres, plus cliniques comme le Q-sort, plus utilisé en laboratoire n'ont pas été repris, nous ne nous situons pas uniquement dans le cadre de la relation d'attachement parent-enfant.

Une estimation du niveau intellectuel a été effectuée avec quelques subtests du WISC-III.

L'échelle de Rutter remplie par les parents ou l'assistante maternelle a permis de repérer l'existence et le type de troubles de comportements socio-scolaires. Le cursus scolaire de l'enfant a été entièrement reconstitué. Un score de compétences sociales des jeunes a été obtenu à partir des entretiens.

La question des groupes contrôle, groupes témoins

Ces institutions étant singulières de par leurs pratiques, il n'était pas possible de faire référence à de tels groupes, comme dans un travail expérimental. Par exemple, l'activité du mardi proposée dans le lieu B n'existe pas dans les autres CAMSP en France, la « psychothérapie d'attention » portée aux familles dans le lieu C est très spécifique. Comment montrer au mieux l'impact de ces soins et accompagnements ? En théorie, il avait été prévu d'étudier un groupe apparié d'enfants du même quartier repérés par la PMI et pour lesquels une proposition de soins orientée vers le lieu A n'avait pas abouti : ce projet représentait une véritable étude en soi et a été abandonné, en partie aussi pour une question éthique.

Pour tenter de repérer les effets de la précocité des soins sur la scolarité (variable facile à étudier) et les comportements, dans le lieu B, nous avons mis en regard la situation des enfants suivis tôt avec celles des autres frères et soeurs non suivis ou suivis très tardivement. Nous avons utilisé le fait que les situations familiales ne sont pas homogènes pour repérer des profils synthétiques dans des sous-groupes de familles, profils dont on peut espérer qu'ils sont comparables avec ceux trouvés dans d'autres institutions. En ce qui concerne les enfants accueillis à l'ASE, nous disposons, grâce à la collaboration de deux placements familiaux de données pour comparer leur situation avec celle de jeunes dont les parents n'ont pas été pris en charge de façon précoce (scolarité, échelle de Rutter, WISC). Rappelons qu'il est nécessaire d'avoir des effectifs suffisants pour mettre en évidence des différences statistiquement significatives.

La collaboration cliniciens, institutionnels et chercheurs

Concernant la situation actuelle d'une part, le présent et le passé d'autre part, les données qualitatives collectées auprès des adultes et des enfants ont été mises en regard, avec d'un côté des variables quantifiées et de l'autre des observations cliniques famille par famille. Ces données ont été discutées au sein de l'équipe de recherche au cours de réunion de synthèse et les informations recueillies ont été confrontées avec celles incluses dans les dossiers et à la connaissance des situations par les cliniciens. La représentation ou la compréhension du dossier initial (psychologique, médico-social...) n'est jamais parfaitement acquise de la part des évaluateurs ; les cliniciens, de leur côté, sont soumis - comme chacun - à l'oubli de certains faits, de plus, les grilles synthétiques, même si elles sont utiles, présentent toujours un aspect déshumanisé de la situation. Aussi, de nombreuses fois, il a fallu revenir au dossier et rediscuter des situations. Ces aller-retour ont permis d'affiner la compréhension des cas

analysés et d'enrichir le champ des interprétations. Par ailleurs, cette collaboration a permis de réfléchir sur la mise en valeur des dossiers institutionnels (fiches récapitulatives, clarification des situations à la fin des prises en charge...). Etant donnée la diversité des orientations des membres des équipes (appartenance disciplinaire et institutionnelle), l'ensemble du matériel recueilli devrait pouvoir donner lieu à plusieurs types d'analyses (monographies, analyse de discours...).

On l'aura constaté, la mise en œuvre d'une démarche exploratoire d'évaluation nécessite des moyens et du temps. Les outils de recherche sont à créer à chaque fois pour chaque type d'étude dont les objectifs doivent être clairement précisés dès le départ. La démarche est souvent plus longue que prévue, l'abord des personnes qui participent à l'évaluation doit être minutieusement étudié ; je pense en particulier aux familles à vulnérabilités multiples, aux familles dans lesquelles ont eu lieu de graves violences. Un tel travail nécessite également de la persévérance et demande une volonté de travailler ensemble pendant des périodes assez longues de la part des partenaires engagés.

Certes la question reste entière du devenir à l'âge adulte des jeunes qui n'ont pas tous encore passé la période de l'adolescence, car « *Le test le plus important à long terme dans la résilience vis-à-vis de ce qu'on a pu vivre étant enfant est de devenir parent* » (Guedeney 1998). Toutefois, ces travaux, dont les résultats sont en cours de publication, montrent, et c'est déjà une étape, que les interventions précoces visant à la fois les parents et les enfants ont des effets curatifs et préventifs au sein des familles : arrêt des maltraitances graves, soins réguliers aux enfants, intérêt des parents pour le bien-être des enfants...

Si l'on garde à l'esprit l'absence de déterminisme concernant le devenir de ces populations, il n'en reste pas moins nécessaire de construire des procédures d'évaluations cliniques standardisées et de développer les études longitudinales ou de type prospectif pour une meilleure compréhension des effets à long terme des facteurs de risque.

Notes

Note 1 : Ont collaboré à ces recherches, en plus des responsables institutionnels, B. Dumont, assistante sociale au CAMSP de Roubaix et toute l'équipe de CAP Alésia, les psychologues V. Picchi, M. Cousin et L. Cohen. Les analyses informatiques et statistiques ont été réalisées par D. Ruffin, ingénieur d'étude CNRS au CERMES.

Note 2 : Ces recherches ont été subventionnées par la Fondation de France, la Fondation de Rothschild (convention n°257-8DH17F), le Centre Français de Protection de l'Enfance, la Fondation Grancher, les Conseils Généraux du Nord et du Pas-de-Calais, la Région Nord Pas-de-Calais et la Fondation Mac Donald.

Note 3 : Les familles à vulnérabilités multiples présentant le plus de facteurs de risque (carences socio-éducatives et sanitaires, conduites alcool-dépendantes et violences, maltraitements...) sont celles suivies dans le lieu B.

Note 4 : Dans deux lieux, un diagnostic précis est posé quant aux parents, dans le troisième, les configurations cliniques sont complexes et diverses : à la grave carence, aux pathologies dépressive et borderline s'ajoute la déficience intellectuelle pour certains parents.

Références

- Ainsworth M.D. (1962) Les répercussions de la carence maternelle: faits observés et controverses dans le contexte de la stratégie des recherches. In « La carence des soins maternels, réévaluation de ses effets. *Cahiers de Santé Publique OMS*, n° 14, 95-163, Genève.
- Belsky J. (1984) The determinants of parenting : A process model. *Child Development*, 55, 83-96.
- Dumaret A.C, Coppel-Batsch M. (1996) Evolution à l'âge adulte d'enfants placés en familles d'accueil. *La Psychiatrie de l'Enfant*, XXXIX, (2):613-671.
- Dumaret A.C. (2003) Soins médico-sociaux précoces et accompagnement psycho-éducatif. Revue de la littérature étrangère. *Archives de Pédiatrie*, 10, 448-461.
- Dumaret A.C. (2003) Soins précoces et guidance parentale: le point de vue des familles. *Dialogue*, 162, 9-24.
- Duyme M., Dumaret A.C., Tomkiewicz S. (1999) How can we boost IQ's of dull children : A late adoption study. *Proc. Natl. Acad. Sci. USA*, 96, 8790-8794.
- Earls F. (1998) Positive effects of prenatal and early childhood intervention. *JAMA*, 280, 1271-1273.
- Goldberg M., Leclerc A. Eds. (1994), *Cohorte GAZEL. 20 000 volontaires d'EDF/GDF pour la recherche médicale, Bilan 1989-1993*, Inserm Eds.
- Golse B. (2001) Lignes de force de l'évaluation en psychiatrie infanto-juvénile. *Psychiatrie Française*, XXXII, 2, 34-38.
- Guedeney A. (1998) Les déterminants précoces de la résilience. In Cyrulnik B ; (sous la dir) *Ces enfants qui tiennent le coup*. Paris, Ed Hommes et Perspectives, 13-26.
- Houzel D. (sous la dir.) (1999), *Les enjeux de la parentalité*, Ed. Erès.
- Jardin F. (1994) Une stratégie de soins précoces du bébé et de la parentalité, apport de l'observation analytique du bébé en crèche à des fins thérapeutiques. *Devenir*, 6, 2, 87-103.
- Titran M. Témoignage : le groupe du mardi ». *Arch. Public Health*, 1993, 51, 135-139.
- Zero to Three (1998) *Classification diagnostique de 0 à 3 ans: classification des diagnostics des troubles de la santé mentale et du développement de la petite enfance*. Ed. Médecine et Hygiène, Genève.