



HAL
open science

Interventions médico-psycho-sociales et accompagnements précoces : Quel devenir pour les familles ?

Annick Camille Dumaret

► To cite this version:

Annick Camille Dumaret. Interventions médico-psycho-sociales et accompagnements précoces : Quel devenir pour les familles ?. Pathologie psychiatrique et grossesse. La qualité en périnatalité. 37èmes Journées Nationales de la Société Française de Médecine Périnatale, Editions Arnette, Rueil Malmaison, pp.29-39, 2007. halshs-00353235

HAL Id: halshs-00353235

<https://shs.hal.science/halshs-00353235>

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 : *Pathologie psychiatrique et grossesse. La qualité en périnatalité.*
37èmes Journées Nationales de la Société Française de Médecine Périnatale.
Editions Arnette, Rueil Malmaison, 2007, p 29-39**

**Interventions médico-psycho-sociales et accompagnements précoces :
Quel devenir pour les familles ?**

A-C DUMARET

Psychologue, ingénieur de recherche à l'INSERM U 750

Centre de Recherche Médecine, Sciences, Santé et Société

7 rue Guy Môquet, 94 801 Villejuif

Mots-clés : soins précoces, familles vulnérables, alliance thérapeutique, relations parents-enfants

Résumé

Une recherche psychosociale menée dans trois lieux de soins s'adressant à des familles peu accessibles aux circuits de soins habituels, a analysé le devenir des familles suivies. Leur objectif commun est de traiter la parentalité défaillante et d'oeuvrer pour la (re)construction des liens familiaux et le développement des potentialités de l'enfant. Plus de soixante dix parents et leurs enfants ont été rencontrés dans cette étude qui s'est appuyée sur un important recueil de données à partir de plusieurs sources : les parents, les enfants, les professionnels qui les ont suivis ou les suivent encore, les familles d'accueil des enfants placés à l'ASE.

La confiance réciproque entre les parents et l'équipe constitue le point de départ de la (re)construction des images parentales. La redécouverte des habiletés parentales et leur redéploiement se sont effectués à travers de tels accompagnements, étayés parfois de soins psychiques pour les parents. Les familles ont pu sortir de leur isolement, les relations parents-enfants se sont améliorées. Les violences et carences graves ont pu être éradiquées et on a constaté un développement "dans la norme" pour les enfants. Aucun enfant n'a été placé depuis la fin des prises en charge.

Dans ces familles touchées par de nombreux problèmes transgénérationnels, l'émergence des acquis parentaux doit néanmoins être consolidée, les interventions précoces doivent être relayées dans un véritable travail en réseau sur le long terme, les ruptures et discontinuités dans les soins ayant des effets dommageables surtout pour les enfants. De telles coopérations entre professionnels nécessite un étayage permanent afin d'éviter le cloisonnement entre les équipes thérapeutiques, sociales et éducatives.

Introduction

Il est communément admis que toute naissance entraîne chez les parents des réaménagements psychologiques. L'enfant, né ou à naître, les entraîne à la fois vers l'avenir mais aussi fait resurgir leur passé, réactualise de difficultés antérieures au niveau du couple, du père, de la mère. rendant vulnérable cette transition vers le rôle parental. La grossesse, qualifiée de « *transparence psychique* » selon Monique Bydlowski, d'accessibilité au monde intérieur en remaniement de la mère est un moment privilégié où son fonctionnement psychique peut s'ouvrir à des interventions précoces utiles pour la mise en place de la triangulation mère-père-enfant. Or, certaines situations obstétricales risquent d'être dramatiques et douloureuses, avec des risques de dépression et de rupture [1], en l'absence de dépistage, de prises en charge ou parce que les parents refusent tout contact suivi avec le psychiatre ou l'obstétricien.

D'une façon générale, la littérature scientifique montre que l'isolement socio-relationnel représente un facteur de mal-être, de risque de violences intra-familiales et un facteur pathogène dans la relation parent-enfant. Il se conjugue souvent avec la maladie psychiatrique et la précarité économique, mais la psychopathologie ne doit toutefois pas être confondue avec la grande précarité. Dans les milieux où les stress sont nombreux (dépression, isolement, précarité, problèmes psychiatriques, difficultés avec la justice...), les difficultés de maniement de la langue française, de compréhension et d'expression du ressenti de la part des parents empêchent, dès le prénatal, la rencontre avec les professionnels sollicités. Ces derniers ont du mal à se représenter l'ensemble des problématiques familiales en question et ils éprouvent eux-mêmes des difficultés à comprendre et aider ces familles. La psychopathologie des parents maltraitants étant multiforme, ceux-ci ne sont généralement pas accessibles aux cadres thérapeutiques classiques proposés et refusent souvent, dans un premier temps, un soin qui serait autre chose qu'un accueil. Par ailleurs, dans le cas de l'alcoolisme maternel actif, il est difficile pour les mères d'assurer la régularité nécessaire dans les rendez-vous pour elles-

mêmes et pour leurs enfants, et ce, même si elles en expriment le désir. Comment obtenir une aide en alcoologie du type sevrage en secteur périnatal et ne pas se séparer de son enfant ? La prise en charge globale de la famille par la psychiatrie adulte reste difficile. En outre, dans les familles en situation d'exclusion, les parents ont parfois renoncé à demander de l'aide face à la parcellarisation des prises en charge proposées.

Depuis plus de vingt ans, des institutions ont innové dans la prise en charge de familles en souffrance, peu accessibles aux circuits de soins habituels. Des stratégies de rencontre ont été mises en place non seulement dans le champ de la périnatalité mais aussi dans ceux de la petite enfance et de la Protection de l'enfance. Plus particulièrement dans le champ de la périnatalité, il s'agit d'être là au moment où la structure familiale se modifie et se réorganise, où le nouvel enfant est le moteur d'une nouvelle histoire, où la place de chacun se redéfinit ; ce qui permet l'accès aux soins précoces et à la prévention. Ces modes de soutien correspondent d'ailleurs aux recommandations de la Commission périnatalité, enfants et adolescents du plan Violence et Santé [2], en ce qui concerne le soutien à la parentalité, « ... *des programmes précoces favorisant la socialisation des enfants, la gestion progressive des conflits interindividuels à partir du développement des compétences psychosociales* », la création et le renforcement de réseaux d'appui, d'écoute et d'accueil de parents. Pour améliorer les pratiques des équipes soignantes et confirmer les stratégies innovantes, l'évaluation est devenue une exigence. Aussi, avant même la loi du 2.01.2002 introduisant la nécessité d'évaluation pour les établissements et services sociaux et médico-sociaux, des institutions, désireuses non seulement d'analyser leurs pratiques mais aussi de connaître le devenir des familles suivies, se sont adressées au CERMES pour une évaluation externe : Les projets construits entre parents, professionnels et bénévoles ont-ils permis de rompre avec certaines formes d'exclusion sociale, de difficultés intergénérationnelles ? Les effets positifs

observés à la fin des prises en charge se sont-ils maintenus en dehors de tout étayage institutionnel ?

Programmes d'intervention précoce anglo-saxons : des effets mitigés à long terme

Extrêmement nombreux à l'étranger, les programmes d'intervention précoce s'adressent à des populations variées : populations pauvres à risques multiples, familles avec enfants prématuré ou de faible poids de naissance, familles à risque psychologique et psychiatrique... Parmi ces derniers, peu nombreux, et qui s'inscrivent dans le courant de recherche sur l'attachement, les parents ayant des troubles d'ordre psychotique ne sont pas présents. Ces populations, larges ou ciblées, sont des populations hospitalières ou locales, sélectionnées par des cliniciens ou des chercheurs à partir d'indices ou d'échelles à risque (revenus, âge maternel, addictions, maltraitance...). Certains programmes sont principalement centrés sur les visites à domicile (dès la grossesse puis de façon intensive pendant les premiers mois, pour diminuer ultérieurement) avec une éducation à la santé et des informations sur le développement de l'enfant, un support social et des accompagnements vers les réseaux locaux d'aide. Ils sont orientés vers les parents (planning familial, conseils en économie familiale, soutien aux habiletés parentales...), ou plus tournés en direction des enfants (de type « éducation compensatoire »), certains peuvent conjuguer les deux. L'hypothèse sous-jacente est que les enfants vont profiter directement des prises en charge médico-sociales et éducatives et indirectement des bénéfices qu'auront retirés les parents (meilleure compréhension des besoins des enfants, modifications dans les relations parents-enfants...). Les prises en charge, surtout celles ayant commencé en période prénatale comme celles impulsées par Olds et col., le *Nurse Home Visitation Program* dans l'Etat de New York, celles de longue durée (au moins trois ans) et portant à la fois sur le bien-être et les besoins des familles, avec des aides sur le plan mental, ont montré à des degrés divers les influences positives sur le

développement des enfants et la qualité des relations parents-enfants. Ces interventions précoces ont apporté le plus de modifications comportementales : plus d'autonomie et de compétences parentales, moins d'états maternels dépressifs, un attachement plus sûr et moins de troubles du comportement chez les jeunes enfants [3]. L'efficacité des soins précoces s'est révélée plus importante quand ils proposaient des services concrets aux familles, renforçant l'engagement des parents dans les programmes.

C'est surtout parmi certains types de populations que des résultats positifs ont été obtenus (mères mineures, mères toxicomanes, mères présentant un retard mental...), des effets très nets ont été notés à court terme : meilleure insertion socioprofessionnelle chez les mères, grossesses ultérieures moins nombreuses, moins de recours aux aides sociales, diminution des négligences et maltraitances, moins de comportements antisociaux maternels, diminution des hospitalisations en urgence et des accidents domestiques... Néanmoins, les évaluations des effets à long terme, notamment avec essais randomisés, indiquent une efficacité mitigée, particulièrement liée à l'implication des parents dans les soins, au lien entre parents et équipes, ainsi qu'au cumul des risques familiaux [4]. En effet, non seulement dans ces dernières situations mais aussi dans les cas de psychopathologies, un soutien de longue durée est primordial [5].

De nombreux biais méthodologiques entachent ces évaluations qui sont difficiles ; leur coût reste très élevé, lié à la difficulté de maintenir la participation des familles pendant la durée des interventions. Parmi leurs limites, on peut citer le mélange et la complexité des pathologies familiales peu différenciées au sein des familles suivies, l'état psychologique des parents, notamment de milieux précaires, très sous-estimé, la qualité variable des services offerts. Par ailleurs, peu de travaux évaluatifs ont été réalisés sur les équipes elles-mêmes et leur lien avec les parents, bien que ce lien soit reconnu comme l'un des facteurs de réussite

des interventions ; il a été suggéré d'inclure les familles dans l'évaluation des programmes de soins et d'accompagnement [6].

A la différence des pays anglo-saxons, la France en est à l'aube de l'évaluation des actions précoces de guidance parentale menées par la PMI, les CAMSP et diverses associations. Parmi les études existantes, nous présentons ici celles menées avec la collaboration de trois institutions :

- Lieu A, Paris XIIIè : L'action thérapeutique de l'Unité de soins spécialisés de jeunes enfants s'adresse à des familles sans symptomatologie particulière (graves difficultés périnatales, troubles de la parentalité) ou marquées par des dysfonctionnements psychiques, à pathologie carencielle ou psychotique.
- Lieu B, Roubaix : Au sein d'un CAMSP, se réunit de façon hebdomadaire un groupe informel, le « groupe du mardi », entre professionnels, bénévoles et familles en situation précaire, confrontées au handicap psychique et cognitif et à de nombreux problèmes intergénérationnels (alcool, violence intrafamiliale, abus sexuels).
- Lieu C, Paris XIIè : Cap Alésia est un service du Centre français de Protection de l'Enfance, pour des familles en situation de maltraitance, suivies parfois en période périnatale.

Leur objectif commun est de traiter la parentalité défaillante [7], oeuvrer pour la (re)construction des liens familiaux et le développement des potentialités de l'enfant. Ainsi, par leurs interventions, elles visent la réduction des violences intrafamiliales et de la maltraitance et, en cas de nécessité de placement à l'Aide sociale à l'enfance, préparent et accompagnent les parents afin que ces accueils ne soient pas vécus comme des arrachements. Les modalités de soins et références théoriques des équipes ayant été décrites par ailleurs [8-12], on retiendra surtout le rôle fondamental de l'écoute et du regard porté sur les parents, parents en souffrance, et non des parents défaillants, malades mentaux ou maltraitants. Ainsi, par la création de nouveaux liens s'amorce une anticipation positive à partir d'expériences concrètes, le devenir devient alors possible, comme le note également Maurice Titran [13, p140] : « *les stratégies de soins éventuels [qui découlent des diagnostic médicaux] sont intégrés dans une perspective de devenir valorisé.* »

Hormis les soins, citons quelques particularités. Dans le lieu A, au travail direct auprès du bébé, de ses parents et de son environnement, s'ajoute un travail indirect de soutien des

équipes de professionnels du réseau qui travaillent avec des familles très désorganisées, leur fonctionnement psychique étant souvent mis à mal par les dysfonctionnements parentaux [14]. Une assistante sociale est présente dans le lieu B qui effectue un travail en santé communautaire, où le groupe du mardi est un lieu d'échange, d'expression, de connaissance et de reconnaissance de l'autre ; « *l'action sociale est couplée dans un tandem médicosocial en même temps que se construit le projet pour l'enfant* » [13]. La singularité du lieu C, qui offre un espace de liberté et de créativité tout en proposant un cadre contenant, se situe dans l'accueil d'une personne telle qu'elle est à ce moment-là de son histoire [15]. Deux modes de soutien originaux, le téléphone (possibilité d'anonymat) et l'intervention bénévole dans la famille (aide non marquée du sceau du social et librement consentie), s'ajoutent aux rencontres avec les psychologues. Ces lieux de soins travaillent dans la continuité, 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.

Recherche avec les familles

Les familles ont été sélectionnées selon des critères précis : une prise en charge précoce (enfants de moins de 18 mois dans le lieu A, et d'âge préscolaires pour les autres), une durée des soins d'au moins 1 an et une sortie du système de soins d'au moins 3 ans pour le lieu C et 5 ans pour les deux autres lieux. L'ensemble des systèmes familiaux a été observé à partir d'entretiens semi directifs avec les parents et les enfants (rencontres séparées) et de points de vue croisés avec les professionnels, les bénévoles et les familles d'accueil pour les enfants placés [16-18]. Il va sans dire que la localisation géographique de ces familles plusieurs années après la fin des interventions a été parfois très difficile. Cependant, un très faible taux de perte de sujets a été observé. Les parents ont accepté d'être enregistrés, assurés de la

confidentialité et de l'anonymat de leurs propos. Des données standardisées complètent le recueil : questionnaires de santé pour les parents et de comportements sociaux pour les enfants, tests de type cognitif pour les enfants dans les lieux A et B. Les cursus scolaires des enfants suivis et de leurs fratries ont été reconstitués. L'analyse des dossiers institutionnels a permis d'obtenir des descriptions fines des symptomatologies des enfants, des interactions mères-enfants et des contextes familiaux, de mesurer la régularité des soins et des suivis et de repérer les évolutions lors des suivis. Enfin, des réunions de synthèse entre chercheurs et cliniciens ont permis de confronter les situations depuis le début des accompagnements jusqu'à aujourd'hui. La mise en regard des résultats obtenus par chaque type d'accompagnements auprès de populations présentant des similarités (graves carences, problèmes psychiatriques...) permet de pallier en partie l'absence de groupes témoins.

Soixante dix familles ont été rencontrées (en majorité deux fois, des mères principalement mais aussi des pères), une centaine d'enfants ont également été évalués dont un groupe de comparaison d'enfants pris en charge par l'ASE mais n'ayant pas bénéficié de soins précoces. Quelque soit le lieu, ce sont les familles à haut risque psychiatrique qui ont été accompagnées le plus longtemps (au moins six ans).

Représentations des soins et des accompagnements

Le discours des parents, qui peut être considéré comme un des critères d'évaluation des soins aux usagers, nous a appris ce dont ils ont bénéficié ainsi que leurs enfants. Avant leur admission dans ces lieux, plusieurs parents avaient eu des prises en charge en santé mentale ; des familles d'origine étrangère n'avaient reçu aucun soin, d'autres étaient très critiques quant aux attitudes de certains professionnels (annonce d'un handicap, transferts dans les services néonataux, remises en cause de leurs compétences...). Pour certaines mères, la demande à court terme de réassurance dans des compétences parentales pressenties s'articulait mal avec

la proposition de suivi psychologique ravivant un vécu dépressif surtout depuis la naissance de l'enfant. Pour quelques autres, la prise en charge s'était déroulée en continuité d'un travail commencé dans le même service avec des aînés de fratries (ce qui a permis une mise en place plus rapide des relations parents-enfant).

C'est la disponibilité de la structure à leur égard et l'accueil chaleureux qui ont été mis en avant par la plupart des parents. Plusieurs années après, ils se souviennent de la convivialité des rencontres et des groupes de parents. Ils ont été sensibles aux manifestations de civilité à leur égard, la société leur ayant très souvent renvoyé une image dévalorisante d'eux-mêmes : « *J'avais toujours peur qu'on me prenne mes enfants, moi, j'étais de la DASS, j'avais pas de travail... Là, ça m'a remis sur pied, j'avais un peu de chaleur humaine, c'est grâce à elle [la psychiatre] que je suis devenue beaucoup plus mère.* » Certains ont bien perçu le travail coordonné des soignants et la différenciation des places professionnelles : « *C'était rassurant de savoir que l'équipe était au courant* ». Se sentant écoutés, non jugés, la confiance s'instaure et, peu à peu, les parents verbalisent leurs difficultés, leur souffrance, leur ressenti. Par leur aide concrète, les accompagnements bénévoles auprès des parents ou de leurs enfants rassurent et permettent aux familles de renouer avec la vie sociale. La fonction de tiers qu'a pu jouer non seulement l'équipe et/ou les bénévoles intervenant dans les familles a aidé des parents de sortir d'une relation fusionnelle angoissante avec l'enfant : « *Le message que j'ai compris après coup, c'est que pour que mes gosses s'en sortent, il fallait que je m'en sorte.* » Les parents se (re)découvrent capables d'entrer en relation avec autrui, de prendre du plaisir avec leur enfant et de retrouver l'énergie nécessaire à la maîtrise de leur vie.

Ces modes d'intervention ont été appréciés par les bénéficiaires à chaque étape de l'accompagnement. Toutefois, parents et bénévoles ont évoqué cette période difficile qu'est souvent la fin de la prise en charge, symbolique de l'attachement qui a pu se créer.

Ce que pensent les familles de l'aide reçue pour elles-mêmes...

Dans les groupes de parents, ils se sont retrouvés dans la parole de l'autre (lieux A et B) : « *On n'était pas les seuls à avoir de petites misères.* » Les parents ont pu parler de leur propre souffrance, de cette enfance dont ils gardent un mauvais souvenir. Peu à peu, ils ont repéré le lien entre leur propre histoire et les modalités d'investissement de leur enfant. Ils ont perçu la souffrance qu'ils leur ont infligée, souffrance due à la maladie chez des mères psychotiques qui ont accepté de se séparer de leur enfant, le mettant ainsi à l'abri (lieu A). Aujourd'hui, certains se souviennent du débordement de leurs émotions, de leurs inquiétudes suscitées par cette première naissance, face à ce bébé qui ne se développait pas comme les autres. Ils peuvent évoquer leurs difficultés relationnelles lors de la rupture avec le conjoint, leur maltraitance d'autrefois (lieu C). Des mères ont entrepris une (ou plusieurs) cure de désintoxication ; confrontées à des mères devenues abstinentes, elles se sont senties encouragées (lieu B). La disparition de l'addiction maternelle sera le facteur déclenchant de l'amélioration de la vie quotidienne (séparation d'avec le conjoint alcoolique, arrêt des dettes...). Nombre de parents, notamment les plus démunis, redécouvrent le monde extérieur et une vie sociale. Plusieurs mères participent aujourd'hui à des réseaux associatifs (ATD Quart Monde, Secours Populaire...).

... et pour leurs enfants

Des bénéfices directs ont été observés par les parents, quel que soit le lieu de soins : Voir son petit enfant évoluer avec d'autres a rassuré le parent sur ses potentialités. Pendant les accompagnements et les soins, les réponses des parents aux besoins des enfants sont devenues plus adéquates : « *Ca m'a appris à écouter plus les enfants qu'avant* », entraînant une amélioration de leurs relations, notamment en ce qui concerne la séparation-individuation et l'accès à l'autonomie : « *C'était une enfant fort accrochée à sa mère, elle pleurait beaucoup, il fallait toujours la mettre en confiance... Ca l'a aidée, au bout d'un an j'ai senti qu'elle s'éloignait de moi.* »

Devenir des familles après la fin des interventions

Parmi les effets positifs à court et moyen termes de ces accompagnements médicosociaux et éducatifs, on a noté l'état de santé amélioré des derniers-nés (amélioration du poids de naissance et de la taille, absence de malformations...) et une plus grande régularité dans les soins médicaux et paramédicaux. Ainsi, l'absentéisme des enfants aux rééducations individuelles a nettement diminué dans les cas de participation assidue des mères au « groupe du mardi », comparativement aux statistiques de l'institution. C'est par ailleurs dans ce cas que les situations familiales se sont le plus améliorées (lieu B).

Aujourd'hui, la plupart des parents font part d'un meilleur être personnel et relationnel. Dans l'ensemble, les situations socio-familiales se sont améliorées, on note la découverte du monde du travail pour quelques mères, le redéploiement des relations familiales avec la parentèle pour la majorité des parents. Dans plusieurs situations, le soutien de nouveaux conjoints aidants a apporté aux enfants d'autres figures paternelles (lieux B et C). Sensibilisés aux besoins psychiques et affectifs de leurs enfants, des mères ont pu faire la démarche pour elles ou pour leur enfant de consulter un psychiatre ou un psychologue. Ces demandes de soins dès la période de l'accompagnement ou ultérieurement ont été rendues possibles grâce à la proximité des lieux de soins (des discontinuités dans les soins ont en effet été observés, liés, pour certaines familles vulnérables, aux éloignements géographiques entre parents et professionnels spécialisés). Si les enfants sont par ailleurs bien inscrits dans les lignées familiales, néanmoins les relations de celui qui a la garde de l'enfant avec l'autre parent restent encore conflictuelles et cadrées par l'intervention de la Justice.

Dans la très grande majorité des familles, la parentalité est assumée, même si elle est partagée dans le cas des enfants accueillis à l'ASE. Le bien-être des enfants est reconnu, leur scolarité

investie. Les dysfonctionnements relationnels parents-enfants se sont fortement atténués, même si certaines personnalités parentales ne se sont pas modifiées. La maltraitance et les négligences graves ont été éradiquées, bien qu'il subsiste encore des violences verbales de la part de certains parents, ceux ayant des troubles psychiques. Depuis la fin des accompagnements, aucun enfant n'a été placé, certains sont retournés au domicile familial et dans les situations de placement de longue date, des liens réguliers perdurent avec leurs parents. Pour certaines familles très vulnérables ne pouvant compter sur un entourage aidant, le faible réseau de sociabilité explique l'importance du support socio-médical : certains sont restés très en lien avec un médecin ou un travailleur social connu de longue date (lieux A et B). Ayant retrouvé confiance dans les professionnels, nombre de ces parents ont acquis la capacité à se faire aider en cas de nécessité. On a noté pour la moitié des mères psychotiques, qui ont été suivies à l'Unité de soins de jeunes enfants (lieu A), l'absence de ré-hospitalisations psychiatriques et l'absence de naissance depuis la sortie des soins. Sept ans après la fin des accompagnements du « groupe du mardi » du CAMSP (lieu B), la moitié de ces familles très vulnérables et à risque sont devenues autonomes, les parents élèvent tous leurs enfants et pour un tiers des familles, les situations se sont stabilisées grâce à la continuité des soins et des accompagnements sociaux. Toutefois, les mères qui présentent d'importants problèmes psychiques se sentent toujours isolées, la plupart de leurs enfants sont placés (de même pour le lieu C). En revanche, on n'a pas noté de changement dans un cinquième des situations familiales : à une exception près, les mères sont intellectuellement très démunies et sous tutelle, les pères sont très absents. Il est important de signaler que, dans ces familles où les facteurs de risque nombreux perdurent (addictions, endettement, violence...), les parents ont peu adhéré aux différents processus de soins dans ces familles et l'on note des ruptures dans la continuité des soins pour leurs enfants.

Devenir des enfants

L'impact de la précocité des soins est manifeste dans les lieux A et B où les enfants ont été rencontrés et testés. Si l'on s'en tient uniquement aux familles à risque psychiatrique et psychosocial, les enfants suivis avant l'âge d'un an ont de meilleures compétences que ceux pris en charge ultérieurement (lieu A) : neuf jeunes parmi les douze pris en charge très tôt ont des compétences relationnelles, aucun parmi ceux suivis à un an et plus ; ils ont également moins de troubles du comportement social et d'échec scolaire grave. Les enfants placés à l'ASE suivis précocement avec leur mère ont moins de difficultés à se situer dans leur filiation aujourd'hui et ont des relations plus régulières avec leurs parents que ceux également en placement familial mais non suivis précocement. Des résultats du même ordre ont été constatés dans le lieu B pour les enfants suivis au CAMSP et venus au groupe du mardi avec leur mère. La comparaison vaut également quand on les compare à leurs frères et sœurs aînés : plus la prise en charge est précoce (individuelle ou collective), moins graves sont les échecs scolaires et les mises hors circuit de l'Education nationale (institutions médicalisées). Par ailleurs, l'ouverture du milieu familial parental sur l'extérieur, la vie relationnelle améliorée des parents vont de pair avec des compétences relationnelles chez les enfants (lieu B). Enfin, dans le lieu C, selon les parents et les professionnels rencontrés (travailleurs sociaux, psychologues), la plupart des jeunes ne présentent pas ou plus de difficultés importantes.

En conclusion : un travail concerté dans la durée

Ces résultats montrent quelques uns des effets des prises en charge précoces et d'une guidance parentale par des équipes soignantes auxquelles s'associent parfois des bénévoles. Ils soulignent l'importance d'un travail thérapeutique et préventif qui doit être mis en place le

plus tôt possible [19] et prend en compte la globalité de l'entourage de l'enfant.

L'accueil chaleureux et les capacités relationnelles des soignants furent très appréciés des familles. Dans ces lieux, les parents se sont d'autant plus impliqués dans les prises en charge que les relations avec les soignants étaient basées sur une confiance réciproque. Les rapports entre professionnels et usagers (les familles) se sont construits sur le registre d'une alliance au nom du bien de l'enfant. Cette alliance thérapeutique a aidé à mieux repérer les difficultés, rendant possible une mise en place plus rapide des soins non seulement pour l'enfant mais aussi pour la mère. Pour certains, on peut parler d'une véritable réanimation sociale, pour d'autres de redéploiement des compétences parentales. Il n'en reste pas moins que certains équilibres restent précaires.

Dans ces institutions spécifiques, les équipes, stables et très motivées, ont toujours travaillé avec de nombreux partenaires soignants et sociaux, à partir d'interventions concertées et adaptées aux problématiques familiales, en fonction des possibilités des parents et des savoir-faire des professionnels. Toutefois, elles ont souvent dû faire face aux problèmes de communications entre nombre de professionnels (versant adultes vs versant enfants). Dans ces familles touchées par de nombreux problèmes transgénérationnels, l'émergence des acquis parentaux doit être consolidée, les interventions précoces doivent être relayées dans un véritable travail en réseau sur le long terme [20], les ruptures, discontinuités dans les soins ayant des effets dommageables surtout pour les enfants. Cette coopération entre professionnels nécessite un étayage permanent afin de les aider à mettre plus de liens entre elles et d'éviter ainsi le cloïsement entre les différentes équipes thérapeutiques, sociales et éducatives.

Références bibliographiques

- [1] Guedeney, N. (1998) Les dépressions maternelles post-natales. *Neuro-Psy*, 13, 143-146.
- [2] Tursz A. (2006) *Violence et Santé*. Rapport préparatoire au plan national. La documentation Française.
- [3] Dumaret A.C. Soins médico-sociaux précoces et accompagnement psycho-éducatif. Revue de la littérature étrangère. *Archives de Pédiatrie*, 2003, 10, 448-461.
- [4] Olds D.L.; Sadler L., Kitzman H. Programs for parents of infants and toddlers: recent evidence from randomized trials. *J. Child Psychol. Psychiatr.* 2007, 48, 355-391.
- [5] Molénat, F., Toubin, R.M. Vers des réseaux de soins précoces. In : Dugnat, M. (Ed.), *Troubles relationnels père-mère/bébé : quels soins ?* 1996, Ramonville Saint-Agne, Erès, 73-87.
- [6] Brooks-Gunn J, Berlin L.J., Fuligni A.S. Early childhood intervention programs: What about the family? In Meisels SJ, Shonkoff JP Eds, *Handbook of early childhood intervention*, New York, Cambridge Univ. Press, 2000 (2è ed.), 549-588.
- [7] Houzel D. (sous la dir.) *Les enjeux de la parentalité*. Ramonville Saint-Agne, Erès, 1999.
- [8] David M, Jardin F. Protéger et traiter les bébés exposés à des défaillances parentales. Place de la rencontre interdisciplinaire. *Devenir*, 1993, 5, 19-33.
- [9] Lamour M, Barraco M. *Souffrances autour du berceau: Des émotions au soin*. 1998, Gaëtan Morin Editeur, Europe.
- [10] Titran M. Bientraitance parentale et grande précarité. *Prat.Psychol.*, 2004, 10, 65-77.
- [11] Oxley (Janine), « Professionnels et bénévoles, une coopération possible : Alésia 14 », *Enfance majuscule*, 1993, 12, 7-9.
- [12] Ascoli (Christine), Delille (Florence), Lefebvre (Danièle), Raemy (Hélène), « Plaidoyer pour l'inattendu », *Les cahiers de l'AFIREM*, 2004, 21-30.
- [13] Titran M. Les compétences réciproques : un mécanisme d'évaluation d'une stratégie nouvelle d'accompagnement des familles à vulnérabilités multiples. In *Santé Mentale du jeune enfant : prévenir et intervenir*. Haddad A., Guédeney A., Greacen T (sous la dir.) Ramonville Saint Agne, Erès, 2004, 127-137.
- [14] Blondel MP, Jardin F. Le suivi indirect dans le cadre d'une unité de soins pour jeunes enfants. In *Interventions psychothérapeutiques parents-jeunes enfants*. Guedeney A, Lebovici S (sous la dir.), 1997, Paris, Masson, pp. 15-16.
- [15] Lefebvre D. CAP ALESIA au service de la relation parents-enfants. In *Interventions précoces, soutien des familles*. Actes du colloque organisé par la Direction générale de la Santé en lien avec la Direction générale de l'Action sociale, Paris, 2007, 90-92.
- [16] Dumaret A.C., Picchi V. Soins précoces : devenir psychosocial des familles et développement des enfants. *Ann. Méd.Psychol.*, 2005, 163, 476-485.
- [17] Dumaret A.C. et Constantin-Kuntz M. Support médico-social et éducatif : devenir de familles très carencées confrontées à l'alcool. *Prat. Psychol.*, 2005, 11, 1, 85-100.
- [18] Dumaret A.C., Mackiewicz M.P., Bittencourt-Ribeiro F. Évaluation en protection de l'enfance : croiser les points de vue des acteurs dans une approche pluridisciplinaire. *Sociétés et jeunesse en difficultés. Revue Pluridisciplinaire de Recherches*. <http://sejed.revues.org>, mai 2007, n°3.
- [19] Molénat F. *Périnatalité et prévention en santé mentale. Collaboration médico-psychologique en périnatalité*. Rapport au Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille, Mission DHOSP, 2004, 27p.
- [20] Lejeune C. Périnatalité et précarité. *Devenir*, 2000, 12, 31-54.