

Table des matières

1.	Introduction	6
1.1	Objectifs	7
2.	Cadre théorique	9
2.1	L'Accueil éducatif mère-enfant	9
2.1.1	Présentation générale.....	9
2.1.2	Cadre légal	12
2.1.3	Création des AEME : évolution sociétale.....	12
2.2	Lien d'attachement.....	15
2.2.1	La constitution du lien d'attachement.....	15
2.2.2	Les figures d'attachement.....	16
2.2.3	L'attachement sécure	16
2.2.4	L'attachement insécure.....	19
2.2.5	Les troubles liés à l'attachement.....	20
2.2.6	Les facteurs influençant la qualité des soins	22
2.3	Soutenir les parents	23
2.3.1	Posture professionnelle et <i>empowerment</i>	23
2.3.2	Différents programmes d'intervention	24
2.3.3	Modèle d'observation systémique des interactions parents-enfants.	26
3.	Méthodologie.....	28
3.1	Terrain et population de recherche	28
3.2	Récolte de données	29
3.2.1	Déroulement des entretiens.....	30
3.3	Ethique	30
4.	Description et analyse des données	31
4.1	Objectif 1	31
4.1.1	Difficultés rencontrées par les mères accueillies	31
4.1.2	Problématiques au niveau du lien mère-enfant	32
4.1.3	Durée des prises en charge.....	32
4.1.4	Analyse de l'objectif 1	33
4.2	Objectif 2	34
4.2.1	Construction de la prise en charge	34
4.2.2	Accompagnement.....	36

4.2.3	Fin du placement	41
4.2.4	Analyse de l'objectif 2	43
4.3	Objectif 3	48
4.3.1	Limites et freins de l'intervention.....	48
4.3.2	Évolution des situations	49
4.3.3	Analyse de l'objectif 3	51
5.	Conclusion	52
5.1	Synthèse	52
5.2	Limites de la recherche et difficultés rencontrées	54
5.3	Discussion et perspectives d'avenir	55
5.4	Bilan	55
6.	Références.....	57
6.1	Ouvrages.....	57
6.2	Sites internet	59
6.3	Articles	59
6.4	Rapports, divers	60
7.	Annexes	63
A.	Compte-rendu de l'entretien avec M. Pfaehler	63
B.	Grille d'entretien	68
C.	Formulaire de consentement.....	73
D.	Projet éducatif personnalisé (PEP)	74
E.	Grille d'observation du lien « mère-enfant ».....	76
F.	Référentiel du SPJ.....	80

1. Introduction

J'ai toujours eu beaucoup d'intérêt pour le monde de l'enfance et, ayant souvent côtoyé des enfants en bas âge, j'ai pu constater tout ce qui se met en place durant les premières années de vie. Par mes expériences personnelles et professionnelles, ayant notamment fait ma première formation pratique en crèche, ainsi que par les cours de psychologie du développement suivis dans le cadre de la HES, j'ai pris conscience de l'importance d'un environnement sécurisant et stimulant et de relations saines pour le bon développement d'un enfant.

La théorie de l'attachement, qui met en lumière l'importance des liens précoces qu'établit le bébé avec ses parents, a particulièrement capté mon attention et m'a amenée à m'intéresser aux interventions visant le soutien des parents dans les premières années de vie de l'enfant.

C'est le cas de l'Accueil Éducatif Mère-Enfant (AEME) qui est une mesure de prévention du Service de Protection de la Jeunesse (SPJ) sur le canton de Vaud. Elle est destinée à des mères seules confrontées à différentes difficultés susceptibles de mettre en péril le bon développement de leur enfant¹ (isolement social, carences affectives, incapacité à investir la grossesse, faible autonomie). Cette prestation me paraît particulièrement intéressante dans la mesure où elle est mise en place très tôt dans la vie de l'enfant, lorsqu'il a entre 0 et 2 ans, et vise la création d'un lien d'attachement sécurisant.

À travers ce travail de recherche, j'ai souhaité découvrir comment les professionnel·le·s accompagnent les mères, sur quoi ils et elles travaillent pour permettre la construction de ce lien. Ma question de recherche est donc la suivante :

« Comment les pratiques développées au sein des AEME favorisent-elles la construction d'un lien d'attachement jugé satisfaisant entre une mère en situation de vulnérabilité et son enfant? »

Ce travail s'articule de la manière suivante :

- La première partie, le cadre théorique, permettra de présenter les concepts en lien avec la question de recherche et de répondre aux objectifs théoriques listés ci-dessous.
- La deuxième partie, concernant la méthodologie, aura pour but de définir le terrain d'enquête, la population interrogée et de présenter la méthode de récolte de données utilisée.

¹ La Pouponnière et l'Abri. « Accueil Éducatif mères-enfants ». Récupéré du site : <http://www.pouponniere.ch/category-19-0-accueil-educatif-meres-enfants.php> (19.09.14).

- La troisième partie présentera la description et l'analyse des données recueillies lors des entretiens sur la base des objectifs de recherche listés ci-dessous.
- La quatrième partie, la synthèse des données, permettra d'apporter une réponse à la question de recherche.

1.1 Objectifs

Objectifs théoriques

- L'AEME
 - Expliquer le fonctionnement de l'AEME, à qui s'adresse cette mesure, quelle est la procédure de placement et sur quel cadre légal repose cette mesure.
 - Mettre en évidence les évolutions sociétales qui ont amené à la création de ce type de structure.
- Le lien d'attachement
 - Définir le concept et expliquer comment il se construit, quelle est l'importance de la construction d'un attachement sécurisé pour le développement de l'enfant, quelles sont les compétences que le parent doit avoir pour que l'enfant développe un attachement sécurisé et quels sont les facteurs pouvant nuire à la qualité des soins parentaux.
 - Faire un inventaire des pratiques permettant d'accompagner le parent dans la construction d'un lien d'attachement sécurisé.
 - Définir la posture professionnelle actuellement privilégiée en situation d'accompagnement des parentalités.

Objectifs de recherche

- Identifier les situations types de prise en charge.
 - Identifier quelles sont les difficultés amenant à une prise en charge en AEME et les problématiques majoritairement rencontrées.
 - Connaître la durée moyenne d'une prise en charge.
- Identifier les pratiques permettant la construction d'un lien d'attachement satisfaisant entre la mère et l'enfant.

Début de l'accompagnement

- Connaître la représentation qu'ont les professionnel·le·s d'un lien d'attachement insatisfaisant.

- Déterminer de quelle manière va se construire la prise en charge et quelle place occupent la mère et le service placeur dans cette construction.

Pendant la prise en charge

- Identifier sur quoi travaillent les éducateurs et éducatrices.
- Identifier comment ils et elles accompagnent les mères, quels sont les méthodes, les outils et quelle place occupe la mère dans la prise en charge.
- Identifier la place du réseau dans la prise en charge.

Fin de l'accompagnement

- Identifier quels sont les critères pour décider d'une fin de prise en charge et la représentation qu'ont les professionnel·le·s d'un lien d'attachement satisfaisant.
- Comprendre comment se prend la décision d'une fin de prise en charge et quel·le·s sont les différent·e·s acteurs et actrices qui interviennent.
- Comprendre quelles sont les limites de l'AEME et comment évoluent les situations entre le début et la fin du placement.

2. Cadre théorique

Dans ce chapitre, les concepts théoriques en lien avec la question de recherche vont être développés. Tout d'abord, l'Accueil éducatif mère-enfant sera abordé afin de délimiter le cadre contextuel de ce travail. Par la suite, et pour mieux comprendre les théories sous-jacentes au thème central de cette recherche, le lien d'attachement sera analysé. Finalement, la question du soutien aux parents sera relevée. Ces éléments théoriques serviront ensuite de base à la construction de l'enquête de terrain et à son analyse.

2.1 L'Accueil éducatif mère-enfant

Pour la rédaction de ce chapitre, je me suis basée sur les sites internet des Fondations la Pouponnière et l'Abri (<http://www.pouponniere.ch/>) et Petitmaître (<http://www.fpy.ch/>), sur le powerpoint de la Fondation Jeunesse et Familles du 06 octobre 2014 présenté à l'EESP, ainsi que sur les informations récoltées lors de mon entretien exploratoire avec M. Pfaehler, éducateur responsable de l'AEME d'Yverdon-les-Bains (voir annexe A).

2.1.1 Présentation générale

L'AEME est une mesure créée en 1997 sur la demande du SPJ du canton de Vaud. Elle s'adresse à des femmes majeures ou mineures, enceintes ou élevant seules leurs enfants âgés de 0 à 2 ans et qui ont des difficultés autour du lien mère-enfant. Le soutien socio-éducatif qui y est apporté vise une évolution des relations et du projet de vie pour la mère et son ou ses enfants. L'hypothèse de travail des AEME est que le fait de prendre soin de la mère et de soutenir la relation mère-enfant participe à la prévention d'une éventuelle pathologie chez l'enfant.

Les missions de l'AEME sont donc d'accompagner la mère dans la construction du lien avec son enfant, de renforcer ou restaurer les compétences maternelles, d'évaluer les conditions de sécurité de l'enfant et d'éviter, dans la mesure du possible, de séparer le bébé de sa mère.

Les AEME sont des maisons au sein desquelles plusieurs mères ou futures mères cohabitent avec leurs enfants. La journée, des professionnel·le·s, qui sont le plus souvent des éducateurs sociaux et des éducatrices sociales mais également parfois des psychologues ou des éducateurs ou éducatrices de l'enfance, accompagnent ces mères dans leur quotidien. En dehors des heures de présence, les professionnel·le·s sont joignables par le biais d'une permanence téléphonique. Suivant la structure, un concierge, des étudiant·e·s ou encore un veilleur ou une veilleuse sont présent·e·s sur les lieux la nuit en cas de besoin.

Certaines structures offrent également la possibilité à des femmes de la région, rencontrant des difficultés autour du lien mère-enfant, d'être suivies en externat par les éducateurs et éducatrices de l'AEME.

Les principales difficultés que les mères accueillies en AEME rencontrent sont les suivantes :

- Carences affectives, difficultés relationnelles
- Isolement, difficultés d'intégration, rupture sociale
- Incapacité à investir leur grossesse
- Faible autonomie dans la gestion du quotidien

En regard de ces difficultés, l'accompagnement va se décliner en cinq axes:

- Valoriser les compétences de la mère
- Développer le réseau familial et social
- Offrir une sécurité relationnelle
- Accompagner la mère dans son autonomie quotidienne
- Accompagner la mère dans son projet de vie

Le projet se construit avec la mère au début de l'accueil et évolue tout au long de l'accompagnement ; les difficultés et carences qui se dévoilent au fil des semaines vont mener à d'autres objectifs qui seront travaillés au quotidien.

Chaque semaine, au moins un entretien a lieu entre la mère et le ou la professionnel.le référent.e. Il permet d'aborder tous les points du travail d'accompagnement liés aux besoins de la mère et de l'enfant et de parler de divers sujets en fonction de la situation. Pour la plupart des mères accueillies, la gestion administrative constitue une importante difficulté qui nécessite le soutien des professionnel.le.s.

La vie en communauté comporte des avantages et des inconvénients. Bien qu'il y ait parfois des tensions entre les mères, les échanges peuvent également être enrichissants et créateurs de lien social, ce qui manque souvent à ces femmes isolées.

Bien que seules les mères puissent résider au sein des AEME, ces mesures tendent également à impliquer le père dans la vie de l'enfant. Lorsqu'il est présent dans la situation, il a la possibilité d'avoir des entretiens avec les professionnel.le.s et de participer à certains moments de la journée de son enfant en venant à l'AEME. Lorsqu'il est absent, les professionnel.le.s tentent de le faire exister en lui faisant une place dans les discussions et encouragent la mère à parler de son père à l'enfant.

Pour assurer un bon développement de l'enfant, les AEME font également appel à d'autres professionnel.le.s comme des infirmiers ou infirmières petite enfance, des

sages-femmes, des pédiatres, etc. Les mères sont parfois suivies par une psychologue ou psychothérapeute à l'extérieur. Des bilans réguliers sont organisés avec le réseau pour faire des points de situation.

Les organes placeurs sont le SPJ et l'Office des Curatelles et des Tutelles Professionnelles (OCTP). Il s'agit souvent de situations qui sont déjà suivies par le SPJ avant la mise en place d'un accompagnement en AEME mais qui peuvent aussi être signalées par d'autres professionnel·le·s en contact avec la mère ou future mère comme l'établissement vaudois d'accueil des migrants (EVAM), le centre social régional (CSR), le centre d'accueil Malley-Prairie, un médecin, une AS de la maternité, etc. Dans tous les cas, la demande formelle doit être faite par le SPJ ou l'OCTP.

Par contrat de prestations, le SPJ subventionne trois structures d'AEME offrant des places en internat et en ambulatoire. Il s'agit de l'AEME de la Fondation Petitmaître à Yverdon-les-Bains, de celui de la Fondation la Pouponnière et l'Abri à Lausanne et celui de Montelly rattaché à la Fondation Jeunesse et Familles².

Lorsque le SPJ ou l'OCTP fait une demande d'admission, l'équipe de l'AEME analyse la situation et décide de l'entrée en matière. Le placement ne se fait jamais dans l'urgence. L'équipe rencontre ensuite la mère pour lui présenter les prestations et pour connaître ses attentes et ses demandes. En cas d'accord des deux parties, une visite en présence des autres mères est convenue avant la prise de décision finale.

La durée d'un placement en AEME dure entre 3 mois et un an. Une prolongation jusqu'à deux ans peut être envisagée si cela s'avère nécessaire.

L'AEME permet un travail d'observation et d'évaluation, en assurant la sécurité de l'enfant et en maintenant les liens avec sa mère, même si par la suite un placement doit être envisagé. Si c'est le cas, la décision pourra être prise à tête reposée et non dans l'urgence, mère et enfant auront pu y être préparés, ce qui limite considérablement les effets traumatiques d'une rupture. Ces structures offrent un entre-deux entre un extrême consistant à ne rien faire en laissant l'enfant courir des risques graves et l'autre à le retirer à sa mère avant même d'avoir pu sérieusement évaluer la situation (Houzel, 2007).

² Il existe d'autres structures en Suisse qui accueillent des mères avec leur·s enfant·s: le Foyer Arabelle à Genève (lieu d'hébergement pour des femmes en difficulté et / ou rupture, en priorité avec enfants et / ou enceintes), la Fondation Jeanne-Antide à la Chaux-de-Fonds (lieu d'hébergement d'urgence pour des mères vivant des situations momentanément délicates) ou encore les Étangs à Fribourg (lieu d'accueil pour des jeunes femmes avec ou sans enfant de 14 à 25 ans rencontrant des difficultés). Contrairement aux AEME, les difficultés autour du lien mère-enfant ne sont pas une condition d'admission au sein de ces structures. Dans mon travail, je me concentrerai donc uniquement sur les trois lieux d'accueil du canton de Vaud qui ont la même mission.

2.1.2 Cadre légal

Un des buts de la Loi sur la protection des mineurs (LProMin, art. 3, al. 1b) est d'assurer la protection et l'aide aux mineurs en danger dans leur développement en favorisant l'autonomie et la responsabilité des familles. Elle pose comme principe que « *la responsabilité de pourvoir aux soins, à l'entretien et à l'éducation d'un mineur incombe en premier lieu à ses parents* » (art. 4, al. 1).

Le SPJ a donc comme tâche de mettre en œuvre des actions qui permettent aux parents de jouer leur rôle et de développer leurs compétences tout en assurant la protection du mineur. C'est le cas de l'AEME qui est une mesure de prévention secondaire, voire tertiaire du SPJ.

Selon la LProMin (art. 4a, al. 1), on entend par prévention secondaire l'« *ensemble de mesures prises et développées dans le domaine socio-éducatif pour des familles confrontées à des événements ou à des circonstances de vie particulières fragilisant ou risquant de fragiliser l'équilibre familial et l'exercice des responsabilités parentales, en vue de maintenir au sein du milieu familial les conditions favorables au développement du mineur, soutenir les capacités éducatives des parents et éviter une aggravation de la situation* ».

Quant à la prévention tertiaire, il s'agit de l'« *ensemble de mesures d'action socio-éducatives prises en faveur d'un mineur menacé ou en danger dans son développement en vue de rétablir les conditions favorables à son développement, de prévenir des actes de maltraitance ou d'en éviter la répétition tout en visant à réhabiliter les compétences parentales* ».

2.1.3 Création des AEME : évolution sociétale

À présent, nous allons voir dans quel contexte de telles structures ont été créées et comment le soutien à la parentalité est devenu un axe central de la protection de l'enfance.

La plupart des pays industrialisés d'Europe ont connu, depuis les années 1960, d'importantes mutations de l'institution familiale (Kellerhals et Widmer, 2012).

Dans ce nouveau contexte politique, social et économique de l'après-guerre, et tout au long de la deuxième moitié du 20^{ème} siècle, l'individualisme prend le pas sur le communautarisme. Ainsi, les individus aspirent à davantage d'autonomie et d'indépendance ce qui va se manifester dans l'évolution des relations interpersonnelles, sous le double effet de l'émancipation des femmes et de la valorisation de l'enfance (Neyrand, 2011).

Les années 1970 ont été marquées par de nombreuses modifications au niveau législatif français, suite à des changements sociaux et idéologiques forts. La contraception est légalisée en 1967, la puissance paternelle est abolie en 1970 au profit de l'autorité parentale conjointe, l'égalisation des filiations naturelle et

légitime a lieu en 1972 et, en 1975, le divorce par consentement mutuel est reconnu (Neyrand, 2011). C'est la notion traditionnelle de famille et de rôle de chaque membre de celle-ci qui est remis en question, voire révolutionné.

Ces mutations ont eu notamment pour effet une forte montée des unions libres et des séparations conjugales, et donc des foyers monoparentaux (Neyrand, 2011). Ces changements ne sont alors pas accompagnés de mesures étatiques suffisantes pour protéger ces nouvelles familles de la précarité et de la solitude, raison pour laquelle les inégalités s'accroissent. Les foyers monoparentaux sont davantage exposés aux risques sociaux qui en découlent. Pour ces familles, qui sont le plus souvent constituées de femmes seules ayant un ou plusieurs enfants à charge, les difficultés à concilier vie familiale et vie professionnelle sont fréquentes. Selon les statistiques, elles sont en outre souvent moins qualifiées et ont donc moins de ressources financières pour gérer plus de contraintes. Dans ces conditions, les mères de familles monoparentales subissent statistiquement des taux de chômage supérieurs à ceux des mères en couple (Commaille, 2013). Or, le travail occupe une place centrale dans notre société, il est même qualifié de donneur d'identité. En plus d'une sécurité matérielle et financière, il assure des relations sociales. En effet, Émile Durkheim (1950) insiste sur le fait que les groupes professionnels jouent un rôle important dans le processus de socialisation de l'individu. Les modes d'intégration reposent donc en grande partie sur l'activité professionnelle (Paugam, 2003). Pour ces mères qui peinent à s'insérer dans le monde du travail, s'intégrer dans la société semble donc ardu. Le risque d'isolement n'en est alors que renforcé.

Parallèlement à ces mutations sociales, les travaux de René Spitz sur l'hospitalisme³ ont mis en lumière la massivité des pathologies présentées par les bébés privés des soins de leurs parents durant la seconde Guerre mondiale. L'affectivité du jeune enfant est alors (re)découverte. Une nouvelle approche de la petite enfance, axée sur le développement intellectuel et cognitif de l'enfant, symbolisée par la figure de Jean Piaget⁴, va alors se développer. Cette théorisation va être critiquée dans la mesure où elle exclut le rôle social de son système explicatif. Dans la théorie de l'apprentissage de Lev S. Vygotsky, cette dimension sociale va être centrale ; le développement de l'enfant y est conçu comme la résultante de l'interaction entre celui-ci et son environnement, le rôle de l'entourage tenant une place déterminante. Cette approche accorde « *la primauté*

³ En 1945, René Spitz utilise le terme « hospitalisme » pour décrire l'altération de l'enfant sur les plans psychique et physique liée à un long séjour dans un hôpital ou à un placement en institution durant le premier âge. Selon lui, « *l'interruption de la relation avec la mère et l'insuffisance des échanges affectifs nouveaux entraînent [...] des troubles carenciels (quelle que soit la qualité des soins physiques, physiologiques ou médicaux) pouvant conduire à un tableau clinique de "dépression anaclitique", allant de réactions d'angoisse à un arrêt du développement, puis à un état de léthargie* » (Bonnet, 2012. p.130).

⁴ Entre 1936 et 1955, Jean Piaget va expliciter le processus évolutionniste de développement dans la formalisation de « stades » du développement, selon un modèle théorique qui présente « *l'évolution de la pensée comme une sédimentation d'étapes successives cristallisant des structures logiques propres à une période* » (Neyrand, 2000, p.40).

à l'apprentissage social et à l'importance du groupe dans le développement de l'intelligence » (Neyrand, 2000, p.42).

Quelle que soit la compréhension que l'on a du processus de l'apprentissage, que ce soit les stades de Piaget ou la zone proximale de développement de Vygotsky, il est intéressant de noter que l'on tente de comprendre l'enfant, de comprendre comment il devient adulte avec un système de pensée et d'apprentissage qui lui est propre et comment il se développe cognitivement. C'est un attrait nouveau qui dénote une volonté sociale d'influer sur cet apprentissage et de le comprendre. Parallèlement, de nombreux et nombreuses théoricien·ne·s vont se pencher sur le développement émotif de l'enfant.

La théorie de l'attachement⁵, développée par John Bowlby dans les années 1950-1960, va expliquer comment la relation précoce qui s'établit entre le nourrisson et la personne qui en prend soin contribue au bien-être du bébé ou peut mener à une psychopathologie de celui-ci. Comme nous le verrons ensuite plus en détail, les différentes recherches effectuées à ce sujet mettent en lumière les compétences que le parent doit avoir pour favoriser la construction d'un attachement sécurisant pour son enfant ainsi que les facteurs influençant la qualité des soins parentaux. Les études établissent un lien entre un bon développement cognitif, affectif et social de l'enfant et un attachement sécurisé.

Françoise Dolto, pédiatre et psychanalyste française, a contribué à populariser cette idée de l'importance fondamentale des premières années de vie pour le développement, à travers les relations qu'entretient le nourrisson avec ses parents et en particulier avec sa mère (Neyrand, 2011).

Progressivement, l'importance de l'enfance a donc été largement reconnue et la Convention internationale relative aux droits de l'enfant (CDE) adoptée par l'Assemblée générale des Nations unies en 1989 lui confère un véritable statut. L'« intérêt de l'enfant » devient ainsi un *leitmotiv* des politiques publiques (Segalen et Martial, 2013).

Le contexte dans lequel s'exerce la parentalité a été modifié par la CDE en déplaçant l'attention vers les enfants, leur accordant des droits. L'idée selon laquelle les parents auraient un pouvoir absolu sur leurs enfants a été fortement remise en question ; l'accent a été davantage mis sur la responsabilité des parents plutôt que sur leur autorité (Daly, 2008).

Dans les années 1990, le terme « parentalité » prend alors une importance capitale dans le discours social et politique. Avec l'éclosion des formes familiales traditionnelles, l'enfant devient une préoccupation, c'est lui qui apparaît comme étant le plus vulnérable. La relation parent-enfant devient une des références majeures de l'action sociale en direction des publics précarisés, mais également dans la gestion de toute la société. Il devient alors indispensable de

⁵ Voir chapitre 2.2

protéger les enfants des séparations de leurs parents et donc de soutenir ces derniers dans leur rôle (Neyrand, 2011 ; Sellenet, 2007).

On comprendra donc pourquoi la création de structures spécialisées destinées aux parents confrontés à des situations sociales difficiles a pris une telle importance dans notre société où le bien-être de l'enfant est présenté comme la norme devant servir de principe de régulation des politiques publiques (Segalen et Martial, 2013). Les découvertes réalisées depuis quelques décennies n'ont en effet cessé de démontrer l'importance de soutenir les parents pour leur permettre de fournir à leurs enfants les soins nécessaires à leur bon développement.

Ainsi, Virginie Malochet (2013, p.132) remarque qu'en l'espace d'une vingtaine d'années, « *le soutien à la parentalité est devenu un support d'action publique à part entière, considérant que le bien-être des enfants, les politiques éducatives et la prévention des divers problèmes sociaux [...] reposent sur l'implication active des parents* ».

2.2 Lien d'attachement

Plus qu'une caractéristique propre au bébé ou à sa figure d'attachement, c'est-à-dire la personne qui prend soin de lui au quotidien, l'attachement est un modèle d'interaction qui s'établit dans le temps entre ces deux individus (Egeland, 2009).

Selon Mary Ainsworth et Sylvia Bell (1969), « *quel que soit le rôle joué par les caractéristiques constitutionnelles du bébé dans l'établissement du pattern initial d'interaction mère-bébé, il est clair que les contributions de la mère et de l'enfant sont prises dans une spirale interactive* » (Hubin-Gayte, 2004. p.204). Les caractéristiques du nouveau-né, c'est-à-dire son irritabilité et sa consolabilité, dans la mesure où elles vont rendre les soins plus ou moins faciles à prodiguer ainsi que les comportements parentaux vont être déterminants de la relation d'attachement.

Quel que soit le type de traitement qu'ils reçoivent, tous les enfants ont tendance à établir des liens avec le ou les adulte·s s'occupant d'eux. Dans un contexte de mauvais traitements, ce n'est pas la présence ou l'intensité de l'attachement qui est en cause mais sa qualité (Tereno et al., 2007).

2.2.1 La constitution du lien d'attachement

Nicole Guédeney (2010) explique que l'attachement va se constituer en plusieurs phases. La première commence à la naissance et dure trois mois. Durant cette période, le bébé dépend entièrement de son environnement et des réponses que celui-ci va apporter à ses sollicitations. Ses comportements d'attachement, qui

visent à obtenir la proximité d'un être humain, ne sont alors pas dirigés vers une personne en particulier.

Durant la seconde phase, qui s'étend entre trois et six mois, l'enfant va développer sa capacité à contrôler ses systèmes de comportement. C'est-à-dire qu'il va de plus en plus chercher activement à obtenir la proximité de la personne qui s'occupe de lui en tendant les bras ou en s'accrochant. L'enfant commence à différencier les gens qui l'entourent et qui lui sont familiers de ceux qu'il ne connaît pas.

C'est durant la troisième phase, qui commence vers six à neuf mois et dure jusqu'au début de la troisième année de l'enfant, que va s'établir le phénomène de base de sécurité. Cette notion désigne le fait que la figure d'attachement va être un support qui permettra au bébé d'explorer le monde en confiance, ce qui est une des fonctions de l'attachement (Tereno et al., 2007).

2.2.2 Les figures d'attachement

La personne qui répond le plus souvent aux besoins de l'enfant va devenir sa figure d'attachement principale. Dans nos sociétés occidentales, il s'agit encore souvent de la mère puisque c'est elle qui va s'occuper le plus fréquemment de l'enfant (Mistycki et Guédeney, 2007). Ce dernier va ensuite hiérarchiser les autres donneurs de soins réguliers en fonction de ce qu'il obtient, dans la relation à chacun d'eux. Ceux-ci vont alors devenir des figures d'attachement secondaires (Lamb et Sutton-Smith, 1982 ; Crittenden, 1990, cités par Pinel-Jacquemin, 2010).

2.2.3 L'attachement sécure

Comme le disent Karin et Klaus Grossmann (2009. p.1), « *l'attachement sert à assurer la protection et les soins du nourrisson, et l'attachement sécurisant sert à soulager la détresse, à restaurer l'homéostasie et à encourager l'exploration* ». La formation d'un lien d'attachement sécure est donc primordiale pour le développement du jeune enfant. Lorsque la qualité des relations d'attachement est évaluée à travers la « Situation Étrange »⁶, l'enfant avec un attachement de ce type va explorer l'environnement lorsque sa figure d'attachement est là et ne va pas particulièrement se méfier de l'adulte qu'il ne connaît pas. Lorsque la figure d'attachement sort de la pièce, l'enfant va chercher activement à retrouver sa proximité. Quand elle revient et que l'enfant a été rassuré, il va pouvoir explorer à nouveau. Ainsi, c'est justement cet attachement, entraînant le sentiment de

⁶ La « Situation Étrange » est un paradigme expérimental conçu pour « évaluer l'organisation de l'attachement et le comportement exploratoire dans un contexte non familial et générateur d'un niveau modéré de stress » (Tereno et al., 2007. p.158). Elle consiste en une série de plusieurs épisodes incluant des séparations et des réunions entre l'enfant et sa figure d'attachement et l'introduction d'une personne étrangère dans la pièce d'observation. L'expérience est valable et fiable lorsque l'enfant a entre 12 et 18 mois.

sécurité, qui va permettre paradoxalement les découvertes et l'autonomie du jeune enfant.

Il s'agit de situations où, à travers leurs interactions, l'enfant a pu développer une « *confiance relative à la disponibilité de la figure d'attachement et à l'efficacité de ses propres initiatives* » car cette personne reconnaît l'expression de ses besoins et sait lui offrir du réconfort lorsqu'il en a besoin (Tereno et al., 2007. p. 156-157).

La qualité de la relation d'attachement de l'enfant va en grande partie dépendre de la qualité des soins qu'il reçoit. Cela implique que la figure d'attachement ait la volonté et la capacité de répondre aux besoins d'exploration et de sécurité de l'enfant. Desjardins et al. (2005) mettent en avant quatre dimensions essentielles de la qualité des soins :

- La sensibilité
- La proximité
- L'engagement
- La réciprocité

La sensibilité

Selon Mary Ainsworth, qui a joué un rôle important dans le développement de la théorie de l'attachement, la sensibilité aux besoins d'attachement est la « *capacité du parent à percevoir et à 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* » (Guédeney, 2010. p.34-35).

La première étape, consistant à détecter les signaux émis par le bébé, nécessite l'attention et la disponibilité physique et psychologique de la figure d'attachement. Pour pouvoir ensuite interpréter correctement ces signaux, le parent doit être capable de différencier clairement ses propres besoins et ceux de son enfant. Il doit être capable d'empathie pour pouvoir considérer les situations selon la perspective de l'enfant.

La figure d'attachement doit alors être capable de sélectionner une réponse appropriée aux signaux et de l'appliquer rapidement afin que l'enfant puisse faire le lien entre son comportement et la réponse de son parent. Ainsi, il pourra acquérir le sentiment qu'il a une influence sur son environnement.

Plusieurs obstacles de nature affective et cognitive peuvent entraver le traitement des signaux émis par l'enfant.

Étapes	Obstacles
1. Le parent détecte le signal	• Parent non disponible
2. Le parent interprète correctement les signaux	• Le parent ne comprend pas le signal • Le parent juge que ce n'est pas nécessaire de répondre • Le parent pense que l'enfant est capable de répondre lui-même à ses besoins • Distorsion cognitive de la part du parent
3. Le parent sélectionne une réponse juste et appropriée aux signaux	• Taille limitée du répertoire de réponse du parent • Processus de prise de décision inefficace
4. Le parent applique sa réponse rapidement	• Le parent est préoccupé par autre chose • Le contexte entrave l'application de la réponse • La réponse est partielle

(Desjardins et al., 2005, p.19)

La proximité

La qualité des soins implique une proximité physique et psychologique avec l'enfant.

La fréquence et la durée des contacts physiques entre la figure d'attachement et l'enfant est d'une grande importance pour la sécurité de l'attachement. Un aspect central est la capacité de la figure d'attachement à calmer la détresse de l'enfant en le prenant dans ses bras.

Cependant, la seule présence physique ne suffit pas. Il est également important que le parent soit disponible psychologiquement, qu'il interagisse avec son enfant et se soucie d'établir une relation intime avec lui. « *Le parent capable de proximité psychologique entrevoit positivement la grossesse et l'arrivée de son enfant. Puis, durant la période postnatale, il se donne les moyens d'être disponible par la gestion de son temps ou la maîtrise de son stress et a l'esprit suffisamment libre pour consacrer du temps à l'enfant* » (Desjardins et al., 2005, p.20).

L'engagement

S'engager envers l'enfant signifie se sentir responsable de sa sécurité, de son développement ainsi que de sa croissance et agir en conséquence. Concrètement, il s'agit d'assurer une surveillance constante de l'enfant, de

soutenir la régulation de ses émotions et de connaître les stades du développement de celui-ci.

La réciprocité

Il s'agit du caractère dynamique de la relation entre l'enfant qui émet des signaux et la sensibilité du parent à y répondre. Cela demande que chacun des deux amorce des interactions et réponde aux comportements de l'autre. Ainsi, le tempérament de l'enfant joue un rôle dans le développement de la sécurité de l'attachement. Le parent doit donc tenir compte des caractéristiques spécifiques à l'enfant (Desjardins et al., 2005).

2.2.4 L'attachement insécure

Il peut arriver que d'une façon ou d'une autre l'environnement de l'enfant ne réponde pas à l'expression de ses besoins d'attachement de manière adéquate. Le jeune enfant va alors développer des stratégies d'adaptation. Dans ce genre de situation, il va s'agir d'un attachement dit insécure soit « anxieux évitant », soit « anxieux ambivalent/résistant ».

Il a été observé que les enfants avec un attachement évitant réagissent peu lors d'une séparation avec la figure d'attachement et, lors des retrouvailles, ils ne recherchent pas la proximité et le contact avec celle-ci, sachant qu'elle ne leur apportera pas de réconfort. Guédeney (2010, p.25) explique qu'il s'agit d'un ensemble de stratégies de « *minimisation des besoins d'attachement et de diversion de l'attention* ».

A l'inverse, dans le cas d'un attachement ambivalent/résistant, l'enfant mettra en place des stratégies de « *maximisation des besoins d'attachement, au détriment des capacités d'exploration* » (Guédeney, 2010, p.26). En effet, lors d'une séparation avec la figure d'attachement, l'enfant montre de la détresse. Il éprouve ensuite des difficultés à être réconforté et oscille entre recherche de contact et rejet de la figure d'attachement.

Dans ces deux cas, il ne s'agit pas d'attachements « pathologiques » ou de troubles de l'attachement ; l'insécurité de l'attachement reste adaptative. C'est-à-dire que c'est la meilleure réponse qu'a trouvée l'enfant pour garder un certain niveau de proximité avec sa figure d'attachement en fonction de ce que celle-ci était en mesure de lui donner. Malgré tout, cette insécurité de l'attachement « *limite les potentialités de développement optimal, en particulier la négociation des conflits, le confort émotionnel, la liberté cognitive et la qualité des relations sociales proches. En présence d'autres facteurs de risques, elle potentialise les risques de dysfonctionnement de l'enfant (estime de soi, cognition, santé mentale, santé physique, relations sociales)* » (Guédeney, 2010. p.27).

En ce qui concerne l'attachement désorganisé, qui fait également partie des attachements dits insécures, il représente une véritable vulnérabilité à des

troubles cognitifs, émotionnels et du comportement. Ce sont des situations où la figure d'attachement est à la fois source de sécurité et d'alarme. Le jeune enfant va manifester des comportements contradictoires en cas de stress, hésitant entre l'approche et l'évitement et ne parviendra pas à élaborer une stratégie cohérente pour être réconforté par sa figure d'attachement (Hennighausen et Lyons-Ruth, 2010). Mary Main (1990) suppose que cela peut être le cas lorsque la figure d'attachement a subi un traumatisme lié à sa propre figure d'attachement et que ce traumatisme est resté « non-résolu ». Elle peut alors adopter un comportement « effrayé et / ou effrayant » dans les échanges avec son bébé. En effet, l'expression d'une peur par le bébé peut réveiller, chez la figure d'attachement, une frayeur ; la base de sécurité est alors menacée. Il peut arriver qu'un parent, très isolé socialement, fasse progressivement de la relation avec son enfant une source de sécurité pour lui-même. La séparation risque alors d'être désorganisante car lorsque l'enfant se tournera vers son parent pour se réconforter, il ne rencontrera que la propre anxiété de séparation et le besoin de réconfort de ce dernier. Dans d'autres cas, la figure d'attachement peut se montrer menaçante, brusque, faire des mimiques ou des gestes de réprimande. Face à ces attitudes, le jeune enfant ne peut pas utiliser comme base sécurisante sa figure d'attachement qui lui fait peur ou qui répond à son anxiété en montrant sa propre anxiété (Pierrehumbert, 2003).

Or, la théorie de l'attachement pose comme postulat que l'expérience que fait un individu avec sa ou ses figures d'attachement aura des conséquences directes sur sa capacité à tisser, plus tard, des liens affectifs avec d'autres personnes. (Grossmann et Grossmann, 2009). En effet, à partir des réponses de l'entourage aux comportements d'attachement du jeune enfant, des modèles internes opérants vont se mettre en place. Ceux-ci « [...] orchestrent le comportement, la cognition et les affects dans les relations proches ; ils contrôlent également l'attention portée aux informations associées à des événements liés à l'attachement et la mémoire associée à ces événements » (Guédénéry, 2010. p.29). Ces modèles vont traduire la confiance en les autres et en soi comme personne digne ou non d'être aimée et soutenue par les autres en fonction des réponses que l'enfant a reçues. Plus l'enfant est encore jeune, plus des changements au niveau de l'environnement pourront facilement modifier ces modèles du monde et de soi.

2.2.5 Les troubles liés à l'attachement

Dans certains cas graves, l'enfant peut développer des troubles de l'attachement. Dans le DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) paru dans les années 1990, les troubles de l'attachement sont envisagés comme « l'expression d'un mode de relation gravement perturbé, généralisé à la plupart des situations sociales que vit l'enfant, et inapproprié relativement à son âge. Ils sont dits "réactionnels" dans le sens qu'ils sont réservés aux troubles

manifestement associés à une carence de soins, comme par exemple la négligence avérée des besoins émotionnels ou physiques de l'enfant ou encore le changement répété des personnes ayant soin de lui » (Pierrehumbert, 2003. p. 333-334).

Il existe 3 types de troubles de l'attachement (Guédeney et Guédeney, 2010) :

- Les troubles de l'absence d'attachement : *« le trouble d'attachement avec retrait émotionnel, dans lequel l'enfant est en retrait, inhibé, sans attachement, et le trouble avec sociabilité indistincte, dans lequel l'enfant recherche le confort et des interactions sociales avec des étrangers, sans réticence appropriée à l'âge »* (Guédeney et Guédeney, 2010, p.90).
- Les ruptures du lien d'attachement : l'enfant subit la perte d'une figure d'attachement. Il développe la séquence suivante : protestation, désespoir et détachement.
- Les troubles de la base de sécurité : lorsqu'il existe un lien avec la figure d'attachement mais que ce lien n'est pas bon, il peut y avoir une distorsion de la base de sécurité. Ce trouble peut se présenter sous différentes formes :
 - La mise en danger : l'enfant se met systématiquement en danger pour capter l'attention de sa figure d'attachement ;
 - L'accrochage et l'exploration inhibée : l'enfant n'a pas pu établir de base de sécurité et ne peut donc pas se détacher de sa figure d'attachement pour explorer son environnement ;
 - La vigilance et la compliance excessive : l'enfant est hypervigilant à la moindre réaction de sa figure d'attachement et fait tout pour lui plaire en obéissant parfaitement à ses demandes ;
 - Le renversement des rôles : l'enfant exerce un contrôle sur sa figure d'attachement ou endosse un rôle de protecteur vis-à-vis d'elle.

Le but des AEME est de favoriser le développement d'un lien d'attachement sécuritaire entre la mère et son enfant et d'éviter le placement de ce dernier afin qu'il ne développe pas un trouble de l'attachement.

Il est important d'être attentif et attentive au fait que chez le nourrisson un dysfonctionnement relationnel avec l'entourage va s'exprimer de façon privilégiée à travers certaines fonctions corporelles comme l'alimentation et le sommeil (Maury, 2005). C'est pourquoi la psychiatrie du bébé et la psychopathologie précoce imposent de prendre en considération simultanément le bébé lui-même, l'adulte qui en prend soin et le lien entre ces deux individus (Misès, 2012).

2.2.6 Les facteurs influençant la qualité des soins

Différents facteurs peuvent entraver l'expression optimale du *caregiving*⁷ du parent. Il s'agit de son bien-être psychologique, soit son état émotif et ses représentations mentales, et son réseau social, soit la qualité de sa relation conjugale et le soutien social dont il bénéficie (Desjardins et al., 2005).

L'état émotif

La condition dépressive du parent et le stress influenceraient la sécurité de l'attachement de l'enfant en agissant sur la disponibilité psychologique et la capacité de l'adulte à répondre adéquatement à ses besoins. Or, la faible scolarité, la pauvreté, l'isolement, le manque de soutien social, la monoparentalité, les conflits conjugaux sont autant des facteurs risquant d'augmenter le niveau de stress parental.

De plus, Belsky (1999) montre que les enfants de mère dépressive ont plus de risque que les autres de développer un attachement insécure à cause notamment du manque de continuité et d'échanges avec l'enfant.

Les représentations mentales

Les premières relations instaurées avec ses propres parents joueraient un rôle important dans les comportements d'attachement tout au long de la vie et influenceraient la sensibilité du parent et sa capacité à établir des relations intimes avec son enfant. Beaucoup d'adultes ayant développé un attachement insécurisant avec leurs parents espèrent pouvoir vivre avec leur enfant la proximité et la réciprocité qui leur ont fait défaut. Cependant, en venant raviver le modèle qu'ils ont intériorisé, l'enfant contribue souvent malgré lui à la répétition d'un même type d'attachement.

La relation conjugale

Belsky (1999) montre qu'une relation de qualité avec le conjoint a un effet médiateur sur la relation mère-enfant et contribue à une plus grande sensibilité maternelle.

Le soutien social

Plusieurs auteurs démontrent que pour s'adapter au stress de la maternité, les jeunes mères développent et utilisent leur réseau de soutien. Pour être confortés dans leur rôle et retrouver leur énergie, les parents dépendent beaucoup de leur entourage (famille, ami·e·s, professionnel·le·s). Lorsqu'ils sont ambivalents face à la grossesse ou rencontrent des difficultés après la naissance, ce soutien social est d'autant plus important. Des études montrent que le soutien est associé à une meilleure santé psychologique et a un effet positif sur la qualité des interactions parent-bébé. De plus, selon certaines études, les jeunes mères vivant avec leurs parents ont plus de chance de reprendre leurs études, d'obtenir un diplôme,

⁷ On appelle système de *caregiving* les soins parentaux qui répondent aux besoins d'attachement du bébé



d'accéder à un niveau économique et de recevoir de l'aide pour les soins à l'enfant. Lorsque le père de l'enfant est absent, l'aide de la famille devient essentielle (Desjardins et al., 2005).

2.3 Soutenir les parents

Comme nous l'avons vu, certaines attitudes parentales constituent un facteur de risque pour la qualité de l'attachement. En effet, le manque de sensibilité et de capacité de l'adulte à répondre aux demandes de l'enfant risque d'entraîner le développement d'un attachement anxieux et l'anxiété du parent lui-même risque de désorganiser les stratégies de l'enfant (Pierrehumbert, 2003). Il paraît donc essentiel de soutenir les parents dès le plus jeune âge du bébé pour favoriser un attachement sécurisant et donc le bien-être présent et futur de l'enfant. Selon Andrée Fontaine (1996), on peut augmenter l'estime de soi du parent et sa confiance en ses capacités parentales en mettant en place des conditions psychologiques, sociales et économiques qui favorisent l'abaissement de son niveau de stress. On crée ainsi un environnement plus favorable à l'établissement du lien d'attachement. Il s'agit donc de s'assurer que les familles se trouvant dans des situations pouvant potentiellement entraver l'expression du *caregiving* reçoivent le soutien nécessaire (Moran, 2007).

Nicole Guédeney (2010, p.54) donne l'exemple de la consigne d'urgence donnée par le personnel de bord lorsqu'on prend un avion : il est demandé aux parents de mettre un masque à oxygène avant de s'occuper de leur enfant car s'ils sont évanouis, ils ne pourront pas l'aider et, tout seul, il ne s'en sortira pas. Cela représente bien le fait que la priorité est de « prendre soin de ceux qui prennent soin ».

2.3.1 Posture professionnelle et *empowerment*

Alors qu'il y a encore quelques années l'éloignement de l'enfant du milieu familial jugé pathogène était privilégié par la politique de protection de l'action sociale, on en vient aujourd'hui à reconnaître les richesses et les compétences des parents. La souffrance de ces derniers est reconnue. Comme l'explique Guy Ausloos (1995), « *la figure du parent "souffrant" vient contrebalancer la figure du parent "coupable" portant avec elle une politique d'action fondée sur la prévention et la réhabilitation de l'enfant et du parent. [...] L'idée de "familles compétentes" qui est mise en avant vient pondérer l'idée de "familles dysfonctionnelles"* » (Lamboy, 2009, p.41).

Cette nouvelle approche implique un changement en terme de posture professionnelle dans le travail auprès des familles : au lieu de travailler *pour* ces dernières, on va chercher à travailler *avec* elles. Elle implique de la part des professionnel·le·s le renoncement à l'autorité jusqu'alors incontestée, à la position

d'expert. Travailler avec les parents suppose une nouvelle alliance entre le ou la professionnel·le et ces derniers.

En partant de l'idée que les parents étant dans des situations difficiles ont des compétences et qu'ils peuvent acquérir les ressources pour s'en sortir, l'accompagnement va changer. On va passer de la prise en charge, où « *on emmène les parents vers un but préalablement fixé* », à la prise en compte, où « *on les accompagne vers une voie à trouver* » (Sellenet, 2008, p.20). Cette nouvelle approche vise le renforcement du pouvoir d'agir des bénéficiaires en respectant les valeurs et les façons de faire de ces derniers et dernières (Jobin et al., 2004).

Dans le cas des AEME, ces femmes vivent une situation d'aide contrainte. En effet, dans la plupart des cas, la demande de placement n'émane pas d'elles mais du SPJ ou de l'OCTP. Une telle intervention de l'État n'est pas anodine et on peut penser que cette expérience est susceptible de provoquer une atteinte de l'estime de soi, qui est déjà souvent faible chez ces femmes, ainsi que des sentiments d'indignité (Sellenet, 2008).

Pour que ces femmes puissent retrouver ou acquérir le sentiment d'exercer un contrôle sur leur vie, il importe que les professionnel·le·s leur permettent d'agir concrètement en travaillant avec elles et non *pour* elles et évitent les attitudes qui les culpabilisent ou les dépossèdent de leur pouvoir d'agir. Il paraît donc essentiel que les professionnel·le·s s'appuient sur les compétences des bénéficiaires, qu'ils et elles encouragent l'*empowerment*⁸ par leur posture professionnelle.

Pour cela, il s'agit d'identifier avec soin les capacités et incapacités des bénéficiaires ainsi que leurs besoins et leurs priorités accessibles afin d'établir avec elles des objectifs réalisables et graduels aux effets concrets, à partir de leurs forces et compétences. Ces réussites vont alimenter l'estime de soi, la fierté, le courage et l'espoir et renvoyer une image positive d'elles-mêmes à ces personnes (Drolet, 1997).

2.3.2 Différents programmes d'intervention

La méthode de Dymphna Van den Boom (1994) a montré qu'il est possible de promouvoir la sécurisation de l'enfant par l'amélioration de la **sensibilité parentale et la réciprocité**. Il s'agit d'une intervention débutant six mois après l'accouchement et basée sur le jeu parent-enfant. Elle cible quatre étapes dans le processus de réponse de la mère aux signaux de son bébé : la détection des signaux, leur interprétation, la sélection de la réponse appropriée et l'exécution de celle-ci. Il s'est avéré que les mères ayant bénéficié de l'intervention maintiennent un niveau de sensibilité plus élevé tout au long de la croissance de leur enfant.

⁸ « L'empowerment se définit comme un processus par lequel une personne développe le sentiment d'exercer un plus grand contrôle sur sa réalité par des actions concrètes dans des conditions de vie incapacitantes » (Le Bossé, 1995 cité par Drolet, 1997, p.62).

D'autres méthodes consistent à essayer de changer les **représentations mentales** que se font les parents de la façon dont leurs propres parents ont pris soin d'eux. Il s'agit, par exemple, du programme STEEP (Steps Toward Effective, Enjoyable Parenting). Cette intervention consiste en une série de visites à domicile à partir du second trimestre de la grossesse jusqu'à la première année de l'enfant. Le programme STEEP utilise diverses stratégies éducatives, thérapeutiques et de soutien aux mères. Le but est de les aider à exprimer et à intégrer les émotions et souvenirs associés aux expériences négatives de leur enfance et à comprendre la façon dont leur histoire affecte leurs habiletés maternelles. Cependant, les études portant sur ce type d'interventions ont démontré qu'elles avaient peu de conséquences sur la sécurité de l'attachement (Desjardins et al., 2005).

Certaines interventions combinent les deux approches et d'autres encore insistent sur le **soutien social** (Egeland, 2009). En effet, plusieurs études ont démontré l'existence d'un lien entre la sensibilité maternelle, la qualité du lien d'attachement et le soutien social. C'est le cas de celle de Jacobson et Frye (1991). Ces auteures ont mis au point une intervention auprès de jeunes mères défavorisées, isolées socialement : celles-ci ont reçu la visite périodique d'une aide volontaire à partir du troisième trimestre de leur grossesse et jusqu'à la première année de leur enfant. Ces visites étaient d'abord mensuelles, s'intensifiaient durant les deux ou trois premiers mois suivant la naissance puis redevenaient mensuelles. Les mères pouvaient faire appel à leur aide volontaire en tout temps. Après analyse, il est ressorti que les dyades mères-enfant du groupe expérimental avaient développé des relations plus sécurisantes que celles du groupe témoin.

Le programme de Culp et collaborateurs (1998) vise l'augmentation de l'**engagement** du parent vis-à-vis de son enfant. Les intervenant·e·s se rendent à domicile chaque semaine. Leur accompagnement vise l'acquisition d'habiletés parentales et de connaissances quant au développement de l'enfant. Des résultats positifs sur plusieurs sous-dimensions liées à l'engagement (acceptation du rôle de parent, connaissances sur le développement de l'enfant, la surveillance constante de ce dernier) sont notés (Desjardins et al., 2005).

Les programmes de formation professionnels hollandais « Marte Meo » utilisent, quant à eux, l'enregistrement vidéo pour **valoriser les interactions positives** entre le bébé et son parent. En visionnant le film avec ce dernier, la personne supervisant le contact donnera un feedback positif sur les instants où le comportement parental a été empathique et adéquat (Rygaard, 2007).

L'étude menée par Anisfeld et ses collaborateurs et collaboratrices (1990) diffère des autres. Ces chercheurs et chercheuses ont mis en place une intervention très simple pour promouvoir la **proximité physique** mère-enfant dès les premiers jours de vie et ainsi favoriser un attachement sécurisant : ils et elles ont offert à des mères de faible niveau socio-économique, un porte-bébé ventral, leur en ont

montré l'usage et les ont incitées à s'en servir tous les jours. Les auteure·s postulaient que le fait d'augmenter la proximité mère-bébé favorise une plus grande sensibilité maternelle aux signaux de l'enfant. Les analyses statistiques ont corroboré leur hypothèse : à 13 mois, 83 % des enfants du groupe expérimental avaient un attachement sécurisant comparativement à 38 % pour les enfants du groupe témoin (Vitaro et Gagnon, 2003).

2.3.3 Modèle d'observation systémique des interactions parents-enfants

Cet outil d'évaluation et d'intervention utilisé en contexte d'accompagnement des parentalités, conceptualisé par Christiane Bopp-Limoge, repose sur la notion d'*empowerment*. En effet, le MOSIPE est proposé avec l'éthique de « *mobiliser le dynamisme des personnes, afin de les rendre actrices dans l'accompagnement envisagé, c'est-à-dire qu'elles soient en capacité d'une part de se mobiliser efficacement pour défendre leurs intérêts et d'autre part de développer leurs potentialités* » (Bopp-Limoge, 2014, p.13).

Selon cette psychiatre, trois « ingrédients » facilitent la traversée des crises que rencontrent les familles avec lesquelles elle travaille. Il s'agit de l'existence de plaisir partagé dans les relations entre les membres du système, de la possibilité de recevoir de l'estime de soi dans ces relations et de la capacité de percevoir et de tenir compte des besoins de l'autre.

Bopp-Limoge explique que pour favoriser du plaisir partagé, il est essentiel de créer un contexte de sécurité affective avec ces familles dans lequel elles ne se sentent pas en danger d'être jugées et d'être attentif et attentive à leurs besoins. Il s'agit également de créer de la surprise en soulignant, par exemple, des aspects satisfaisants dans la relation parent-enfant qui ne sont généralement pas soulignés.

Selon Michaud et ses collaborateurs (2008, cités par Bopp-Limoge, 2014), deux composantes sont essentielles à l'évaluation de l'estime de soi : le sentiment d'efficacité personnelle en rapport avec ses habiletés relationnelles et le sentiment d'acceptation sociale en rapport avec le sentiment d'être aimé par les autres, en particulier par les personnes qui comptent pour soi.

Pour développer le sentiment d'efficacité personnelle, Bopp-Limoge propose d'étayer le parent pour qu'il se sente efficace par rapport à son enfant en l'aidant à acquérir un savoir-faire technique et simple qui lui permettra de se découvrir capable de réaliser la tâche.

En ce qui concerne le développement de la capacité à percevoir et tenir compte des besoins de l'autre, la psychiatre explique qu'il est important de présenter les besoins de l'enfant de telle manière que le parent ne culpabilise pas et puisse les

écouter sans se sentir un mauvais parent. Il s'agit de « *positionner chacun à une place légitime en mettant en évidence la logique de son comportement lié à un besoin qui fait agir d'une manière spécifique pour le satisfaire* » (Bopp-Limoge, 2014, p.41).

3. Méthodologie

Ce chapitre a pour objectif de définir mon terrain d'enquête, l'échantillon de personnes interviewées ainsi que la méthode de récolte de données utilisée afin de répondre à ma question de recherche qui est, pour rappel :

« Comment les pratiques développées au sein des AEME favorisent-elles la construction d'un lien d'attachement jugé satisfaisant entre une mère en situation de vulnérabilité et son enfant? »

3.1 Terrain et population de recherche

Afin de mener à bien ma recherche, j'ai choisi d'interviewer des éducateurs et éducatrices travaillant au sein des trois AEME du canton de Vaud, c'est-à-dire celui de la Fondation la Pouponnière et l'Abri, de la Fondation Petitmaître et celui de la Fondation Jeunesse et Famille. Je souhaitais, en me rendant dans les trois structures plutôt qu'une seule, découvrir d'éventuelles pratiques différentes.

J'ai choisi d'interroger les éducateurs et éducatrices et non les familles car je souhaitais comprendre comment et sur quoi ils et elles travaillent pour favoriser la construction des liens d'attachement.

J'ai donc pris contact avec les trois AEME par e-mail en leur expliquant le sujet de mon travail de recherche et les modalités des entretiens. Six éducatrices, deux dans chaque structure, ont accepté de participer à ma recherche et de me rencontrer pour répondre à mes questions. Les entretiens ont été réalisés sur le lieu de travail des professionnelles.

Structures ⁹	Éducatrices (appellations dans le texte)	Formations, parcours professionnel	Années d'expérience à l'AEME
A	E1	Après avoir effectué ses études en psychologie et suivi une formation à l'Échelle de Brazelton, a fait des remplacements en nurserie et travaillé en tant qu'accueillante en maison ouverte	2 ans
	E2	Après sa formation d'éducatrice sociale, a travaillé en foyer avec des enfants et adolescents, auprès de personnes en situation de handicap mental et en garderie	8 ans

⁹ Pour des raisons d'anonymat, ces structures n'ont pas été nommées dans ce tableau

B	E3	Après sa formation d'éducatrice sociale, a effectué des remplacements en foyer pour enfants d'âge scolaire et en AEME	4 ans
	E4	A travaillé dans un centre ORIF après sa formation d'assistante sociale	4 ans
C	E5	Après sa formation d'éducatrice sociale, a travaillé auprès de personnes en situation de handicap, en internat scolaire, en garderie et au sein d'un point rencontre	5 ans
	E6	Suite à sa formation d'éducatrice sociale, a travaillé auprès d'enfants et adultes en situation de handicap, en classe d'observation pour enfants avec troubles du spectre de l'autisme et avec des adolescents. A également suivi une formation de praticienne formatrice	9 mois

3.2 Récolte de données

L'outil de récolte de données qui m'a semblé être le plus adapté à mon objet de recherche est l'entretien. J'ai choisi cette méthode qualitative car il me semblait important de rencontrer directement les personnes pour mener une enquête approfondie et déceler des informations précises (Blanchet et Gotman, 2010). En effet, je voulais non pas récolter des tendances statistiques d'intervention mais bien interroger les pratiques et comprendre *comment* les professionnel·le·s travaillent sur le lien mère-enfant.

J'ai choisi d'utiliser deux types d'entretiens : l'entretien semi-dirigé et l'entretien d'explicitation. Dans l'entretien semi-dirigé, le chercheur ou la chercheuse prépare, au préalable, une grille de questions relativement ouvertes pour lesquelles il ou elle souhaite obtenir une information. Durant l'entretien, les questions ne sont pas forcément toutes posées dans l'ordre prévu au départ. L'interviewé·e peut s'exprimer librement et l'intervieweur ou l'intervieweuse pose les questions qu'il ou elle n'a pas abordées spontanément (Van Campenhoudt et Quivy, 2011).

L'entretien d'explicitation m'a permis de répondre plus particulièrement au « comment » de ma question de recherche. En effet, cette méthode vise la verbalisation de l'action afin d'obtenir une description détaillée du déroulement de celle-ci. Pour ce faire, le chercheur ou la chercheuse amène l'interviewé·e à évoquer une situation vécue et, par ces questions qui se réfèrent directement à cette situation précise, il ou elle va aider la mise en mots du « faire ». Car, comme l'explique Vermersch (2000), décrire sa propre action présente des difficultés

notamment parce qu'il y a une part importante de son « faire » dont on n'est pas conscient et qu'on est alors incapable de verbaliser sans une aide. Pour cet auteur, dans ce type d'entretien, l'intervieweur ou l'intervieweuse doit encourager la description du déroulement de l'action et éviter les « pourquoi ». Dans la formulation de mes questions, j'ai donc privilégié les « comment » et les « quoi » afin d'inciter la personne à donner des informations sur ce qu'elle a fait concrètement dans la situation professionnelle.

Pour élaborer ma grille d'entretien (voir annexe B), j'ai établi une liste de questions comprenant des indicateurs provenant de ma partie théorique et basées sur mes objectifs de recherche. J'ai tout d'abord posé quelques questions d'ordre général pour me permettre d'« identifier les situations types de prise en charge ». Ensuite, pour « identifier les pratiques permettant la construction d'un lien d'attachement satisfaisant entre la mère et son enfant », j'ai demandé aux éducatrices de raconter une situation concrète, afin de voir le « comment » de l'action. Pour ce faire, j'ai divisé mes questions en trois temps : le début de la prise en charge, les pratiques mises en œuvre pendant celle-ci et la fin de la prise en charge. Ces questions me permettaient d'orienter et de relancer la personne interviewée lors du récit de la situation concrète.

3.2.1 Déroulement des entretiens

Durant les entretiens, les éducatrices m'ont donc raconté une situation particulière qu'elles avaient suivie. Certaines de mes questions se rapportaient directement à la situation emblématique alors que d'autres étaient d'ordre général. C'est pourquoi dans la partie description et analyse des données qui suit, il y a parfois ce va-et-vient entre des éléments généraux et d'autres spécifiques aux situations décrites.

3.3 Ethique

Lors des rencontres, j'ai commencé par rappeler le sujet de mon travail de recherche et présenter le formulaire de consentement que j'avais élaboré (voir annexe C).

Avec l'accord des éducatrices, j'ai pu enregistrer chaque entretien pour pouvoir ensuite faire une retranscription précise et faciliter ainsi le travail de description et d'analyse des données qui suit. Les enregistrements ont ensuite été détruits.

Dans le tableau ci-dessus concernant les personnes interviewées, j'ai également choisi de ne pas faire apparaître le nom de la structure dans laquelle travaille chaque éducatrice pour éviter d'associer le lieu avec les situations décrites.

4. Description et analyse des données

Dans ce chapitre, je vais décrire et analyser, en m'appuyant sur des éléments développés dans la partie théorique précédente, les données recueillies lors des six entretiens que j'ai effectués. J'ai choisi de structurer mon analyse selon les trois objectifs principaux de cette recherche et de diviser ceux-ci en thématiques.

4.1 Objectif 1

Identifier les situations types de prise en charge

Afin de répondre à ce premier objectif, je l'ai divisé en trois thématiques :

- Difficultés rencontrées par les mères accueillies
- Problématiques au niveau du lien mère-enfant
- Durée des prises en charge

4.1.1 Difficultés rencontrées par les mères accueillies

Toutes les éducatrices interrogées mettent en évidence la grande diversité des difficultés que rencontrent les mères accueillies en AEME. Dans les trois structures, les éducatrices décrivent un grand isolement, des problèmes psychiques ainsi que des parcours de vie difficiles. Deux éducatrices évoquent la présence de carences affectives liées à ces passés complexes.

Trois éducatrices évoquent une certaine précarité, beaucoup de mères étant en poursuite. Selon trois professionnelles, il peut également y avoir des difficultés liées à une addiction actuelle ou passée. De plus, selon deux éducatrices, certaines mamans accueillies sont victimes de violences conjugales. Les troubles cognitifs légers sont cités par l'une d'entre elles, tandis qu'une autre souligne le manque d'estime de soi chez ces mamans. Une seule éducatrice mentionne des problématiques liées à l'attachement et une seule autre le déni de grossesse.

Comme dit l'une des professionnelles « *c'est un peu un ensemble de facteurs qui les amène ici* » (E1). Il s'agit de situations pour lesquelles « *le service placeur a besoin d'être rassuré sur le fait que cette mère peut s'occuper de cet enfant-là* » (E6).

En fait, il n'y a pas de critères d'admission réellement définis hormis le fait que les mères doivent avoir un certain degré d'autonomie pour pouvoir être seules une partie du temps avec leur enfant puisque les éducateurs et éducatrices ne sont pas présents en permanence. « *Toutes les situations vont être discutées en équipe et puis si le projet nous semble jouable et qu'on peut faire quelque chose ben on va entrer et si le projet nous semble trop compliqué avec la sécurité de*

l'enfant pas suffisamment assurée par la maman de par sa situation ben on n'entrera peut-être pas en matière » (E4).

4.1.2 Problématiques au niveau du lien mère-enfant

Comme évoqué plus haut, durant les entretiens, j'ai demandé à chaque éducatrice de choisir une situation particulière à décrire. De cinq cas décrits ressortent différentes problématiques au niveau du lien mère-enfant. Dans la sixième situation, le lien a été qualifié de bon par la professionnelle interrogée. La difficulté résidait principalement dans les exigences trop hautes que la mère avait vis-à-vis de son enfant. *« Sa fille devait être un petit bout la fille parfaite, la petite fille modèle, donc la petite avait peu le droit de faire de chose donc voilà, très très stricte et vraiment dure. Mais d'un autre côté, avec un bon lien enfin une maman qui était là, qui pouvait être très dure mais très rassurante » (E4).*

Dans deux situations narrées, les professionnelles qualifient la relation entre la mère et l'enfant de fusionnelle. Elles relèvent une instabilité dans les réponses apportées par la maman. Dans un cas, l'éducatrice raconte : *« Cet enfant qui implore très très fort et cette maman qui dit des fois "ça suffit, tu arrêtes de pleurer comme ça" et puis des fois qui dit "maintenant viens dans mes bras" » (E2).* Dans l'autre situation, la professionnelle explique : *« cette maman, quand elle n'allait pas bien, elle n'était plus en lien (...) avec l'enfant » (E1).*

Dans trois autres situations, les mamans se montrent distantes avec leur enfant, ne répondant pas adéquatement à ses besoins. Une des éducatrices décrit une mère très rejetante envers sa fille autant dans son attitude que dans ses paroles, ayant une grande difficulté à manifester des gestes de tendresse comme des baisers ou des câlins. Dans ce cas, l'enfant réagit par des pleurs très fréquents et une demande constante d'attention et de proximité.

Une autre professionnelle parle d'une mère très peu attentionnée envers son enfant, très prise par ses propres histoires, notamment sa relation de couple, qui ne regarde pas sa fille quand elle la nourrit, qui ne lui parle pas, qui lui tourne le dos quand elle mange. Elle décrit la fillette comme *« suradaptée »*, un enfant *« éteint »* qui ne pleure jamais.

Dans la dernière situation, l'éducatrice évoque une relation fragile avec une grande difficulté de la mère à soutenir le regard de son enfant. *« Elle s'en occupait un petit peu puis après elle le posait et puis voilà, (...) mais il n'y avait pas vraiment tout... elle ne l'enveloppait pas de paroles, d'affection, d'amour » (E6).*

4.1.3 Durée des prises en charge

L'AEME C essaie de mettre une année comme maximum car selon une des éducatrices y travaillant *« c'est vraiment la durée qui permet que la maman elle se pose un petit bout mais pas qu'elle s'incrute » (E6).* Selon elle, lorsque le

placement dure plus longtemps cela devient alors contre-productif car « *les mères pourraient alors soit vraiment nous détester parce qu'elles nous voient et qu'il y a quand même un contrôle qui est fait, que ça peut être très oppressant quoi et contraignant, ou alors trop se complaire puis ne pas aller vers plus d'autonomie* » (E6).

En ce qui concerne les AEME A et B, la moyenne se situe plutôt autour d'une année et demie notamment parce que la plupart du temps les mères peinent à trouver un logement. De plus, selon une des éducatrices il faut souvent un peu plus d'une année « *pour que la maman puisse être bien avec son enfant, assumer ses besoins mais qu'elle soit bien aussi elle en tant que femme* » (E3).

Une éducatrice précise que le placement est parfois prolongé dans le cas des mères mineures pour qu'elles aient atteint leur majorité au moment de quitter la structure ou encore, selon une autre professionnelle, dans le cas des mères étrangères sans permis afin d'avoir le temps de faire les démarches administratives pour l'obtenir.

4.1.4 Analyse de l'objectif 1

Les mères accueillies en AEME rencontrent diverses difficultés qui souvent se cumulent. Certaines professionnelles évoquent des problématiques qui n'étaient pas citées dans la présentation générale de la prestation comme des difficultés psychiques ou encore liées à une addiction.

On peut noter qu'à l'arrivée des mamans dans ces structures, une problématique liée directement à l'attachement n'a pas forcément déjà été observée. Cependant, on constate que toutes sont dans des situations pouvant influencer la qualité des soins et c'est pour cette raison que le SPJ ou l'OCTP intervient. En effet, selon Desjardins et al. (2005), la précarité, l'isolement, le manque de soutien social ou encore les conflits conjugaux sont autant de facteurs de stress qui influenceraient la sécurité de l'attachement. De plus, la plupart de ces mamans ont connu des parcours de vie très difficiles souvent source de carences affectives. Or, cela va également avoir une influence sur la relation qu'elles vont établir avec leur propre enfant.

Ceci nous montre bien l'aspect préventif de cette prestation. Les mamans sont dirigées vers l'AEME très vite, souvent directement à la sortie de la maternité, et certaines sont même encore enceintes au moment de leur arrivée.

Alors que le concept de l'AEME fixe une durée de placement comprise entre 3 mois et une année avec une prolongation éventuellement possible jusqu'à deux ans, on remarque que la durée moyenne du séjour se situe entre une année et une année et demie. Au vu des difficultés souvent nombreuses rencontrées par les mères, il ne semble pas surprenant qu'une prolongation au-delà d'une année soit souvent mise en œuvre. Il ressort des entretiens qu'un certain temps est

nécessaire pour permettre à la maman de pouvoir avancer et évoluer d'un point de vue personnel et dans sa relation à son enfant.

Concernant les problématiques au niveau du lien mère-enfant, il ressort des entretiens que les difficultés peuvent se situer au niveau des quatre dimensions de la qualité des soins décrits par Desjardins et al. (2005), soit un manque de sensibilité de la mère, d'engagement, de proximité ou de réciprocité selon les situations.

On peut également relever, dans le comportement des enfants dépeints par les professionnelles, des symptômes pouvant être reliés à un attachement insécurisé décrits par Guédeney (2000). C'est-à-dire soit, dans un cas, une maximisation des besoins d'attachement (enfant pleurant très souvent et ne parvenant pas à se détacher de sa mère), soit, dans l'autre cas, une minimisation de ces besoins (enfant ne pleurant jamais, ne se manifestant pas).

4.2 Objectif 2

Identifier les pratiques permettant la construction d'un lien d'attachement satisfaisant entre la mère et l'enfant

Pour répondre au deuxième objectif, je l'ai divisé selon les trois temporalités dans la prise en charge : le début, pendant et la fin.

- Construction de la prise en charge
 - Processus d'admission
 - Premiers pas à l'AEME
 - Analyse des difficultés et mise en place des objectifs spécifiques
- Accompagnement
 - Axes de travail
 - Actions éducatives : outils, méthodes
 - Travail en réseau
- Fin du placement
 - Outils d'évaluation
 - Éléments déterminants pour la prise de décision
 - Prise de décision

4.2.1 Construction de la prise en charge

a. Processus d'admission

C'est le service placeur, c'est-à-dire soit le SPJ, soit l'OCTP, qui fait la demande d'admission. L'assistant.e social.e (AS) en charge du dossier rencontre alors un éducateur ou une éducatrice de l'AEME pour exposer la situation et si celle-ci

semble correspondre à ce que peut offrir l'AEME, une deuxième rencontre à laquelle la mère est conviée est organisée. Lors de cet entretien d'admission, la maman présente ses besoins et objectifs personnels et le service placeur pose les objectifs du placement. *« En arrivant ici, elle [la mère] doit savoir qu'est-ce qu'elle doit faire pour pouvoir sortir avec son enfant. Ça ça doit être clair au début »* (E1). Il ressort des entretiens d'explicitation que le premier contact avec les mères se passe plutôt bien lorsque celles-ci comprennent ce que l'AEME peut leur apporter comme soutien. L'entretien d'admission permet de présenter la structure et l'accompagnement qui y est effectué.

Une des éducatrices explique la place du service placeur ainsi : *« il peut avoir des craintes sur la sécurité, sur ben l'hygiène de la maman ou je ne sais quoi ou bien sur sa capacité à s'organiser, à organiser son lieu de vie et ça, quand on fait l'entretien d'admission, le service placeur il doit le dire et puis il doit aussi dire de quoi il a besoin pour être rassuré. Et ça c'est les exigences et ça c'est à lui de le poser. Ensuite, avec la mère, le travail qu'on va faire c'est de lui dire " ben qu'est-ce qu'on peut faire ensemble pour rassurer le service placeur ? " et c'est à partir de ça qu'on va travailler »* (E6).

Durant tout le placement, c'est le service placeur qui prendra toutes les décisions. En effet, les éducateurs et éducatrices n'ont aucun pouvoir décisionnel. Une éducatrice explique : *« nous on offre une prestation qui est de développer des compétences mais cette prestation-là elle nous a été confiée, elle nous a été demandée par l'AS et puis que c'est à lui qu'on doit rendre des comptes »* (E6).

b. Premiers pas à l'AEME

Il ressort de cinq entretiens qu'un point d'honneur est mis au fait de réserver un accueil chaleureux à la maman. En effet, une éducatrice explique qu'il est important de *« faire en sorte que quand elle arrive, elle sente qu'elle est attendue, accueillie »* (E1), que la maman puisse prendre rapidement ses marques et se sentir chez elle à l'AEME. Pour ce faire, plusieurs éléments sont cités comme préparer la chambre de la maman, avertir les autres mères habitant la structure de son arrivée et la présenter. Dans un des AEME, un bouquet de fleurs ou une boîte de chocolat est offert.e tandis que dans un autre il est mentionné que l'éducatrice prépare le premier repas pour la maman.

« Je dirais que le premier temps c'est un cocooning disons. La maman elle doit s'occuper de son bébé et nous on fait un peu une deuxième bulle pour qu'elle puisse le faire dans les meilleures conditions » (E1).

Une éducatrice évoque l'importance de l'écoute et de la présence pour créer un lien avec la maman, chose qu'elle considère comme la base de tout travail ultérieur : *« le premier truc à faire c'est créer le lien avec la maman pour ensuite pouvoir parler du lien qu'elle a avec sa fille »* (E3). Une autre professionnelle

explique que créer une alliance avec la mère est essentiel. « *Le but commun est que cette maman puisse sortir d'ici avec son bébé* » (E1).

Dans le 6^{ème} entretien, l'éducatrice évoque les aspects plus pratiques de l'arrivée d'une maman : la constitution du classeur dans lequel elle va pouvoir mettre ses documents administratifs, l'état des lieux de la chambre qu'elle va occuper ainsi que le versement d'une première somme d'argent provenant du budget alloué par le SPJ pour qu'elle puisse aller faire quelques courses.

c. Analyse des difficultés et mise en place des objectifs spécifiques

Toutes les éducatrices s'accordent à dire que l'observation est la méthode première pour analyser les difficultés. Quatre éducatrices citent également le partage avec les collègues, notamment lors des colloques. Par ailleurs, les entretiens individuels sont évoqués par quatre professionnelles. Pour une éducatrice, il est important, qu'à travers ces échanges, la mère fasse sa propre analyse de ce qu'elle vit. De plus, selon deux professionnelles, l'avis de professionnel·le·s externes, comme un·e pédopsychiatre ou un superviseur ou une superviseuse, est parfois sollicité pour analyser la situation.

Cinq professionnelles expliquent qu'à partir des difficultés observées et des besoins de la maman, des objectifs plus spécifiques vont ensuite être fixés tout au long du placement. Dans trois cas racontés, les éducatrices précisent qu'elles essaient d'impliquer la mère dans la construction de ces objectifs, « *on essaie souvent que ça vienne d'elles* » (E3). L'une d'entre elles parle de « *co-construction* » (E4).

4.2.2 Accompagnement

a. Axes de travail

A travers leurs récits, on constate que les éducatrices travaillent principalement sur la mère. Deux d'entre elles évoquent également un travail sur l'interaction entre la mère et l'enfant.

Travail sur la mère

Dans tous les AEME, les éducatrices accompagnent les mères dans l'acquisition de **compétences concrètes** à travers tous les actes de la vie quotidienne : les moments de stimulation, les repas, les soins, par exemple.

De plus, un travail est parfois fait au niveau de l'**organisation**, apprendre à structurer le quotidien en tenant compte des besoins de l'enfant, en veillant à sa sécurité. « *La base de notre travail c'est toujours de recentrer sur l'enfant* » (E5).

Dans les trois AEME également, les éducatrices travaillent sur quels sont les **besoins de l'enfant**, comment y répondre, comment jongler entre ses propres besoins et ceux de son enfant, etc.

Quatre éducatrices expliquent l'importance du **bien-être** de la maman, de faire en sorte qu'elle aille bien et, pour cela, de la soutenir, de l'entourer, de l'écouter. « *On essaie vraiment de prendre soin d'elle, de voir ce qu'elle a besoin pour être assez ok, pour être elle en bonne santé puis pour pouvoir s'occuper de son enfant* » (E6). Pour trois éducatrices, la valorisation est très importante avec ces mamans qui ont souvent peu d'estime de soi. Le fait de partager leur quotidien permet aux professionnelles d'observer beaucoup de choses et de mettre en valeur les progrès, aussi minimes soient-ils. « *Chaque fois qu'il y avait quelque chose de positif, c'était le mettre en valeur parce plus cette maman pouvait être en confiance, plus elle pouvait apprendre, aller un peu plus loin* » (E1).

Lorsque cela est nécessaire, les éducatrices encouragent aussi la maman à faire appel à un·e psychologue, un·e psychiatre ou encore, par exemple, un·e addictologue. L'accompagnement dans l'acceptation d'une médication permettant à la maman de se sentir mieux est également évoqué par deux professionnelles. Selon les situations, un travail au niveau de la relation de couple est également utile et les éducatrices peuvent parfois avoir un rôle de médiatrices ou orienter les mamans vers des professionnel·le·s spécialisé·e·s dans ce domaine comme l'expliquent trois d'entre elles.

L'importance de permettre également à la mère d'avoir du temps pour elle afin d'être ensuite ressourcée et de pouvoir s'occuper mieux de son enfant est évoquée par trois éducatrices. « *Moi je dis souvent, privilégiez la qualité plutôt que la quantité. C'est-à-dire que si elle a moins sa fille elle sera mieux avec et ça ça favorise le lien aussi même si paradoxalement elle est moins avec* » (E3). Pour cela, les éducatrices encouragent les mamans à faire appel à des familles relais, à avoir recours à une garderie ou encore à Espace Bébé.

Pour les mamans ayant des difficultés au niveau administratif, la mise en place d'une curatelle administrative peut également être utile selon une éducatrice. « *Ca fait que la mère elle est déchargée de tout cet aspect-là et puis qu'après ben elle peut mettre ses compétences et son énergie pour s'occuper de son enfant* » (E6). En fait, comme l'explique cette professionnelle, un bout du travail en AEME est d'évaluer où il y a besoin de mettre des soutiens car, selon elle, cela ne sert à rien de demander à une mère de faire plus que ce qu'elle peut. « *Ce n'est pas valorisant, c'est aller vers l'échec* » (E6).

Dans un AEME, les éducatrices proposent aux mamans de procurer des massages à leur enfant et les accompagnent là-dedans. L'une d'entre elles explique aussi comment elle encourage les mamans à bien organiser les moments du bain pour que ceux-ci puissent être source de **plaisir** et de **complicité** avec l'enfant : « *on a travaillé avec elle dans comment est-ce que le bain ce n'est pas juste pour se laver mais qu'elle puisse investir le bain, mais les situations de soin, comme des situations de relation, c'est un petit moment qui peut être sympa avec votre bébé* » (E6). Cette idée de complicité partagée avec

l'enfant est également mentionnée par une autre professionnelle : dans la situation qu'elle raconte, elle explique avoir demandé à la maman d'aménager un moment privilégié chaque jour avec son enfant et l'a accompagnée au début dans cette démarche. Cela a permis à la mère de découvrir qu'elle pouvait prendre du plaisir à passer du temps avec sa fille, ce qu'elle ne pensait pas être possible.

Travail sur l'interaction

Une éducatrice explique avoir en quelque sorte un rôle de « traductrice » : « *Je dirais que c'était de traduire au fur et à mesure ce que l'enfant nous montre pour que la maman puisse le voir et y répondre* » (E1). Une autre éducatrice fait également référence à ce rôle qui consiste à jouer parfois l'intermédiaire entre le bébé et sa mère pour soutenir la relation, s'adressant à l'un et à l'autre : « *ah ben regardez, il [le bébé] vous regarde. Vous n'aviez pas vu mais regardez comme il vous regarde, il cherche. (...) tu [le bébé] as un regard tellement beau, ça veut dire tellement de choses qu'il faut qu'elle [la mère] l'intègre puis après elle va te regarder, mais elle va le faire.* » (E6).

b. Actions éducatives : outils, méthodes

La **discussion**, en entretien individuel et de façon plus informelle dans la vie quotidienne, est l'un des outils principaux utilisé en AEME. « *On partage le quotidien des mamans donc très vite on observe pas mal de choses qu'on peut reprendre en entretien* » (E4). Cinq éducatrices expliquent qu'à travers les échanges très fréquents qu'elles ont avec les mères, elles tentent de toujours les amener à réfléchir à leur situation, à prendre conscience de ce qui se passe entre leur enfant et elle, ce qui pose problème et à trouver des solutions qui leur conviennent. Par exemple, en ce qui concerne les valeurs éducatives, toutes les professionnelles s'entendent pour dire qu'il est essentiel de faire preuve d'ouverture d'esprit, de ne pas imposer ses propres idées mais de toujours privilégier le dialogue. « *Nous on reste large sur les valeurs éducatives. Après voilà c'est : " l'enfant il a tel âge, il a besoin de ça et ben offres-lui ça et tant que tu lui offres ça c'est tout bon ". Après la manière de faire...* » (E3). Lorsque certaines valeurs éducatives induisent des comportements compromettant la sécurité physique ou psychique de l'enfant, les éducatrices vont tenter d'amener la maman à réfléchir aux actes qu'elle pose, à leurs conséquences et essayer de trouver avec elle d'autres façons de faire.

Pour pouvoir aborder des points délicats avec la maman sans qu'elle ne se braque, la majorité des éducatrices évoque l'importance de créer un **lien de confiance** avec elle. Selon une éducatrice, il s'agit d'être à l'écoute, d'être présente pour les mères, de les soutenir et de faire preuve d'ouverture et de ne pas être dans le jugement. Deux professionnelles expliquent à quel point il est également essentiel de faire preuve d'une totale transparence et de ne jamais rien faire derrière le dos des mères car « *si on perd leur confiance, on sape notre travail quoi et c'est fini* » (E5).

Dans l'accompagnement au quotidien réalisé en AEME, les éducatrices utilisent particulièrement le **faire avec**. L'essentiel est de ne pas faire à la place des mamans mais de les accompagner dans les gestes de soin, dans les moments de stimulation, dans la pose du cadre, etc. *« On ne fait jamais à la place de (...) parce que sinon là elles se désinvestissent parce que ça veut dire que nous on sait mieux faire et puis ça c'est vraiment pas intéressant. Nous c'est vraiment vraiment vraiment un soutien, ce n'est vraiment pas faire à la place parce que sinon ça grille quoi, ça grille tout ce qu'elles mettent en place parce qu'elles n'ont déjà pas d'estime d'elles-mêmes alors si en plus on les renforce en leur disant qu'elles sont nulles parce que nous on sait mieux faire. Ce n'est pas ce qu'on pense mais c'est le message qu'on peut envoyer en faisant ça »* (E5). Deux éducatrices expliquent, par exemple, se mettre au sol avec la maman pour participer à des jeux avec l'enfant et montrer ainsi un **exemple**. Selon deux professionnelles, les mères peuvent également être des exemples les unes pour les autres puisqu'elles vivent ensemble et voient comment chacune fait avec son propre enfant. *« On a tous cette philosophie-là à l'AEME, c'est on se met à côté des mamans, on trouve des solutions ensemble, on n'est pas l'éducateur qui dit ce qu'il faut faire, on n'est pas l'éducateur qui donne des outils mais on propose et on cherche ensemble des outils qui permettent d'aller plus loin »* (E3).

Pour les mamans ayant des difficultés à organiser leur vie avec la présence d'un enfant, dans tous les AEME, les éducatrices utilisent des **plannings** de semaine. Des plannings d'alimentation sont également mis en place quand la maman peine à organiser les repas de son enfant, à savoir quoi lui donner pour qu'il ait une bonne alimentation adaptée à son âge.

Quatre éducatrices mentionnent les **colloques** comme outil. Dans deux cas, les **supervisions** sont également citées car elles permettent d'avoir le regard d'une personne extérieure et, parfois, de trouver des pistes lorsque l'équipe se retrouve démunie face à une situation compliquée.

Trois éducatrices disent consulter des **livres** sur les besoins et le développement de l'enfant avec la maman. Une professionnelle met également des petites fiches pratiques sur les soins du nourrisson à disposition des mamans.

Les éducatrices d'un AEME utilisent une grille d'évaluation, le **projet éducatif personnalisé** (PEP), que les mamans complètent régulièrement et qui leur permet de s'auto-évaluer et de voir leur évolution (voir annexe D). *« On essaie de faire une fois par mois, voilà. Et puis après elles regardent l'évolution qu'elles ont eu, nous aussi, mais le plus important ce n'est pas la note, le plus important c'est de savoir la marge de progression qu'il y a et puis ce qu'elles peuvent mettre en place avec nous pour progresser »* (E6). Dans cette idée de permettre à la mère de constater son évolution et ce qui lui reste à travailler, un AEME organise régulièrement des bilans qui réunissent la mère, l'éducateur ou éducatrice référent·e et un·e autre éducateur ou éducatrice de la structure.

c. Travail en réseau

Dans toutes les situations racontées, les éducatrices évoquent l'importance du travail en réseau et la collaboration avec parfois de nombreux et nombreuses autres professionnel·le·s. Il permet d'accompagner au mieux les mères, chacune ayant des compétences particulières. Une éducatrice explique qu'être plusieurs à travailler autour d'une même situation permet que chacun·e puisse s'occuper exclusivement d'un aspect et ne doive pas être attentif ou attentive à l'ensemble de la problématique. « *Si on sait que quelqu'un s'occupe de l'addictologie ben on va se concentrer sur autre chose* » (E6).

L'AS du service placeur est particulièrement présent·e dans chaque situation puisque c'est lui ou elle qui pose les exigences du placement et prend toutes les décisions. Dans le cas de mamans mineures, le curateur ou la curatrice tient aussi une place importante.

Très souvent, les éducatrices collaborent également avec un infirmier ou une infirmière petite enfance qui a des connaissances plus spécifiques quant aux besoins de l'enfant en bas âge notamment dans les domaines de l'alimentation, du sommeil ou encore des soins. « *On n'est pas des professionnels de la petite enfance (...) donc c'est beaucoup s'appuyer sur le réseau extérieur* » (E4).

Les éducatrices de l'AEME A et C mentionnent les pédopsychiatres qui sont parfois sollicité·e·s car ils et elles sont plus spécialisé·e·s dans le lien mère-enfant et le développement de l'enfant. Comme l'explique l'une d'entre elle, le ou la pédopsychiatre « *soutient la maman dans comment elle analyse la relation qu'elle a avec son enfant puis comment elle trouve des moyens pour dépasser ses blocages* » (E6). Elle évoque la complémentarité entre le travail des pédopsychiatres et celui des éducateurs et éducatrices qui travaillent davantage par « *essai-erreur* » dans des situations concrètes du quotidien.

De plus, selon les besoins spécifiques de chaque maman, les éducatrices collaborent parfois avec d'autres professionnel·le·s comme, par exemple, des addictologues, des psychologues, des infirmiers ou infirmières en psychiatrie, des médecins, etc.

« *On encourage toujours à ce qu'elles aillent vers l'extérieur, le but c'est qu'en sortant de chez nous, on n'existe plus donc c'est qu'elles fassent tout elles-mêmes. On les encourage à appeler le pédiatre dès qu'elles ont un doute ou comme ça ou l'IPE (infirmier ou infirmière petite enfance)* » (E5).

4.2.3 Fin du placement

a. Outils d'évaluation

Les éducatrices font des **observations** quotidiennes et toutes sont attentives à l'attitude de la maman. Cinq d'entre elles regardent également le comportement de l'enfant. Elles évaluent donc en permanence les compétences parentales et la qualité du lien.

En outre, les **échanges** réguliers avec les collègues lors des colloques permettent de faire le point sur les situations. L'avis de personnes extérieures comme un superviseur ou une superviseuse, le directeur ou encore un·e pédopsychiatre est également parfois sollicité. Ces personnes n'étant pas impliquées au quotidien dans les situations, elles peuvent faire preuve de davantage d'objectivité.

Au sein d'un des AEME, les éducatrices utilisent parfois une **grille d'observation** (voir annexe E) « *avec des choses très précises sur lesquelles se baser quand nous on part un peu trop dans le subjectif* » (E2) pour évaluer la globalité de la situation. Cette grille est divisée en quatre catégories d'items : la sensibilité parentale au développement socio-affectif de l'enfant, la sensibilité parentale au développement socio-moral de l'enfant, les compétences éducatives ainsi que l'ouverture et la co-éducation.

Dans l'une des structures, les éducatrices font quelques fois usage d'un **référentiel** établi par le SPJ concernant le danger encouru par l'enfant et les compétences parentales (voir annexe F). Le **PEP** permet également d'évaluer la situation selon certains items concernant l'enfant, la mère elle-même et la mère au sein de la collectivité.

b. Éléments déterminants pour la prise de décision

Régulièrement, des réseaux ont lieu pour faire des points de situation et évaluer les objectifs du placement. Selon une éducatrice, c'est l'atteinte de ces derniers qui fait que la maman peut partir avec son enfant.

Bien qu'aucun critère d'évaluation ne soit clairement défini, les éducatrices mettent en lumière plusieurs éléments qui leur permettent de décider si la mère peut quitter l'AEME avec son enfant.

Il ressort des entretiens que toutes les éducatrices sont très attentives à l'**attitude générale de la mère envers l'enfant**. Elles vont observer comment elle effectue les soins de base, comment elle met son enfant en sécurité, comment elle va le rassurer, le valoriser, l'« *envelopper de paroles, d'affection, d'amour* » (E6), le toucher et le porter. Elles vont également regarder comment la mère comprend et répond aux besoins de son bébé, à ses pleurs et quelle attention est donnée à ce dernier, quelle place occupent les besoins de l'enfant dans la vie de la maman, est-ce qu'elle les met « *au centre, en périphérie, à l'extérieur* » (E6).

Dans quatre cas, les éducatrices évoquent également le regard, comment la mère regarde son enfant, comment elle soutient son regard, la réciprocité du regard, comme un signe auquel elles portent une attention particulière. De plus, deux professionnelles disent observer quelle énergie met la mère dans la stimulation de l'enfant et comment elle pose le cadre lorsque l'enfant grandit.

Cinq éducatrices démontrent être également attentives aux **comportements de l'enfant** et à son développement général car « *les enfants ils traduisent beaucoup les messages* » (E5). En effet, l'une d'entre elles explique : « *un bébé qui ne pleure pas, qui ne réclame pas à manger, ça c'est des signes pour nous* » (E4). Elle ajoute être attentive à comment l'enfant va être en lien avec sa maman, « *est-ce qu'il va essayer de se débrouiller tout tout seul, est-ce qu'il va avoir peur dès que sa maman part de la pièce ?* », tout en précisant que c'est l'observation d'un ensemble d'éléments et d'interactions qui va permettre d'évaluer le lien.

De plus, pour la majorité des éducatrices, il faut que la maman se montre **collaborante**, qu'elle soit capable d'accepter les remarques et de les prendre en compte, et qu'elle **s'investisse** pour son enfant. Trois professionnelles mentionnent le fait que la maman doit également être suffisamment **autonome** et **organisée** pour pouvoir s'occuper de son enfant.

Une des éducatrices mentionne l'importance de la construction d'un **réseau autour de la maman** pour qu'elle ne soit pas seule en quittant l'AEME (garderie, famille relais, infirmier ou infirmière petite enfance, etc.). Pour elle, il est également essentiel que la mère soit suffisamment **bien avec elle-même** et qu'elle se sente prête à partir. « *C'est à nous de sentir puis à la maman aussi, de savoir si elle est prête ou pas* » (E3).

c. Prise de décision

Dans trois des situations particulières décrites par les éducatrices interrogées, au moment des entretiens, les mères étaient toujours à l'AEME. Je n'ai donc récolté le récit concernant la prise de décision pour la fin du placement que de trois situations.

Dans deux de ces trois situations, l'AS en charge du dossier a pris la décision de mettre fin au placement et de placer l'enfant. Les circonstances varient d'une situation à l'autre.

Une des mères avait été prévenue par son AS que si elle commettait à nouveau une infraction (car elle avait déjà été convoquée par la police à plusieurs reprises pour des délits), son enfant serait placé en foyer. Malgré cette menace, la mère a récidivé. De plus, lors du réseau qui a alors eu lieu, l'éducatrice a fait part de ses observations négatives de la situation : « *la petite va mal, elle n'est pas collaborante, elle n'a pas envie d'être là, il faut d'abord qu'elle grandisse et qu'elle prenne soin d'elle avant de prendre soin de sa fille* » (E5).



Pour l'autre maman, avant que l'AS ne prenne la décision de placer l'enfant, l'éducatrice avait déjà fait part de ses observations négatives lors des entretiens avec la maman et des réseaux qui ont lieu régulièrement pour évaluer la situation. *« Nous on donne nos observations, c'est ce qui fait qu'après ils prennent une décision. Après la décision vient du SPJ mais c'est sûr que voilà... c'est nos observations qui font qu'une décision est prise »* (E1).

Dans le troisième cas, la maman elle-même souhaitait retourner vivre avec le père de ses enfants duquel elle s'était séparée auparavant. Elle était de moins en moins présente à l'AEME et il devenait alors difficile de travailler avec elle. Bien que durant le séjour dans la structure la mère ait évolué de manière positive et qu'il n'y ait pas de raison de lui retirer ses enfants, l'éducatrice jugeait ce départ trop précipité. Elle n'était pas rassurée par le fait que les enfants se retrouvent ainsi impliqués dans les histoires de cœur du couple. L'infirmière en psychiatrie qui suivait la maman n'était pas non plus favorable à un retour à la maison.

Malgré cela, lors du réseau qui a eu lieu pour parler de la situation, l'AS du SPJ a pris la décision de laisser la maman emmener ses enfants et retourner vivre avec son compagnon tout en précisant qu'il n'y aurait pas de retour possible à l'AEME au cas où les choses se passaient mal et que les enfants seraient alors placés.

4.2.4 Analyse de l'objectif 2

a. Construction de la prise en charge

Le service placeur tient une place centrale dans la prise en charge puisque c'est lui qui fait la demande du placement et prendra ensuite toutes les décisions y relatives. Il va exposer ces craintes vis-à-vis de la situation et dire ce qu'il attend du séjour en AEME. L'accompagnement va se construire autour des objectifs que le service placeur va poser lors de l'admission et qui vont être régulièrement évalués lors de réseaux.

Après quelques jours d'observation, les éducatrices vont mettre en place des objectifs spécifiques avec la maman. Plusieurs professionnelles évoquent l'importance de rendre la mère actrice de cette construction en l'encourageant à formuler ses besoins, ses difficultés et ses objectifs. On constate également qu'un point d'honneur est mis à réserver un accueil de qualité à la mère afin de construire avec elle un lien de confiance sans lequel il sera difficile de travailler sur un aspect aussi sensible que le lien qui unit une mère à son enfant.

On rejoint donc ici cette idée, décrite par Guy Ausloos (1995), de travailler avec et non *pour* les mamans et de créer une alliance afin de ne pas les déposséder de leur pouvoir d'agir et de leur redonner un sentiment de contrôle sur leur vie. Cela est d'autant important que, dans la plupart des situations, il existe une certaine contrainte dans la mesure où si la mère n'accepte pas le placement il se peut que l'enfant soit placé en internat.

b. Accompagnement

On constate que les éducatrices travaillent sur plusieurs axes : les dimensions de la qualité des soins et les facteurs influençant celle-ci, décrits par Desjardins et al. (2005) et sur les trois « ingrédients » facilitant la traversée des crises selon le concept développé par Christiane Bopp-Limoge (2014).

Travail sur les dimensions de la qualité des soins

Nous pouvons constater que l'accompagnement va principalement s'axer sur l'amélioration de la qualité des soins que la mère offre à son enfant puisque, comme l'explique Desjardins et al. (2005), la qualité de la relation d'attachement va en grande partie en dépendre.

Pour cela, les professionnelles travaillent sur la **sensibilité** de la mère en la rendant attentive aux comportements de l'enfant afin d'en comprendre la signification et d'y apporter une réponse adéquate. Pour que le parent soit capable de détecter les signaux émis par l'enfant et y répondre rapidement et adéquatement, il est essentiel qu'il soit disponible physiquement et psychologiquement. C'est pourquoi, les professionnelles signalent l'importance de mettre en place des soutiens (moyens de garde de l'enfant, médication, curatelle administrative, thérapies, etc.) qui permettent à la mère de prendre du temps pour elle, de se ressourcer, de régler d'autres problèmes personnels et de lui apprendre à gérer son temps, à structurer son quotidien et à aménager des moments de partage avec l'enfant (utilisation de plannings).

La **proximité**, autre dimension de la qualité de soins, est également un point sur lequel les professionnelles accompagnent les mamans. En effet, en encourageant les mères à prodiguer, par exemple, des massages à leur enfant, l'éducatrice favorise une **proximité physique**. Cet aspect est évoqué par deux éducatrices du même AEME. Au-delà de la proximité physique, il faut que le parent soit capable de **proximité psychologique**, qu'il passe des moments privilégiés de qualité avec son enfant afin de créer une relation intime avec lui. Les professionnelles accompagnent les mamans dans les moments de jeux, de soins pour que celles-ci puissent envisager ces instants comme des occasions de créer une relation intime avec leur enfant, de partager une complicité et de prendre du plaisir ensemble.

Le travail au niveau de l'**engagement** de la mère envers son enfant, c'est-à-dire le fait qu'elle se sente responsable de sa sécurité, de son développement, se fait par la lecture de livres dans le but d'élargir les connaissances de la maman concernant les stades du développement ou encore à travers des discussions autour notamment des besoins de l'enfant selon son âge, de comment organiser sa vie en respectant ceux-ci et en assurant la sécurité en permanence de l'enfant.

Pour terminer, on remarque que les professionnelles travaillent également sur la **réciprocité** en aidant la mère à détecter les signaux de l'enfant, à trouver une

réponse adéquate et à l'appliquer ou encore en encourageant les mamans à interagir avec leur enfant dans des moments de soin ou de stimulation.

Travail sur les facteurs influençant la qualité des soins

Il ressort également des entretiens que, directement ou indirectement, un travail sur les facteurs influençant la qualité des soins est effectué. En effet, le fait de prendre soin de la maman, de l'entourer, de la valoriser, d'être présente pour elle et de l'écouter aura probablement des répercussions sur son **état émotif** et sur son sentiment de **soutien social**. L'accompagnement dans un suivi psychologique a aussi pour but d'améliorer cet état émotif de la mère. De plus, le fait que la maman reçoive un soutien financier lors du placement permet sans doute d'abaisser un peu son niveau de stress et de pouvoir réfléchir à son avenir et à des perspectives professionnelles.

De plus, il a été mentionné qu'un travail concernant la **relation de couple** est parfois amorcé lors du séjour en AEME. On peut supposer que l'éloignement dû au placement permet parfois au couple de prendre du recul, de réfléchir sur leur situation et d'effectuer des changements qui seront bénéfiques.

Les éducatrices ne travaillent pas directement sur les **représentations mentales** avec les mères. En revanche, elles redirigent les mamans vers d'autres intervenant·e·s (psychothérapeute, pédopsychiatre, etc.) qui, peut-être, travaillent davantage sur cet aspect-là. Cependant, nous avons vu dans la partie théorique que les interventions basées sur les représentations mentales avaient de toute manière peu de conséquences sur la sécurité de l'attachement.

Travail sur les trois « ingrédients » facilitant la traversée des crises

On réalise qu'en AEME les éducatrices travaillent sur les trois « ingrédients » cités par la psychiatre Christiane Bopp-Limoge (2014), c'est-à-dire l'existence de plaisir partagé, la possibilité de recevoir de l'estime de soi dans la relation et la capacité de percevoir et de tenir compte des besoins de l'autre. En effet, elles favorisent l'émergence de moments de jeux et de complicité entre les mères et leur enfant, elles valorisent les réussites, elles accompagnent les mères dans l'acquisition de savoir-faires techniques (préparation des repas, réalisation correcte des soins, etc.) et elles les aident à percevoir les signaux de leur enfant, à en comprendre le sens et à y apporter une réponse adéquate.

Outils, méthodes

Une grande partie du travail avec les mères se fait à travers des observations et des discussions régulières dans le but d'amener une réflexion, une prise de conscience. L'outil principal permettant de parler des difficultés et d'aborder la relation mère-enfant est le lien de confiance qu'il est essentiel de créer avec les mamans. On constate que les professionnelles favorisent l'*empowerment* en évitant toujours de faire à la place des mamans et en les amenant à réfléchir à leur situation et à trouver elles-mêmes des solutions qui leur conviennent. Les

éducatrices se placent à côté des mamans, elles ont un rôle de coaching dans tous les actes du quotidien.

Travail en réseau

Le travail en réseau tient une place importante en AEME puisque, d'une part, c'est une prestation qui dépend du SPJ et parce que, d'autre part, les mères accueillies rencontrent des difficultés très variées dont la prise en charge nécessite l'intervention de divers·e·s professionnel·le·s.

Ainsi, il y a donc principalement une étroite collaboration avec le SPJ ou l'OCTP qui sont les services placeurs et détiennent le pouvoir de décision sur les situations. C'est pourquoi des rencontres régulières ont lieu avec le service placeur pour faire le point sur l'avancée des objectifs du placement.

De plus, les éducateurs et éducatrices des AEME sont amené·e·s à collaborer régulièrement avec beaucoup d'autres professionnel·le·s qui accompagnent les mamans selon les difficultés qu'elles rencontrent. La complémentarité des compétences de chacun·e permet ainsi d'offrir à chaque maman un accompagnement complet et spécifique.

La construction d'un réseau autour de la maman est essentielle afin qu'à sa sortie de l'AEME elle puisse s'appuyer sur d'autres personnes en cas de besoin, qu'elle sache qui solliciter. On remarque, dans le discours de l'éducatrice E5, cette volonté de redonner du pouvoir d'agir aux mères en les encourageant à faire les démarches par elles-mêmes auprès des spécialistes et à ne jamais se positionner comme « expert·e ».

c. Fin du placement

Outils d'évaluation

On remarque que le travail en AEME est basé en grande partie sur le subjectif. C'est pourquoi il paraît important, comme cela est mentionné à plusieurs reprises, d'échanger entre collègues ainsi qu'avec d'autres professionnel·le·s pour avoir plusieurs regards. L'utilisation de grilles d'observation, comme c'est le cas dans un AEME, permet également de prendre de la distance avec la situation et d'objectiver les observations.

S'il n'existe pas de critères clairement définis, il ressort des entretiens que les professionnelles se basent néanmoins sur des points relativement précis pour évaluer la situation. Le PEP et la grille d'observation utilisés dans des AEME permettent de déceler ce que les professionnelles jugent important, quelles sont les compétences parentales qu'elles estiment que les mères doivent acquérir et donc sur quoi elles vont travailler avec elles.

Éléments déterminants pour la prise de décision

On peut constater que les éducatrices sont sensibles aux comportements parentaux qui favorisent la construction d'un attachement sécurisant de l'enfant.

Elles évoquent ce que Desjardins et al. (2005) définissent comme les dimensions de la qualité des soins. En effet, elles observent la **sensibilité** de la mère (capacité de la mère à percevoir les besoins de l'enfant et à y répondre de manière adéquate et cohérente) et sa capacité à établir une **proximité physique et psychologique** avec son enfant (manière dont la mère porte son enfant, le touche, sa capacité à le rassurer et manière dont elle lui parle, le stimule, le temps qu'elle lui accorde). Elles observent également le caractère dynamique de la relation, la **réciprocité** (manière dont l'enfant est en lien avec sa maman, comment il la regarde et comment elle le regarde en retour, comment l'enfant envoie des signaux et comment elle y répond) et l'**engagement** de la mère (comment elle met son enfant en sécurité, l'importance accordée à sa stimulation et à son éducation). La majorité des éducatrices démontre être également sensibles aux comportements de l'enfant qui caractérisent un attachement insécure comme une absence de réaction ou au contraire une très forte réaction lorsque la mère quitte la pièce, une absence de recherche de proximité ou au contraire une recherche excessive et constante de proximité, par exemple (Guédeney, 2010). C'est principalement sur ces observations qu'elles vont ensuite juger si la mère peut quitter l'AEME avec son enfant.

D'autres éléments sont observés et jugés comme déterminants dans la mesure où ils apparaissent dans la grille d'observation utilisée au sein d'une structure comme, notamment, la capacité de la maman à accepter l'implication d'autres personnes dans la relation à l'enfant et à prendre en compte les conseils et avis de tiers concernant ce dernier. Dans l'AEME qui utilise le PEP, on remarque que les professionnelles accordent une importance certaine à la capacité de la mère à vivre en collectivité, à communiquer et à respecter autrui. Cela semble être des compétences essentielles à acquérir pour la suite du placement, lorsque la mère devra se débrouiller davantage seule et solliciter son réseau en cas de besoin.

Prise de décision

Les réseaux réguliers qui réunissent l'éducateur ou l'éducatrice de l'AEME, la mère, le service placeur et éventuellement d'autres intervenant·e·s significatifs et significatives permettent de faire le point sur l'évolution de la situation. Chacun·e fait part de ses observations et au vu de ce qui est dit, le service placeur prend une décision pour la suite.

Dans les situations racontées, on remarque que, bien que la décision finale soit prise par le service placeur, la mère est toujours informée au préalable de ce qui est attendu d'elle. Elle est ainsi mise face à ses responsabilités vis-à-vis de sa propre situation. En effet, c'est à elle de décider de répondre ou non à ces exigences et d'assumer ensuite les conséquences de ses actes en connaissance de cause. On constate donc cette volonté de permettre aux mères d'exercer un contrôle sur leur vie, de ne pas les déposséder de leur pouvoir d'agir.

4.3 Objectif 3

Comprendre quelles sont les limites de l'AEME et comment évoluent les situations entre le début et la fin du placement

- Limites et freins de l'intervention
- Évolution des situations

4.3.1 Limites et freins de l'intervention

Quatre éducatrices mentionnent l'autonomie comme un élément indispensable pour pouvoir être prise en charge à l'AEME. *« Si l'assistant social sent qu'il faut vraiment quelque chose d'hyper cadré, là ça peut être un critère pour dire "ben nous on ne peut pas offrir ça donc ça va pas". Parce que le week-end on n'est pas tout le temps là, le soir on n'est pas là »* (E3). Certaines mamans qui auraient alors besoin d'un accompagnement plus soutenu ne peuvent donc pas être accueillies. Le manque d'effectif est d'ailleurs une limite relevée par deux éducatrices. La maman doit être capable d'assurer la sécurité de son enfant pour pouvoir être placée à l'AEME. *« Une maman pour qui on est perpétuellement inquiètes sur la sécurité de son enfant on ne va pas pouvoir l'accompagner ici »* (E5).

Par ailleurs, les accueils n'ont pas été conçus pour accueillir des personnes à mobilité réduite ce qui est également une limite mentionnée par une éducatrice.

Comme limite à leur intervention, deux éducatrices évoquent les résistances de la maman, *« si elle ne veut pas, on ne peut pas »* (E4). Si la mère n'est pas collaborante, pas preneuse et que les éducateurs et éducatrices ne parviennent pas à créer un lien avec elle alors le travail effectué sera vain. *« À un moment il faut qu'on puisse dire "stop" quand l'éducateur n'arrive plus avoir ce lien avec les mamans puis n'arrive plus à aller de l'avant, n'arrive plus à mettre de choses en place »* (E3).

Certaines problématiques des mères les empêchent d'établir un lien satisfaisant avec leur enfant et constituent une limite sur laquelle les professionnelles n'ont aucune prise. Deux professionnelles interrogées expliquent que cela est le cas lorsqu'il y a des troubles psychiques. *« On pourrait vouloir plein de choses puis ben un bout il y a les limites claires de la maladie, la maman doit les reconnaître et nous aussi »* (E4). Cela peut également être le cas lorsqu'il y a des troubles cognitifs ou de graves carences affectives. *« Il y a des mamans qui sont aussi dans l'impossibilité, dans l'insupportabilité du lien. Il y a des mamans qui sont tellement carencées affectivement qu'elles n'arrivent pas être en lien avec leur petit puis voilà, c'est comme ça »* (E5).

Selon deux éducatrices, les relations de couple conflictuelles et/ou les dépendances affectives peuvent être un frein dans l'accompagnement. Il arrive, en effet, que l'attention des mamans soient tellement prise par leurs histoires de cœur qu'elles ne parviennent pas à s'investir auprès de leur enfant, à être suffisamment disponibles psychologiquement pour répondre à ses besoins. « *Elle se désinvestissait en fait puis elle mettait l'énergie qu'elle avait dans sa relation avec son copain, le père de l'enfant, qui était assez nocive* » (E5). Une autre éducatrice mentionne la famille de la maman comme pouvant également être un frein à la réussite du placement lorsqu'elle est en désaccord avec ce qui est fait à l'AEME car cela place la mère dans une sorte de conflit de loyauté.

La collaboration avec le réseau peut également être un frein d'après deux professionnelles interrogées lorsqu'il y a un manque de communication ou que le rôle de chacune n'est pas clairement défini.

De plus, le fait de reposer entièrement sur le SPJ pour toutes les décisions est évoqué par une professionnelle. Une autre parle du manque de temps pour tout faire vu que le placement a une durée maximale.

4.3.2 Évolution des situations

Toutes les situations particulières décrites par les éducatrices ont connu une évolution, positive ou négative selon les cas. Dans trois situations, il y a eu une évolution positive aux niveaux de la relation entre la mère et l'enfant et de la mère elle-même.

Dans le premier cas, l'éducatrice évoque l'évolution de la maman qui a pu prendre davantage confiance en elle et accepter l'aide d'une famille relais et la prise de médicament ce qui lui permet d'être plus détendue et disponible lorsqu'elle est avec sa fille. Concernant la relation, la professionnelle note : « *Au début elle [la fillette] était pleurnicheuse, elle demandait tout le temps les bras puis maintenant plus du tout, elles s'amusent, elles se font des bisous, enfin c'est juste hyper joli à voir et c'est super franchement, belle évolution. La fille est plus rassurée puis détendue puis elle vit plus sa vie de petite fille quoi* » (E3).

En ce qui concerne le deuxième cas, l'éducatrice retrace l'évolution ainsi : « *La relation était assez fragile mais ça elle-même [la mère] elle le dit maintenant que maintenant la relation elle est plus intense parce qu'elle le connaît mieux, parce qu'elle se sent plus mère alors qu'au début elle se sentait un peu comme une personne accessoire à côté de tous les médecins qui savaient bien, les infirmières qui savaient bien, qui connaissait bien son enfant. (...) maintenant c'est deux personnes qui ont une relation, ils s'entendent les deux parce qu'ils rigolent ensemble, elle le connaît, elle anticipe un petit peu ses désirs* » (E6).

Dans la troisième situation, la mère a beaucoup évolué. « *Elle a vraiment pu se poser, elle a pu se rendre compte qu'elle pouvait exister toute seule. (...) elle a*

vraiment pu se dire qu'elle arrivait à avoir un budget, qu'elle arrivait à vivre seule, à élever ses enfants seule » (E4). Cette maman étant traitée pour une dépression, un travail a été fait sur la prise de ses médicaments et elle a enfin pu accepter sa maladie et trouver une certaine stabilité à ce niveau-là. Enfin, sa relation avec sa fille a connu une amélioration. En effet, l'éducatrice remarque qu'elle est davantage patiente et moins exigeante avec son enfant qu'au début du placement.

Une des situations racontées a connu une évolution en dents de scie. *« Le lien avec ce petit, on a toujours trouvé qu'il était bien, depuis le début, mais peut-être par la force des choses, ou à cause de ces événements alimentaires, ce qui s'est passé c'est que... il y a eu une relation très très fusionnelle entre les deux, qu'on arrivait pas tellement à détacher » (E2).* Pour palier à ces difficultés de fusion, la mère a pu accepter la mise en place d'une maman de jour. En outre, elle a également accepté de faire un travail avec une pédopsychiatre pour les problèmes d'alimentation de son enfant.

Pour terminer, deux situations ont connu une évolution plutôt négative amenant à un placement de l'enfant en internat. Une des éducatrices relate : *« Disons que c'était très positif au début puis que ça s'est dégradé. (...) Mais c'était une jeune fille très très carencée affectivement donc elle ne pouvait pas donner plus que ce qu'elle a donné je pense » (E5).* Elle explique qu'il est fréquent que les premiers mois se passent bien et que les difficultés apparaissent au fur et à mesure que l'enfant grandit. *« En fait les 3 premiers mois, ça va toujours, souvent, c'est vraiment la lune de miel, on a son enfant, c'est merveilleux, c'est chou, c'est beau, ça ne demande pas trop puis après les 3 mois, quand il faut amener autre chose, un peu de stimulation, un peu plus de temps, un peu plus d'attention, autre chose que des soins de base très traditionnels et ben c'est là où on voit où ça pêche souvent ».*

Dans le deuxième cas, la situation s'est également péjorée notamment suite à la séparation de la mère avec le père de son enfant. Elle n'était pas bien et n'était alors plus en lien ni avec l'équipe éducative, ni avec son enfant. Comme dans la situation précédente, les difficultés se sont révélées au fur et à mesure que l'enfant grandissait et avait d'autres besoins auxquels la mère ne parvenait pas à apporter des réponses adéquates. Cela était notamment dû au fait qu'elle avait des difficultés cognitives, notamment des difficultés d'organisation, à se repérer dans le temps et de compréhension. Cependant, l'éducatrice a envie de voir le côté positif du placement : *« Même si elle [la mère] n'est pas partie avec son enfant, elle a vécu une année et demie avec son enfant, chose qui au début n'était même pas prévue. (...) ça restera à jamais ce temps-là, et pour la maman, et pour l'enfant. Donc ce temps-là, ils l'ont eu et après ben voilà, ça continue différemment mais je dirais que c'est un socle » (E1).*

4.3.3 Analyse de l'objectif 3

À travers les situations narrées, ce que l'on peut dégager comme un aspect positif important du séjour en AEME est qu'il donne l'opportunité à la mère de se poser, de prendre du recul et de réfléchir sur sa situation dans un cadre stable. Il est comme une sorte de parenthèse où la maman reçoit des soins, est entourée, coachée et, parfois, cela lui permet de se relever, de reprendre confiance et d'évoluer positivement ce qui est bénéfique pour elle et pour son enfant.

Toutefois, certaines mamans connaissent de telles difficultés (troubles cognitifs, troubles psychiques ou encore graves carences affectives) qu'une séparation avec leur enfant semble inévitable afin de garantir sa protection. Dans ces cas, l'AEME aura au moins permis à la mère de vivre quelque mois avec son enfant et, peut-être, de prendre conscience de son incapacité actuelle de prendre soin de lui et de lui offrir ce dont il a besoin. Même si le séjour en AEME se termine par un placement de l'enfant, les éducatrices peuvent accompagner les mères dans cette démarche et rendre ainsi cette séparation peut-être moins traumatique comme l'explique Houzel (2007).

L'aspect contraint du placement peut constituer une limite importante lorsque les éducateurs et éducatrices ne parviennent pas à créer une alliance avec la maman. Si elle ne trouve pas de sens au placement et n'a pas de volonté réelle d'évoluer, le travail des professionnel·le·s n'aura aucun impact.

5. Conclusion

5.1 Synthèse

« Comment les pratiques développées au sein des AEME favorisent-elles la construction d'un lien d'attachement jugé satisfaisant entre une mère en situation de vulnérabilité et son enfant »

Dans ce chapitre, je vais tenter d'apporter une réponse à ma question de recherche en faisant une synthèse des éléments théoriques et empiriques que ce travail a permis de mettre en lumière. Pour ce faire, je vais me pencher sur les trois axes principaux de cette question qui sont : les pratiques développées au sein de l'AEME favorisant la construction d'un lien d'attachement satisfaisant, le lien d'attachement jugé satisfaisant et la mère en situation de vulnérabilité.

Une mère en situation de vulnérabilité

Nous avons vu que c'est un ensemble de facteurs susceptibles d'entraver l'expression optimale du *caregiving* et donc de mettre en danger le développement de l'enfant qui amènent les mères à l'AEME. Pour reprendre les termes de la Loi sur la protection des mineurs (art. 4a, al.1) concernant la prévention secondaire, il s'agit de femmes *« confrontées à des événements ou à des circonstances de vie particulières fragilisant ou risquant de fragiliser l'équilibre familial et l'exercice des responsabilités parentales »*.

En effet, à travers les situations décrites par les éducatrices interrogées, on constate que les difficultés que ces mères rencontrent (isolement, carences affectives liées à un parcours de vie difficile, problèmes psychiques, précarité, addiction, etc.) vont avoir un impact sur la qualité des soins qu'elles vont pouvoir offrir à leur enfant.

Un lien d'attachement jugé satisfaisant

Dans la partie théorique, nous avons vu qu'un lien d'attachement sécure sert à *« soulager la détresse, à restaurer l'homéostasie et à encourager l'exploration »* (Grossmann et Grossmann, 2009. p.1), c'est-à-dire qu'un enfant ayant ce type d'attachement va être rassuré par son parent lorsqu'il est en détresse et se sentira suffisamment en confiance pour pouvoir explorer son environnement.

Pour que l'enfant développe un attachement sécure, il est essentiel qu'il reçoive des soins de qualité de la ou les personnes qui s'occupent de lui au quotidien. Selon Desjardins et al. (2005), cela demande que la figure d'attachement soit capable de sensibilité, de proximité physique et psychologique, d'engagement et qu'elle sache s'adapter au tempérament de son enfant pour interagir avec lui.

Les entretiens démontrent que les éducatrices ont une connaissance certaine de la théorie de l'attachement. Toutes sont attentives aux comportements des mères

qui favorisent l'établissement d'un lien sûr (réponses adéquates et cohérentes aux besoins de l'enfant, capacité de le rassurer, d'établir une proximité physique et psychologique, de le mettre en sécurité, sentiment de responsabilité vis-à-vis de son développement et de son éducation). La majorité observe également l'enfant et connaît les signes dévoilant la qualité du lien d'attachement (équilibre entre exploration et recherche de proximité, capacité à être réconforté par la mère).

Ces observations vont permettre d'évaluer si la mère a les compétences suffisantes pour permettre la construction d'un lien sûr pour son enfant et donc si elle pourra quitter l'AEME avec lui.

Les pratiques développées au sein de l'AEME favorisant la construction d'un lien d'attachement satisfaisant

Il ressort des entretiens que les pratiques s'axent principalement sur l'amélioration de la qualité des soins qu'offre la mère à son enfant. Or, nous avons vu, dans la partie théorique, que l'efficacité des interventions existantes allant dans ce sens avait été démontrée. Il semble donc pertinent d'effectuer un travail important à ce niveau-là. À l'AEME, les éducatrices accompagnent les mamans dans tous les gestes du quotidien et ce qu'elles observent sert de base aux échanges, le but étant d'amener une réflexion chez les mères par rapport à leurs actes et leurs conséquences sur l'enfant, à leur idée de l'éducation, à leurs valeurs.

On remarque que l'accompagnement permet également un travail sur les facteurs qui influencent cette qualité des soins comme le sentiment de soutien social ou encore l'état émotif des mères. Le séjour permet d'évaluer où se situent les difficultés et de mettre en place des soutiens adaptés (curatelle administrative, famille relais, thérapies, médication, etc.) où cela est nécessaire pour permettre à la maman d'être le mieux à même de prendre soin de son enfant.

Le travail en réseau est essentiel à l'AEME pour travailler sur tous les niveaux que ce soit pour les soins à l'enfant ou pour les soins à la maman. Les éducatrices encouragent fortement les mères à chercher de l'aide à l'extérieur, à solliciter le réseau afin de ne pas être seules quand le placement prend fin.

On peut relever que les éducatrices adoptent une posture professionnelle favorisant l'*empowerment* en évitant de faire à la place des mamans et en leur montrant ainsi qu'elles ont des compétences, et en respectant leurs valeurs. En contexte d'aide contrainte, il est, en effet, particulièrement important de ne pas priver les bénéficiaires de leur pouvoir d'agir afin de leur redonner confiance en leurs capacités (Sellenet, 2008 ; Drolet, 1997). À partir de cette attitude non-jugeante et valorisant les compétences des bénéficiaires, les professionnel·le·s vont pouvoir créer un lien de confiance avec elles qui sera la base du travail d'accompagnement. Comme l'explique M. Pfaehler, responsable de l'AEME d'Yverdon-les-Bains, « *sans ce lien on ne peut rien faire, tant qu'on est personne pour la personne en face de nous, ce qu'on dit n'aura aucun impact* ».

5.2 Limites de la recherche et difficultés rencontrées

Pour commencer, une des limites principales de ce type de recherche est le nombre limité d'entretiens effectués qui ne permet en aucun cas de faire de généralisation. Le fait de réaliser, en partie, des entretiens d'explicitation où, à chaque interview, les questions s'appuient principalement sur une situation en particulier permet uniquement de constater les pratiques développées dans ces six cas précis. Or, les problématiques rencontrées par les mères sont très variées ce qui suggère des pratiques passablement différentes d'une situation à l'autre. Les pratiques énoncées dans ce travail ne sont donc pas représentatives de tout ce qui peut être mis en place en AEME.

Une limite de l'échantillon a été de n'avoir que des femmes à interroger. Cela n'est pas surprenant étant donné qu'à ma connaissance un seul homme travaille au sein d'un AEME actuellement, mais les données peuvent être biaisées par le fait que la notion de genre n'était pas respectée de manière équitable. On peut supposer que des hommes auraient peut-être une sensibilité et une approche différente dans l'accompagnement des mères ce qui impliquerait sans doute des pratiques autres.

Ensuite, dans certaines situations choisies par les éducatrices, les mères étaient encore présentes à l'AEME au moment de l'entretien. Dans ces cas, je n'ai donc pas obtenu de réponse à ma question « comment s'est prise la décision d'une fin du placement ? » ce qui a encore davantage réduit le nombre des données récoltées.

Au niveau des difficultés rencontrées, la principale a été le respect des délais que je m'étais fixés au début. D'une part, prise dans mes lectures, je me suis parfois éloignée de ma problématique et j'ai dû ensuite faire un grand tri dans mon cadre théorique pour ne garder que ce qui me semblait être essentiel, ce qui m'a fait perdre passablement de temps. D'autre part, alors que je pensais continuer dans la progression de mon travail de Bachelor durant mon stage de dernière année de formation, j'ai vite rencontré des difficultés à concilier les deux. Souhaitant donner le meilleur de moi-même, j'ai décidé de m'investir pleinement dans ma formation pratique et j'y ai donc consacré beaucoup de temps, laissant de côté mon travail de recherche.

De plus, la réalisation de ma grille d'entretien m'a également pris plus de temps que ce que j'avais imaginé. Assurer la cohérence entre question de recherche, objectifs, sous-objectifs et questions n'a, en effet, pas été chose aisée pour moi.

Pour terminer, il m'a fallu plusieurs mois pour organiser les entretiens. En effet, deux AEME ont mis passablement de temps à me répondre et ensuite certaines éducatrices avaient peu de disponibilités pour me rencontrer. Les entretiens ont ainsi été effectués sur trois mois, entre février et avril.

5.3 Discussion et perspectives d'avenir

Arrivant à la fin de cette recherche, je m'interroge sur les bénéfices à long terme qu'a le séjour en AEME sur la relation mère-enfant. En effet, la plupart des mamans rencontrent des difficultés conséquentes qui nécessiteraient, sans doute, une intervention sur une longue période ce que l'accompagnement en AEME n'offre pas puisqu'il s'inscrit dans une durée limitée. Aussi, peut-on compter sur la durabilité des apprentissages faits dans ce contexte particulier ? Les compétences sont-elles transposables dans le cadre de vie naturel lorsqu'il n'y a plus cet encadrement éducatif constant ? Pour voir comment la situation a continué d'évoluer, il serait intéressant d'effectuer une recherche sur le devenir de la relation mère-enfant des binômes quelques mois après le séjour l'AEME.

Par ailleurs, j'ai choisi, dans ce travail, de me concentrer sur les mamans et non sur les pères puisqu'ils n'ont pas la possibilité de vivre au sein des AEME bien que, comme nous l'avons vu dans la partie de présentation de la prestation, ils soient les bienvenus pour des entretiens avec les éducateurs et éducatrices et pour passer des moments avec leur enfant. Je n'ai donc pas questionné les professionnelles à ce sujet mais il apparaît, dans la majorité des situations décrites, que le père est soit totalement absent (la mère ne sait pas qui est le géniteur ou a coupé tous les ponts avec lui) soit peu ou pas investi dans son rôle de père. Or, le père a une place importante à tenir auprès de son enfant et peut être une réelle ressource pour la maman. Mais comment faire pour l'impliquer davantage ? Il serait intéressant d'aller à la rencontre de ces pères afin de leur donner la parole et de, peut-être, faire émerger des pistes d'action pour favoriser leur implication.

Pour terminer, nous avons pu voir que le placement en AEME permet de *« mesurer de quoi l'enfant a besoin et puis de comment la mère peut y répondre et puis comment on maintient le lien ou pas en sachant qu'on ne le maintient pas à tous prix puis qu'il y a plusieurs manières de maintenir le lien »* (E6). Cela peut passer par le recours à une garderie, à une famille relais qui prendra en charge l'enfant quelques jours par semaine ou parfois par un placement en internat à temps complet ou partiel. L'idée d'une parentalité à temps partiel apparaît ici et semble être une solution qui permette au lien entre la mère et l'enfant de ne pas être rompu tout en assurant une protection de ce dernier.

5.4 Bilan

Les lectures que j'ai été amenée à réaliser pour ce travail m'ont beaucoup intéressées, j'ai appris énormément de choses et le sujet du soutien à la parentalité a encore davantage d'attrait à mes yeux. J'ai d'ailleurs eu parfois des difficultés à ne pas m'égarer tant j'avais envie de découvrir le sujet. Pour ne rien perdre des lectures que je faisais et pouvoir retrouver facilement et réutiliser les éléments pertinents pour mon travail, j'ai dû développer une méthodologie et faire

preuve d'organisation. J'ai donc appris à tenir, pour chaque ouvrage, des fiches de lecture référencées et classées par thème.

Les entretiens ont également été très formateurs car c'est quelque chose que je redoutais beaucoup. Très stressée au début, j'ai eu de la peine à rebondir sur les propos de mes interlocutrices et je me suis parfois rendue compte après coup que j'aurais pu demander à la personne d'approfondir tel ou tel sujet pour avoir des données plus complètes. Malgré tout, j'ai pris beaucoup de plaisir à rencontrer ces éducatrices et les écouter me parler de leur travail.

Décrire et analyser des données récoltées sur le terrain a été, pour moi, un apprentissage important effectué durant cette recherche. Cela m'a demandé du temps et de la rigueur mais ça a été une partie captivante du travail. Il était particulièrement intéressant de voir apparaître des liens entre la théorie et la pratique. La difficulté principale que j'ai rencontrée dans la rédaction de cette partie a été de la structurer de manière à éviter au maximum les redondances. J'ai effectué de nombreux remaniements et les conseils de ma directrice, avec son regard extérieur, m'ont été fort utiles.

J'ai maintenant une idée plus précise de ce qui est mis en place à l'AEME, sur comment les mères sont accompagnées dans la création de ce lien primordial pour le développement cognitif, social et émotionnel de l'enfant. Ce que je retire principalement pour ma pratique professionnelle est l'importance d'une posture favorisant le pouvoir d'agir des bénéficiaires. Pour que ces personnes deviennent preneuses de la mesure, car sans cela il sera difficile de mettre en œuvre un accompagnement de qualité amenant à une évolution positive, il est essentiel de valoriser leurs compétences et surtout d'éviter de se poser comme l'expert·e qui amène des solutions toute faites.

Je termine ce travail sur le questionnement émis par une éducatrice lors des entretiens qui met en lumière un enjeu central de l'accompagnement des mères en situation de vulnérabilité :

« Je pense que le lien d'attachement il n'est pas comme ça à la naissance, enfin c'est quelque chose qui se construit aussi, plus ou moins vite donc on est toujours aussi là-dedans, jusqu'où on laisse du temps à la maman pour essayer de le construire puis jusqu'où ça devient dangereux avec l'enfant parce qu'elle ne l'a pas encore construit » (E4).

6. Références

6.1 Ouvrages

Ainsworth, Mary et Bell, Sylvia. (1969). « Some contemporary patterns in the feeding situation », in: Ambrose, Anthony (Ed.). (1969). *Stimulation in early infancy*. London and New York: Academic Press.

Ausloos, Guy. (1995). *La compétence des familles*. Erès : Ramonville Sainte-Agne.

Bedin, Véronique et Fournier, Martine. (2013). *La parenté en question(s)*. Auxerre Cedex : Sciences Humaines Éditions.

Belsky, J. (1999). « Interactional and contextual determinants of attachment security », in : Cassidy, Jude et Shaver, Phillip R. (Eds.). *Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications* (pp. 249-264). New-York: Guilford Press.

Blanchet, Alain et Gotman, Anne. (2010). *L'enquête et ses méthodes : l'entretien*. Paris : Armand Colin.

Bopp-Limoge, Christiane. (2014). *Accompagner les parentalités. Le MOSIPE, outil d'évaluation et d'intervention*. Lyon : Chronique Sociale.

Châtel, Vivianne et Soulet, Marc-Henry. (2003). *Agir en situation de vulnérabilité*. Canada : Les Presses de l'Université Laval.

Commaille, Jacques. (2013). « Famille : entre émancipation et protection sociale », in : Bedin, Véronique et Fournier, Martine. (2013). *La parenté en question(s)*. Auxerre Cedex : Sciences Humaines Éditions.

Daly, Mary. (2008). « Résumé et vue d'ensemble », in : Daly, Mary et al. (2008). *La parentalité dans l'Europe contemporaine : une approche positive*. Strasbourg : Éditions du Conseil de l'Europe.

Daly, Mary et al. (2008). *La parentalité dans l'Europe contemporaine : une approche positive*. Strasbourg : Éditions du Conseil de l'Europe.

Durkheim, Émile. (1950). *Leçons de sociologie. Physique des mœurs et du droit*. Paris : Presses universitaires de France.

Guédeney, Nicole. (2010). *L'attachement, un lien vital*. Bruxelles : Éditions Fabert.

Guédeney, Nicole et Guédeney, Antoine. (2010). *L'attachement : approche clinique. Du bébé à la personne âgée*. Issy-les-Moulineaux : Masson.

- Houzel, Didier. (2007). *Les enjeux de la parentalité*. Ramonville Sainte-Agne : Éditions érès.
- Kellerhals, Jean et Widmer, Eric. (2012). *Familles en Suisse: les nouveaux liens*. Lausanne : PPUR.
- Lamb, Michael E. et Sutton-Smith, Brian. (1982). *Sibling Relationships : their Nature and Significance Across the Lifespan*. Psychology press.
- Lamunière, Marie-Claire. (1998). *Vulnérabilités parentales : reflets de soutiens au long cours*. Chêne-Bourg : Éditions Médecine et Hygiène.
- Main, Mary et Solomon, Judith. (1990). « Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation », in : Greenberg, Mark ; Cicchetti, Dante et Cummings, Mark. (1990). *Attachment during the preschool years : theory, research and intervention*. Chicago: University of Chicago Press.
- Malochet, Virginie. (2013). « Redonner confiance : le soutien à la parentalité », in : Bedin, Véronique et Fournier, Martine. (2013). *La parenté en question(s)*. Auxerre Cedex : Sciences Humaines Éditions.
- Misès, Roger. (2012). *Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent R-2012*. Rennes Cedex : Presses de l'EHESP.
- Neyrand, Gérard. (2000). *L'enfant, la mère et la question du père : un bilan critique de l'évolution des savoirs sur la petite enfance*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Neyrand, Gérard. (2011). *Soutenir et contrôler les parents : le dispositif de parentalité*. Toulouse : Éditions érès.
- Paugam, Serge. (2003). « Précarité professionnelle et mobilisation politique », in : Châtel, Vivianne et Soulet, Marc-Henry. (2003). *Agir en situation de vulnérabilité*. Canada : Les Presses de l'Université Laval.
- Pierrehumbert, Blaise. (2003). *Le premier lien : théorie de l'attachement*. Paris : Odile Jacob.
- Rygaard, Niels Peter. (2007). *L'enfant abandonné*. Bruxelles : Éditions De Boeck.
- Segalen, Martine et Martial, Agnès. (2013). *Sociologie de la famille*. Paris : Armand Colin.
- Sellenet, Catherine. (2007). *La parentalité décryptée. Pertinence et dérives d'un concept*. Paris : L'Harmattan.
- Seron, Claude. (2002). *Miser sur la compétence parentale : approche systémique dans le champ social et judiciaire*. Ramonville Sainte-Agne : Éditions érès.

Trémintin, Jacques. (2002). « Compétence ou incompétence parentale ? De l'imposture des réponses idéologiques », in : Seron, Claude. (2002). *Miser sur la compétence parentale : approche systémique dans le champ social et judiciaire*. Ramonville Sainte-Agne : Éditions érès.

Van Campenhoudt, Luc et Quivy, Raymond. (2011). *Manuel de recherche en sciences sociales*. Paris : Dunod

Vermersch, Pierre. (2000). *L'entretien d'explicitation*. Issy-les-Moulineaux : ESF éditeur.

Vitaro, Franck et Gagnon Claude. (2003). *Prévention des problèmes d'adaptation chez les enfants et les adolescents. Les problèmes internalisés*. Sainte-Foy : Presses de l'Université du Québec.

6.2 Sites internet

Fondation Petitmaître maisons d'accueil. « L'Action éducative mères-enfants ». Récupéré du site: <http://www.fpy.ch/aeme.html> (19.09.14).

La Pouponnière et l'Abri. (2016). « Accueil Educatif mères-enfants ». Récupéré du site : <http://www.pouponniere.ch/category-19-0-accueil-educatif-meres-enfants.php> (19.09.14).

6.3 Articles

Anisfeld, Elizabeth et al. (1990). « Does infant carrying promote attachment ? An experimental study of the effects of increased physical contact on the development of attachment ». *Child Development*, 61, 1617-1627.

Bonnet, Magalie. (2012). « L'attachement au temps de la vieillesse ». *Dialogue*, 2012/4, n°198, p. 123-134. Récupéré du site : <http://www.cairn.info/revue-dialogue-2012-4-page-123.htm> (20.10.14). DIO: 10.3917/dia.198.0123.

Crittenden, Patricia. (1990). « Internal representational models of attachment relationships ». *Infant Helth Journal*, 11, 259-277.

Drolet, Marie. (1997). « L'empowerment et intervention familiale : concept paradoxal occultant parfois la pauvreté ». *Reflets*, vol.3, n°1, pp. 55-79.

Fontaine, Andrée. (1996). « L'attachement parent-enfant au cœur de l'intervention précoce et préventive de la mésadaptation socio-affective ». *Défi jeunesse*, Vol II/ n°2.

Hubin-Gayte, Mylène. (2004). « Le développement de l'attachement des nourrissons irritables : une revue ». *Devenir*, 3/2004 (Vol.16), pp.199-212

Récupéré du site : <http://www.cairn.info/revue-devenir-2004-3-page-199.htm> (14.09.14). DOI : 10.3917/dev.043.0199.

Jacobson, Sandra W. et Frye, Karen F. (1991). « Effect of maternal social support on attachment : experimental evidence ». *Child Development*, 62, 572-582.

Lamboy, Béatrice. (2009). « Soutenir la parentalité : pourquoi et comment ? ». *Devenir*, 2009/1 (Vol. 21), pp. 31-60.

Michaud, J., Bégin, H. et McDuff, P. (2006). « Construction et évaluation d'un questionnaire sur l'estime de soi sociale destiné aux jeunes adultes ». *Revue européenne de psychologie appliquée*, n°56.

Misticky, Violaine et Guédeney, Nicole. (2007). « Quelques apports de la théorie de l'attachement : clinique et santé publique ». *Cairn.info*. Récupéré du site : <http://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2007-2-page-43.htm> (09.10.14). DOI: 10.3917/rsi.089.0043.

Neyrand, Gérard. (2003). « L'évolution du regard sur la relation parentale : l'exemple de la France ». *Nouvelles pratiques sociales*. Vol. 16, n°1, p.27-44. Récupéré du site : <http://www.erudit.org/revue/nps/2003/v16/n1/009625ar.html#no1> (25.10.14). DOI : 10.7202/009625ar.

Sellenet, Catherine. (2008). « Coopération entre parents et professionnels de la protection de l'enfance ». *Vie sociale*, n°2, pp. 15-30.

Tereno, Susanne et al. (2007). « La théorie de l'attachement : son importance dans un contexte pédiatrique ». *Devenir*, 2007/2 (Vol.19), pp. 151-188. Récupéré du site : http://www.cairn.info/zen.php?ID_ARTICLE=DEV_072_0151 (14.09.14). DOI : 10.3917/dev.072.0151.

Van den Boom, Dymphna. (1994). « The influence of temperament and mothering on attachment and exploration: an experimental manipulation of sensitive responsiveness among lower-class mothers with irritable infants ». *Child Development*, 65, 1457-1477.

6.4 Rapports, divers

Conseil d'État. (2014). « Rapport du Conseil d'État au Grand Conseil sur le postulat Pascale Manzini et consorts en vue d'aborder de façon exhaustive la problématique des jeunes mères seules avec leur enfant ». *Canton de Vaud*. Récupéré du site :

http://www.vd.ch/fileadmin/user_upload/organisation/gc/fichiers_pdf/2012-2017/145_Texte_CE_01.pdf (24.09.14).

Desjardins, Nicole et al. (2005). « Guide pour soutenir le développement de l'attachement sécurisant de la grossesse à 1 an ». *Santé et Services sociaux Québec*. Récupéré du site : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2005/05-836-01.pdf> (24.12.14).

Egeland, Byron. (2009). « Programmes d'intervention et de prévention portant sur l'attachement et destinés aux jeunes enfants ». *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants*. Récupéré du site : http://www.enfant-encyclopedia.com/pages/PDF/EgelandFRxp_rev.pdf (14.09.14).

Grand Conseil du Canton de Vaud. (2004). Loi sur la protection des mineurs (LProMin) ; RS/VD 850.41. Récupéré du site : http://www.rsv.vd.ch/rsvsite/rsv_site/doc.pdf?docId=5890&Pvigueur=&Padoption=&Pcurrent_version=9999&PetatDoc=vigueur&Pversion=&docType=loi&page_format=A4_3&isRSV=true&isSJL=true&outformat=pdf&isModifiante=false (23.12.14).

Grossmann, Karin et Klaus E. (2009). « L'impact de l'attachement du jeune enfant à la mère et au père sur le développement psychosocial des enfants jusqu'au début de l'âge adulte ». *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants*. Récupéré du site : <http://www.enfant-encyclopedia.com/pages/PDF/GrossmannFRxp3.pdf> (14.09.14).

Jobin, Lyne et al. (2004). « Cadre de référence ». *Santé et Service sociaux Québec*. Récupéré du site : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2004/04-836-02W.pdf> (03.09.15)

Hennighausen, Kate et Lyons-Ruth, Karlen. (2010). « Désorganisation des stratégies d'attachement pendant la petite enfance et l'enfance ». *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants*. Récupéré du site : <http://www.enfant-encyclopedia.com/pages/PDF/Hennighausen-LyonsRuthFRxp3.pdf> (14.09.14).

Le Bossé, Yann. (1995). « Étude exploratoire du phénomène de l'Empowerment », thèse de doctorat déposée à la Faculté des études graduées de l'Université Laval, Québec.

Maury, Michèle. (2005). « Aspects psychologiques (normaux et pathologiques) de l'alimentation et du sommeil chez le nourrisson ». *CHU, Hôpitaux de Rouen*. Récupéré du site : http://medecine-pharmacie.univ-rouen.fr/servlet/com.univ.collaboratif.utils.LectureFichiergw?ID_FICHIER=7698 (01.10.14).

Maury, Michèle. (2005). « Développement affectif du nourrisson. L'installation précoce de la relation mère-enfant et son importance ». *CHU, Hôpitaux de Rouen*
Récupéré du site : http://medecine-pharmacie.univ-rouen.fr/servlet/com.univ.collaboratif.utils.LectureFichiergw?ID_FICHIER=7697
(26.11.2014).

Mischler, Sandra. (2014). Fondation Jeunesse et Familles, *cours du module OASIS ES*. Lausanne : École d'études sociales et pédagogiques, HES-SO/Vaud. Non publié.

Moran, Greg. (2007). « Attachement pendant la petite enfance. Commentaires sur van IJzendoorn, et Grossmann et Grossmann ». *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants*. Récupéré du site: <http://www.enfant-encyclopedie.com/Pages/PDF/MoranFRxp.pdf> (17.09.14).

Pinel-Jacquemin, Stéphanie. (2010). « La théorie de l'attachement : une approche conceptuelle au service de la Protection de l'Enfance ». *ONED*. Récupéré du site : <http://lesenfantsdabord.wifeo.com/documents/TheorieAttachement.pdf> (09.10.14).

7. Annexes

A. Compte-rendu de l'entretien avec M. Pfaehler

Descriptif du site

- Créé en 1997 (projet débute en 1994)
- 4 mères et leurs enfants (un ou deux) accueillies dans une maison mitoyenne
- Des mères habitant Yverdon-les-Bains peuvent bénéficier d'un suivi des éducateurs et éducatrices
- Un éducateur, 3 éducatrices et une stagiaire travaillent au sein de la structure

Sur quels cadres de référence se base votre action ?

On se raccroche à tous les cadres théoriques pouvant nous apporter un soutien et une aide mais le travail spécifique en AEME, qui n'est peut-être pas le même dans tous les AEME, n'a jamais été théorisé, il n'y a pas d'écrits spécifiques à l'AEME. Ce qui nous soutient principalement dans notre action, c'est la systémique qui nous permet d'avoir une compréhension des situations un peu plus large, pas uniquement centrée sur la maman. Après il y a beaucoup d'autres théories par exemple sur la relation, sur le lien précoce d'attachement. On travaille aussi beaucoup avec les apports humanistes par rapport au travail de valorisation de la personne, de reconnaissance des compétences. Toutes ces théories nous aident soit à comprendre des situations, soit à créer du lien car c'est à travers ce lien qu'on crée avec une maman que tout notre travail se fait. Sans ce lien on ne peut rien faire, tant qu'on est personne pour la personne en face de nous, ce qu'on dit n'aura aucun impact. La création de ce lien prend du temps, on doit donner des preuves, du concret, montrer à la maman comment on se situe par rapport à elle, par rapport au SPJ pour trouver de la valeur à ses yeux.

Avec quel le professionnel le's travaillez-vous ?

Notre principe dans le travail avec les mamans c'est de ne jamais se poser comme spécialistes. On fait donc appel à des spécialistes extérieurs dans une idée aussi de continuité pour que quand l'AEME s'arrête, tous le réseau de spécialistes qui a été mis en place autour de la maman puisse continuer, il n'est pas du tout rattaché à l'AEME. Dans un premier temps, il y a toujours une sage-femme, après une infirmière petite enfance et un pédiatre. On essaie beaucoup de travailler aussi avec des psychiatres ou psychologues, notamment avec le SPEA (Service Psychiatrique de l'Enfant et de l'Adolescent) mais c'est toujours compliqué de faire accepter à une maman qu'un travail psychologique, voire

psychothérapeutique peut lui être utile, il faut qu'elle accepte qu'elle a des difficultés.

Qui sont les femmes accueillies ?

Il y a toujours une mise en danger potentielle du développement précoce de l'enfant et surtout de cette fameuse création du lien précoce d'attachement. Les raisons qui font qu'il y a ce danger, ce risque, sont très variées mais ce qu'on retrouve toujours c'est un grand isolement. Il est des fois dû à une incompréhension de tout ce qui se passe pour des raisons d'immigration, de changement de culture. Ces mamans se retrouvent souvent prises en charge par l'EVAM (Établissement Vaudois d'Accueil des Migrants) qui contacte le SPJ et celui-ci nous contacte. On a aussi des problématiques liées au jeune âge ; les mamans adolescentes qu'on accueille sont en situation de rupture familiale ou ont des problèmes psychiques. On essaie de ne pas accueillir de mamans ayant des troubles psychiatriques trop importants car on sait par expérience que c'est nous mettre et les mettre dans des situations impossibles. Mais quand les choses sont stabilisées ou pas trop envahissantes pour la personne, ça nous arrive d'avoir des situations comme ça. Souvent on ne le sait même pas, on le découvre en cours de route.

Comment arrivent-elles à l'AEME ?

Ce sont soit le SPJ, soit l'OCTP qui nous font des demandes d'admission et c'est nous qui faisons ensuite l'évaluation. Ça nous met dans des situations compliquées parce qu'on a besoin que les mamans accueillies ici aient une certaine autonomie et ne soient pas un danger immédiat pour leur enfant. La maman doit accepter la mesure mais elle n'a pas vraiment le choix en réalité, c'est souvent de l'aide contrainte. Ce n'est pas nous qui sommes responsables de la contrainte, il faut que ça soit clair que c'est le SPJ pour qu'on puisse travailler avec la maman. Avec la création de la relation, de la confiance, la contrainte s'oublie. Du moment que le placement fait sens, la maman devient preneuse. Si ce n'est pas le cas, on est coincé.

Ce n'est pas un problème détecté par rapport à l'enfant, c'est vraiment une situation interne ou externe de la maman. C'est la situation dans laquelle la mère vit qui est porteuse de risque, qui est perçue comme problématique ou pouvant l'être pour le développement du lien précoce d'attachement. Les personnes qui détectent le problème peuvent être l'EVAM, les maternités, des situations qui sont déjà suivies par le SPJ, des pédiatres, des psychologues, etc. Même parfois des mamans elles-mêmes mais on doit alors les envoyer au SPJ.

Quelle place ont les pères ?

Il y a beaucoup de situations où le père est absent. Pour être père, il faut être passé par la reconnaissance en paternité et souvent les enfants qui sont là ont un père éventuel mais qui n'est pas passé par la reconnaissance, donc pas de

statut légal. Le statut de père n'est pas aussi autonome que pour la mère, c'est le premier problème. Le deuxième c'est que parfois il n'y a pas de père du tout, la maman ne sait pas forcément qui c'est ou ne veut pas le dire. On aimerait pouvoir travailler avec les pères car ils ont une place autant importante à tenir auprès de l'enfant que la mère, on ne fait pas de différence à ce niveau-là. On n'a pas la place à l'AEME mais on veille à être toujours accueillant avec le père ou avec la personne qui veut s'investir comme père. On a toujours la possibilité, après avoir évalué la situation, de travailler avec le père, de le faire venir, d'avoir des entretiens avec lui, de valoriser son rôle en essayant de ne pas travailler comme thérapeutes de couples. Mais les pères ont une place, on est convaincu que s'occuper à deux d'un enfant c'est essentiel, c'est plus facile de partager les responsabilités.

Qu'est-ce que vous travaillez au quotidien avec les mères ?

On fait un travail psychologique à travers le lien, à travers la relation qui nous unit. On travaille sur l'organisation du temps pour qu'elles prennent conscience du temps qui passe, des besoins de l'enfant, de leurs propres besoins, des exigences de la société. On fait beaucoup d'entretiens formels, minimum 1 ou 2 par semaine et parfois 3. Sinon il y a aussi toutes les discussions informelles en groupe. On passe beaucoup de temps avec les mamans à parler du quotidien, du rôle de mère, du père, des relations entre les mamans, des relations entre les gens. L'AEME est un terrain d'entraînement pour des mamans qui sont très isolées et qui ont souvent des difficultés relationnelles. Le travail se fait autant dans les entretiens que dans le quotidien. C'est un travail de prise de conscience à tous les niveaux ; prise de conscience qu'on a besoin d'aide, de ses propres difficultés. Elles ont souvent eu des parcours de vie tellement destructeurs, des fois on essaie de ne pas trop y toucher. Elles ont parfois trouvé un équilibre, même s'il est précaire, et on préfère ne pas forcément revenir sur le passé.

On ne juge pas les mamans mais on essaie, à travers les discussions, de les aider à garder l'esprit ouvert sur la manière de faire avec leur enfant et d'avoir conscience que selon comment elles agissent, comment elles sont en lien avec leur enfant, cela aura des conséquences sur le développement de l'enfant. On n'a pas de réponses sur comment il faut faire mais de garder toujours ce questionnement en tête. On fait vraiment un travail sur les mamans, on ne fait pas garderie.

Quelles sont les difficultés principales que vous rencontrez ?

On ne sait jamais jusqu'où il ne faut pas aller. On est défini comme étant une alternative au placement mais dans beaucoup de situations, la question du placement est toujours présente. On n'a pas la possibilité de savoir si le placement serait mieux. Il y a des moments pénibles. Si on arrive dans la maltraitance avérée c'est clair mais qu'est-ce qu'on fait si une maman tendue

donne une baffe à son enfant ? On va interpeler la maman mais est-ce qu'on en parle tout de suite au SPJ ? Est-ce qu'il faut qu'il y ait des suites ? Qu'est-ce qui est dangereux pour le développement de l'enfant ? On est souvent confronté à des situations où le danger physique est présent. On ne fait jamais comme si ça n'existait pas, on encourage la maman à en parler à l'assistante sociale du SPJ en charge du dossier ou on le fait dans une idée constructive et non punitive. Si on n'a plus cette idée de construction avec la maman, le placement doit s'arrêter. La violence n'est jamais pardonnable mais parfois compréhensible. Mais c'est rare, c'est surtout des mises en danger qu'on voit ; des mamans qui n'ont pas conscience du danger. C'est toute la difficulté de notre travail. On a toujours plein de questions, l'utilité de notre travail n'est jamais avérée, la direction n'est jamais donnée.

Il y a des mamans qui n'arrivent pas à faire une place à leur enfant, qui ne prennent pas ce rôle de mère avec tout ce que ça comporte comme responsabilités. C'est pour ça aussi que les problèmes psychiques ou de toxicomanie c'est très compliqué. Parfois on ne peut pas continuer parce qu'il y a trop de danger. Le soir et le weekend, on n'est pas là. Alors quand ce sont des mamans qui sont trop mal ou qui ne montrent pas qu'elles ont conscience des besoins de leur enfant, ce n'est pas possible. Il y a des weekends très stressants ! Mais si on est trop inquiet, on viendra plus souvent le weekend, on fera appel à d'anciennes mamans, des mamans de l'AEME. Mais si on a des gros doutes on prend des décisions avec le SPJ.

Lorsque l'AEME ne dure que 3-4 mois, s'il y a un lien, même tout petit, entre la mère et l'enfant, il pourra continuer à grandir même s'il y a placement ce qui est plus difficile à faire s'il y a placement depuis la naissance. Le fait de s'en être occupée un moment laisse plus de chance à la maman de pouvoir être quelqu'un pour son enfant et de pouvoir s'accepter comme mère.

Quels sont les bénéfices constatés des échanges entre les mères ?

On a 4 places à l'interne et aussi 4 places en ambulatoires. Ce sont des mamans qui habitent la région, qui ont des difficultés mais qui ne viennent pas habiter ici. Elles viennent pour des entretiens et pour partager des moments avec les autres mamans. C'est quelque chose auquel on croit ; c'est que les échanges entre elles sont enrichissants et créateurs de lien social ce qui leur manque souvent. On espère que des liens se créent entre les mamans, si ce n'est pas le cas, c'est au moins un terrain d'entraînement.

Le troisième type d'accueil, c'est le « post-cure ». Après le séjour ici, on travaille encore sous mandat du SPJ pendant 6 mois pour faire le lien, le transfert, pas disparaître d'un coup. On permet au lien avec l'AEME de durer dans le temps avec les anciennes mamans, dans l'idée aussi que ce que les mamans ont reçu ici, elles puissent le retransmettre. C'est une manière aussi de les valoriser.

Quels sont les résultats ?

Ca marche ! Mais pas toujours. Il faut parfois savoir se satisfaire de petits progrès ; les problèmes sont tellement grands au départ que si on arrive à la fin d'un travail avec un petit progrès on peut déjà s'estimer utile.

C'est assez rare qu'on arrive au terme d'un travail à l'AEME et qu'on se dise qu'il faille une séparation. Dans les situations où il y a un placement, le sens de l'AEME c'est aussi de permettre un placement de l'enfant en gardant un lien de qualité avec la maman et c'est souvent des placements qui ne sont pas à temps complet. On a aussi des situations où des mamans, dans leur prise de conscience de leurs besoins, du bien de l'enfant, réalisent qu'elles ont besoin d'un appui, d'un relais, que les garderies ne suffisent pas et que c'est nécessaire et utile de faire appel à une famille d'accueil. Quand une maman a pris conscience et qu'elle est demandeuse d'un relais, une grande partie du travail a été fait.

B. Grille d'entretien

Comment les pratiques développées au sein des AEME favorisent-elles la construction d'un lien d'attachement jugé satisfaisant entre une mère en situation de vulnérabilité et son enfant ?		
Objectifs et sous-objectifs de recherche	Questions principales	Éléments théoriques
Identifier les situations types de prise en charge		
○ Identifier quelles sont les difficultés amenant à une prise en charge et les problématiques majoritairement rencontrées	• Quels sont les critères des familles accueillies en AEME ? Quelles difficultés rencontrent-elles concrètement ? – Quelles sont les problématiques majoritaires que vous rencontrez ?	Carences affectives, difficultés relationnelles, isolement, difficultés d'intégration, rupture sociale, incapacité à investir la grossesse, faible autonomie dans la gestion du quotidien
○ Connaître la durée moyenne d'une prise en charge	• Combien de temps, en moyenne, durent les prises en charge ? Les prolongations jusqu'à deux ans sont-elles souvent appliquées ?	3 mois à un an, prolongation possible jusqu'à deux ans

Identifier les pratiques développées pour permettre la construction d'un lien d'attachement satisfaisant	
Début ○ Connaître la représentation qu'ont les professionnel·le·s d'un lien d'attachement insatisfaisant ○ Déterminer de quelle manière va se construire la prise en charge et quelle place occupe la mère et le service placeur dans cette construction	• Comment qualifieriez-vous la relation entre la mère et son enfant à l'arrivée à l'AEME ? • Comment se traduisait la difficulté de la mère à créer un lien avec son enfant ? – Indicateurs ? • Quels sont les signaux particuliers de la mère et/ou de l'enfant auxquels vous êtes attentif ou attentive ? (de manière générale) • Comment s'est passé le premier contact avec la mère ? • Quelle a été la place du service placeur dans le processus de début de prise en charge ? • Qu'avez-vous fait en premier à l'arrivée de la mère dans la structure ? • Comment avez-vous analysé les difficultés qu'éprouve la mère face à son enfant ? – Observation, entretien, anamnèse ? • Quel rôle ont joué ces analyses dans l'accompagnement ? • Comment avez-vous posé les objectifs de la prise en charge ? Attachements insécures : évitant (peu de manifestations lors d'une séparation et lors des retrouvailles, s'intéresse davantage aux jouets qu'à la mère), ambivalent/résistant (détresse lors de la séparation, difficultés à être réconforté, oscille entre contact et rejet), désorganisé (figure d'attachement à la fois source de sécurité et d'alarme : comportement contradictoire, approche / évitement) Trouble alimentation, sommeil

Pendant	• Identifier sur quoi travaillent les éducateurs et éducatrices	• Sur quoi, sur quels aspects, avez-vous travaillé afin de permettre la construction d'un lien d'attachement satisfaisant ? – De quelle manière ? (entretien, observation, situation de jeu...)	Travail sur la mère, sur l'enfant ou sur l'interaction 4 dimensions de la qualité des soins : sensibilité (détecter et répondre adéquatement et rapidement aux besoins), proximité (contact physique rassurant, disponible pour l'enfant : gestion du temps et maîtrise du stress), engagement (se sentir responsable de la sécurité et du développement de l'enfant), réciprocité (caractère dynamique entre enfant et parent) Représentations mentales, relation conjugale, soutien social, état émotif Besoin d'estime de soi, d'un contexte sécurisant, besoin de plaisir partagé
----------------	---	--	---

Pendant	• Identifier comment les professionnel·les accompagnent les mères, quels sont les méthodes, les outils et quelle place occupe la mère dans la prise en charge • Identifier la place du réseau dans la prise en charge	• Quels outils concrets avez-vous utilisé pour permettre à la mère de développer ses compétences parentales ? • De manière générale, comment composez-vous avec les différentes valeurs éducatives des mères? – De quelle manière les intégrez-vous à l'accompagnement ? • Comment définiriez-vous votre rôle auprès de la mère ? • Quelles difficultés avez-vous rencontré dans l'accompagnement de cette mère? – Comment avez-vous pallié à ces difficultés ? • Comment avez-vous évalué la qualité du lien et à quelle fréquence? – Selon quels critères ? Définis par qui ? • Quelle importance a eu le travail en réseau dans la prise en charge ? – Avec quel·le·s professionnel·le·s internes ou externes avez-vous collaboré ? – Pour quelles raisons ?	Vidéo, porte-bébé, faire avec, informations quant aux besoins / développement de l'enfant Mère pas preneuse (placement contraint)
---------	--	---	---

Fin	• Identifier quels sont les critères pour décider d'une fin de prise en charge et la représentation qu'ont les professionnel·le·s d'un lien d'attachement satisfaisant • Comprendre comment se prend la décision d'une fin de prise en charge, quel·le·s sont les différent·e·s acteurs et actrices qui interviennent	• Comment avez-vous déterminé si la mère était en mesure (ou non) de quitter l'AEME avec son enfant ? – Méthodologie ? – Quels critères ? • Comment s'est prise la décision d'une fin de placement ? – Par qui ? – De quelle manière la mère a-t-elle été intégrée à la décision ?	Attachement sécure : Présence rassurante du parent, l'enfant explore l'environnement. L'enfant peut être rassuré par le parent en situation de stress A l'Abri : guide d'évaluation du développement de l'enfant et des capacités parentales de la Fondation et au référentiel d'évaluation du danger encouru par l'enfant et des compétences parentales du SPJ
Comprendre quelles sont limites de l'AEME et comment évoluent les situations entre le début et la fin du placement	• Quelles évolutions voyez-vous entre le début et la fin de l'accompagnement au niveau de la mère et de sa relation avec son enfant? • Selon vous, y a-t-il un ou des éléments qui ont constitué un frein à un accompagnement optimal de la relation mère-enfant ? • Quelles sont les limites de votre intervention ? Sur quoi n'avez-vous pas atteint vos objectifs ?		

C. Formulaire de consentement

Question et objectifs de recherche :

« Comment les pratiques développées au sein des AEME favorisent-elles la construction d'un lien d'attachement jugé satisfaisant entre une mère en situation de vulnérabilité et son enfant ? »

- Identifier les situations types de prise en charge
- Identifier les pratiques permettant la construction d'un lien d'attachement satisfaisant
- Comprendre quels sont les apports et les limites de l'AEME

Consentement :

Le ou la soussigné·e :

- Participe volontairement à cette recherche et peut à tout moment décider d'interrompre l'entretien sans avoir à fournir d'explication. Il ou elle n'est pas obligé·e de répondre à toutes les questions qui lui sont posées lors de l'entretien.
- Accepte que les données récoltées lors de l'entretien soient utilisées pour le travail de Bachelor de Charlotte Schmidli, sachant que toutes les données seront traitées de manière confidentielle et que les enregistrements seront détruits à la fin de ce travail.
- Accepte la publication du travail de Bachelor si la note attribuée est de A ou B.
- Accepte que des informations personnelles le ou la concernant (profession, formation(s), expériences professionnelles, nombre d'années passées à l'AEME) soient citées : ☐ Oui ☐ Non

Par la présente, le ou la soussigné·e déclare avoir lu et compris les informations ci-dessus et consent à participer à ce travail de recherche.

Nom :

.....

Prénom :

.....

Lieu et date :

.....

Signature :

.....

Contact :

Charlotte Schmidli

079/956.95.02

charlotte.schmidli@gmail.com

D. Projet éducatif personnalisé (PEP) ¹⁰

Périodes																						
Appréciation			2	4	6	8	10	2	4	6	8	10	2	4	6	8	10	2	4	6	8	10
ENFANT	Soins corporels	Mère																				
		Educ																				
	Attention portée à l'enfant	Mère																				
		Educ																				
	Sécurité psychologique	Mère																				
		Educ																				
	Sécurité physique	Mère																				
		Educ																				
	Alimentation	Mère																				
		Educ																				
MERE	Sommeil	Mère																				
		Educ																				
	Stimulation (activités)	Mère																				
		Educ																				
	Relation au père	Mère																				
		Educ																				
	Hygiène personnelle	Mère																				
		Educ																				
	Ponctualité	Mère																				
		Educ																				

¹⁰ Projet éducatif personnalité (PEP) élaboré par l'équipe éducative de l'AEME de la Fondation la Pouponnière et l'Abri

			2	4	6	8	10	2	4	6	8	10	2	4	6	8	10	2	4	6	8	10
MERE	Ordre et propreté chambre	Mère																				
		Educ																				
	Gestion de l'argent	Mère																				
		Educ																				
	Alimentation	Mère																				
		Educ																				
	Estime de soi	Mère																				
		Educ																				
	Travail/Formation	Mère																				
		Educ																				
COLLECTIF	Appartement	Mère																				
		Educ																				
	Autonomie - Capacité d'initiatives	Mère																				
		Educ																				
	Engagement/Solidarité	Mère																				
		Educ																				
	Respect des règles	Mère																				
		Educ																				
	Attention à l'environnement	Mère																				
		Educ																				
	Communication	Mère																				
		Educ																				
	Ressources	Mère																				
		Educ																				

E. Grille d'observation du lien « mère-enfant »¹¹

1. SENSIBILITE PARENTALE AU DEVELOPPEMENT SOCIO-AFFECTIF DE L'ENFANT				
	Oui	Parfois	Non	Commentaires
Valorise l'enfant dans ses compétences				
Ton de voix utilisé pour s'adresser à l'enfant est adéquat				
Réserve des moments privilégiés à son enfant				
Prend une part active dans les conversations avec son enfant (acquiesce quand l'enfant raconte, donne des réponses en miroir, interagit, s'intéresse en posant des questions, etc.)				
Montre son amour à l'enfant par des gestes, des paroles tendres et chaleureuses				
Est attentive à sa sécurité physique et psychique				

¹¹ Inspirée du canevas du foyer Sainte Famille. Tous droits réservés.

2. SENSIBILITE PARENTALE AU DEVELOPPEMENT SOCIO-MORAL DE L'ENFANT				
	Oui	Parfois	Non	Commentaires
Permet à l'enfant d'être autonome dans les activités qu'il gère seul				
Ne recourt pas à la violence physique ou verbale				
Donne de l'aide à l'enfant quand il est en difficulté (verbalement ou en faisant avec)				
3. COMPETENCES EDUCATIVES				
	Oui	Parfois	Non	Commentaires
Sait imposer ses règles à l'enfant sans recourir à la violence (pour le coucher, le repas, les moments de faire les choses)				
Reste constant dans ses réponses éducatives face aux demandes et au comportement de l'enfant				
Adapte ses comportements en adéquation avec l'âge de l'enfant				

Adapte ses comportements en fonction des signes de santé ou de fatigue de l'enfant				
Se soucie de son hygiène				
Se soucie de son équilibre alimentaire				
Se soucie de ses conditions de sommeil				
Favorise le développement de l'enfant par des stimulations adéquates				
Est capable de rassurer l'enfant (par ex. en cas de conflit extérieur à l'enfant ou de tristesse)				
Sanctionne l'enfant de manière proportionnelle				
Pense à verbaliser à son enfant (départ, séparation...)				
4. OUVERTURE ET CO-EDUCATION				
	Oui	Parfois	Non	Commentaires
Est réceptive aux avis et conseils extérieurs concernant l'enfant				

Accepte l'implication d'autres personnes dans la relation avec l'enfant				
Evoque ses besoins spécifiques et ceux de son enfant				

F. Référentiel du SPJ



Département de la formation, de la jeunesse et de la culture
Service de protection de la jeunesse

DFJC / Service de protection de la jeunesse

Référentiel d'évaluation

Référentiel d'évaluation

du danger encouru par l'enfant
et des compétences parentales

entrée en vigueur : 01.11.2008

AVERTISSEMENT :

Le « Référentiel d'évaluation du danger encouru par l'enfant et des compétences parentales » documente le processus d'évaluation par le Service de protection de la jeunesse, de la mise en danger de l'enfant. La pondération et la synthèse de cette évaluation sont de la seule compétence du SPJ.

Ce document a été établi par un groupe de travail interne au Service de protection de la jeunesse. Il se base sur les travaux des ouvrages mentionnés dans la bibliographie, dont la référence est indiquée au bas de chaque chapitre.

Le « Référentiel d'évaluation du danger encouru par l'enfant et des compétences parentales » a été approuvé dans le principe le 8 mai 2008, dans le cadre d'une séance de Conseil de direction. Il a été adopté par le chef de service, qui en a fixé son entrée en vigueur au 1^{er} novembre 2008.

La répondante du processus :
(signé)

Fabienne Lombardet
Cheffe de l'ORPM du Centre

Le chef de service
(signé)

Philippe Lavanchy

Note : à des fins de concision, il n'a pas été systématiquement procédé à la féminisation, respectivement à la masculinisation de la terminologie. Cependant, de manière générale, la désignation de personne, de statut, de fonction ou de profession utilisée dans le présent document, ainsi que dans tous les documents officiels du service, peut s'appliquer indifféremment aux femmes et aux hommes.

USM / Doc n°R3.20 / Version du 10.10.2008

R Référentiel d'évaluation.doc / PAGE 1 / 23

USM / Doc n°R3.20 / Version du 10.10.2008

R Référentiel d'évaluation.doc / PAGE 2 / 23

Table des matières

N°	Titre	Page
0.	Introduction	4
0.1	Définitions	4
0.2	Bases légales et références	4
0.3	Utilisation du référentiel d'évaluation	4
0.4	Tableau des critères d'évaluation	6
1.	Contexte social	7
2.	Dynamique transgénérationnelle	8
3.	Attachement	9
	Annexe 3.1 : Facteurs suggérant des troubles de l'attachement	10
4.	Dispositions parentales	11
	Annexe 4.1 : Facteurs personnels affectant les capacités parentales	12
5.	Reconnaissance de la responsabilité	2
6.	Développement de l'enfant	3
7.	Comportement de l'enfant	4
8.	Danger physique	5
9.	Danger sexuel	6
10.	Danger psychologique	7
	Annexe 10.1 : Les 6 catégories de maltraitance psychologique	8
11.	Danger de négligences	20
12.	Relation aux services d'aide	21
13.	Implication de l'intervenant	22
	Bibliographie	23

0. Introduction

0.1 Définitions

Evaluation

« Confronter un ensemble d'informations et un ensemble de critères en vue de prendre une décision. » (de Kottle, Rogiers, 1996, cité par F. Alföldi, 2005).

Objet d'évaluation

« On appelle objet d'évaluation, la réalité sur laquelle est produit le jugement d'évaluation » (Barbier, 1985, cité par F. Alföldi, 2005).

Dans le cadre du SPJ, il s'agit des aspects de mise en danger de l'enfant et des compétences parentales pour y pallier.

Finalité de l'évaluation

1. Apprécier la mise en danger de l'enfant
2. Activer la dynamique de changement
3. Prendre de la distance
4. Optimiser l'intervention
5. Aider la décision

(Evaluer en protection de l'enfance, Théorie et Méthode, F. Alföldi, 2005)

0.2 Bases légales et références

Pour effectuer une évaluation de la mise en danger d'un enfant et des compétences parentales, l'assistant social, dans une pratique réflexive, se fonde sur ses connaissances théoriques et son expérience professionnelle. Cette activité s'inscrit dans une organisation et à ce titre il se réfère :

- au cadre légal et réglementaire de la Loi sur la protection des mineurs (LProMin)
- aux directives, procédures et instructions de travail du « Système de direction et d'organisation » (SDO).

0.3 Utilisation du référentiel d'évaluation

Le présent document se base principalement sur les travaux de F. Alföldi et sur le « Guide d'évaluation des capacités parentales » (Centre de Jeunesse de Montréal).

Son but est de conduire l'évaluation vers la mise en relation « d'un référent constitué des informations significatives recueillies sur les conditions de vie avec un référent réunissant des critères méthodologiquement fondés », de telle sorte à produire un jugement objectivé sur « la gravité du danger menaçant l'enfant et sur les moyens d'en briser le processus ». (F. Alföldi, 2005)

Il sert à orienter et argumenter l'appréciation et l'évaluation que l'assistant social doit effectuer en début d'intervention socio-éducative ; il sert de référence pour la mesure de l'atteinte des objectifs de l'action socio-éducative, notamment au moment de l'élaboration du bilan périodique.

Le référentiel se base sur 13 critères couvrant 4 domaines à investiguer :

- 1) le contexte familial
- 2) les parents
- 3) l'enfant
- 4) l'intervention¹

Les critères sont tous étalonnés en trois niveaux. Chaque critère s'inscrit sur un continuum qui va du bien-être de l'enfant, jusqu'à la maltraitance mortelle. Le continuum parcourt trois niveaux délimités par deux seuils. Dans chaque critère, les trois niveaux de gravité permettent de mesurer l'ampleur du danger :

Niveau 1 : l'enfant hors de danger

Niveau 2 : l'enfant en risque

Niveau 3 : l'enfant maltraité

Chaque niveau correspond à une valeur du critère. Les deux seuils délimitant les niveaux sont appelés « seuils de gravité ».

- Le seuil du risque, délimite les catégories l'enfant hors de danger et l'enfant en risque.
- Le seuil de la maltraitance, distingue l'enfant en risque de l'enfant maltraité.

Au niveau 1, la gravité du danger est négligeable et l'enfant est dit hors de danger. Au niveau 2, un risque significatif est constaté par l'observation diagnostique. Ce niveau intègre les suspicions et pointe l'information manquante. Au niveau 3, une maltraitance effective a été constatée.

Ces critères sont des indicateurs – à un moment donné – de la mise en danger de l'enfant et des compétences parentales, variant en fonction de leur fréquence et de leur intensité. Ils doivent être pondérés par les ressources apportées par les membres du réseau et enrichis par les réflexions et observations de ces derniers.

Enfin, cet outil procède d'une méthode d'objectivation², articulant trois dimensions :

- diagnostique, centrée sur l'enfant et sa famille (identification des dysfonctionnements et des ressources) ;
- implicationnelle, centrée sur l'intervention ;
- prospective, orientée vers les perspectives d'action.

¹ Au-delà des domaines habituels d'investigation que sont le contexte, la problématique de l'enfant et des parents, figure celui de l'intervention et de l'implication du travailleur social.

² L'objectivation fait tendre la subjectivité vers l'objectivité sans jamais rejoindre cette dernière. (F. Altéïdi, 2005).

0.4 Tableau des critères d'évaluation

		NIVEAUX			
		I. Bien-être	II. Risque	III. Maltraitance	
CRITÈRES	Contexte familial	1. Contexte social	Bien-être social	Marginalisation	Agressions sociales
		2. Dynamique trans-générationnelle	Affiliation structurante	Affiliation paradoxale	Affiliation destructrice
	Parents	3. Attachement	Attachement sécuritaire	Attachement ambivalent	Attachement insécuritaire
		4. Dispositions parentales	Parentalité adéquate	Parentalité partielle	Parentalité défailante
		5. Reconnaissance de la responsabilité	Reconnaissance entière	Reconnaissance partielle	Absence de reconnaissance
	Enfant	6. Développement de l'enfant	Développement normal	Altération spécifique du développement	Altération aigue et durable du développement
		7. Comportement de l'enfant	Comportement adéquat	Problèmes de comportement	Troubles du comportement
		8. Danger physique	Absence de châtiment corporel	Brutalité sans altération physique	Sérvices corporels
		9. Danger sexuel	Climat familial sexualisé de manière adéquate	Climat incestuel et incitations extra-familiales indirectes	Abus sexuels
		10. Danger psychologique	Bien-être psychologique	Climat d'insécurité affective	Agressions psychiques
		11. Danger de négligences	Conditions de vie optimales	Négligences légères	Négligences graves
	Intervention	12. Relation aux services d'aide	Recours pertinent et acceptation de l'aide	Ambivalence par rapport à l'aide	Fermeture à l'aide / Dépendance à l'aide
		13. Implication de l'intervenant	Intervention empathique et distancée	Problèmes implicationnels	Troubles implicationnels

1. Contexte social

Ce critère apprécie l'influence du contexte social sur les conditions de vie de l'enfant. Le contexte social désigne l'environnement immédiat de la famille ; famille élargie, voisinage, réseau associatif local, et institutions publiques : scolarité, santé, justice, police, services sociaux.

Niveau I : Bien-être

Bien-être social

Le bien-être social de l'enfant se caractérise par l'influence protectrice de l'environnement social et institutionnel, qui garantissent une socialisation adéquate aux besoins de l'enfance.

Niveau II : Risque

Marginalisation

Le risque intervient quand l'enfant et sa famille sont soumis à un processus de marginalisation. En sont caractéristiques : le désengagement institutionnel, l'inadéquation de l'habitat, la pauvreté, la précarité de l'emploi, la formation de ghettos, l'isolement social, les difficultés liées à la migration.

Niveau III : Maltraitance

Agressions sociales

Le niveau de la maltraitance sociale regroupe les multiples formes d'agressions extra-familiales atteignant l'enfant. Il comporte deux formes en temps de paix et une forme extrême en temps de guerre.

1. *La maltraitance environnementale* : accidents de la route, violences de voisinage, pédophilie, prostitution infantile, incitation à la toxicomanie, délinquance, enrôlement dans des bandes, persécutions raciales, intégrisme religieux, pratiques de sectes, pratiques de sorcellerie, mutilations sexuelles.
2. *La maltraitance institutionnelle grave* : danger d'urbanisme, chômage de longue durée, expulsion de logement, erreurs judiciaires, erreurs médicales, abus de pouvoir, violences médiatiques, sévices institutionnels, racisme, discriminations sexuelles.
3. *Les conditions de guerre* : attentats, déportation, esclavage, épidémie, famine, torture, génocide.

Domaine : contexte familial
Référence : F. Alléoli, 2005

USM / Doc n°R3.20 / Version du 10.10.2008

R Référentiel d'évaluation.doc / PAGE 7 / 23

2. Dynamique transgénérationnelle

Ce critère apprécie l'influence de l'histoire familiale sur la vie de l'enfant. Il examine les conditions de son affiliation au travers des relations avec la famille. Ce critère concerne tant les rapports avec la génération des grands-parents que les relations entre la génération des parents et celle de l'enfant.

Niveau I : Bien-être

Affiliation structurante

Le niveau du bien-être correspond à une affiliation structurante. L'enfant est invité à assumer son rôle dans le développement familial. Les projets parentaux (ensemble des désirs conscients et inconscients des parents et de leur lignée respective à l'égard de l'enfant) lui sont favorables. L'inscription de l'enfant dans la chaîne générationnelle est propice à son développement.

Niveau II : Risque

Affiliation paradoxale

Le risque de danger transgénérationnel se reconnaît aux traits de l'affiliation paradoxale. L'enfant est soumis à des conflits de loyauté. Il doit accomplir des devoirs contradictoires envers des parents antagonistes. Les tensions intra-familiales convergent sur sa personne. Il devient bouc émissaire, enfant-cible des ambivalences émotionnelles de la famille. Les situations de divorce peuvent en être parfois caractéristiques.

Niveau III : Maltraitance

Affiliation destructrice

Le seuil de la maltraitance transgénérationnelle est caractérisé par une atteinte à la survie physique et psychique de l'enfant : répétition des traumatismes mortifères ; syndromes d'anniversaire (réédition de traumatismes à la période anniversaire) ; injonctions de nescience (devoir d'ignorer un secret familial énoncé en tant que tel) ; deuils impossibles déclencheurs de fantôme familial ; malédictions familiales proférées à l'encontre de l'enfant et de son devenir ; missions sacrificielles chargeant l'enfant de la souffrance et de culpabilité non assimilées par la famille ; prénoms cryptonymes (porteurs d'un sens caché et morbide).

Domaine : contexte familial
Référence : F. Alléoli, 2005

USM / Doc n°R3.20 / Version du 10.10.2008

R Référentiel d'évaluation.doc / PAGE 8 / 23

3. Attachement

Ce critère apprécie la capacité du parent à établir un lien d'attachement avec son enfant³. La capacité d'établir un lien sélectif avec une figure d'attachement constitue un facteur décisif du développement normal chez l'enfant. Il est essentiel au développement de la confiance en soi, de la capacité d'intimité et s'avère capital dans le processus de socialisation. Un enfant qui n'aurait pas développé avant deux ans sa capacité d'attachement gardera de graves séquelles tant au plan social que cognitif.

Niveau I : Bien-être

Attachement sécure

Le modèle sécure résulte d'une disponibilité de la figure maternelle d'attachement et surtout d'une sensibilité aux signaux de son enfant. Un attachement sécure se manifeste chez l'enfant par la recherche de proximité, par la notion de base de sécurité qui autorise une prise de distance sans inquiétude, par la notion de comportement de refuge (retour vers la figure d'attachement quand l'enfant perçoit une menace) et par des réactions marquées vis-à-vis de la séparation involontaire.

Niveau II : Risque

Attachement ambivalent

Le modèle anxieux-ambivalent semble associé à une incohérence des réponses maternelles alternant entre la disponibilité et le rejet. Un attachement ambivalent se manifeste chez l'enfant par une dépendance excessive de l'enfant vis-à-vis de sa figure d'attachement dont la disponibilité est incertaine, par l'abandon de conduite exploratoire et une faible autonomie (la mère tend à retirer son affection ou à punir l'enfant s'il explore ou détourne son attention d'elle), par une passivité et une inhibition sociale et par une détresse excessive lors de la séparation avec la mère. Le lien mère-enfant semble avoir davantage pour finalité de répondre à un besoin de sécurité de la mère plutôt qu'à celle de satisfaire les besoins de l'enfant.

Niveau III : Maltraitance

Attachement insécure

Le modèle évitant serait lié à des interactions intrusives ou rejetantes de la part de la mère, surtout lorsque l'enfant présente une vulnérabilité émotionnelle. Un attachement insécure se manifeste chez l'enfant par une incapacité d'utiliser un mode de contact cohérent, par un refus de dépendre de l'adulte même lorsqu'il est anxieux, par l'absence de réaction manifeste à la séparation, par une relation superficielle à l'autre avec une orientation sur ses propres intérêts, par une incapacité de conserver les bons moments sans les détruire par la suite, par une réaction agressive à toute limite ou exigence sans capacité d'admettre ses torts, par un état de rage constant.

Domaine : Parents

Référence : B. Cyrulnik, 1993

³ La méthode de recherche la plus répandue pour évaluer la capacité d'attachement entre la mère et l'enfant repose sur une observation de la manière dont les enfants utilisent leur mère comme base de sécurité dans une situation anxiogène.

Annexe 3.1 :

Facteurs suggérant des troubles de l'attachement

1. **Histoire de rupture ou de négligence sévère**
 - déplacements multiples
 - négligence ou abus sévères à long terme
2. **Refus de dépendre de l'adulte**
 - centration sur son propre plaisir
 - ne compte que sur lui-même
 - ne recherche pas le réconfort lorsque anxieux
3. **Absence de réactions manifestes à la séparation**
 - ne réagit plus aux changements de milieux de vie : pas de réaction apparente
4. **Sociabilité sans discernement**
 - trop familier avec les étrangers
 - aucun adulte ne semble plus significatif qu'un autre
 - recherche excessive d'attention
 - incapable de changer de comportement pour protéger la relation à l'adulte
5. **Relation superficielle à l'autre**
 - sourire artificiel et absence d'émotions véritables
 - se relie de façon mécanique
 - fait et dit ce que les autres attendent de lui
 - manipulateur et centré sur ses intérêts
6. **Incapacité de conserver les bons moments sans les détruire par la suite**
 - réagit mal aux compliments, aux récompenses
 - détruit activement le lien avec l'adulte après un bon moment passé avec lui
 - intolérant à toute attente de l'adulte à son égard
7. **Réaction à toute limite ou exigence comme à une attaque ou à une critique**
 - difficulté à admettre ses torts même pris sur le fait
 - se montre inatteignable même lorsque puni
8. **Apprentissages difficiles**
 - besoin de la proximité de l'adulte pour fonctionner
9. **Relation conflictuelle avec les pairs**
 - contrôle excessif
 - manque d'empathie et de chaleur
 - manipulation et hostilité lorsqu'il n'a pas ce qu'il veut
 - partage difficilement l'attention de l'adulte

Référence : P. D. Steinhauer, 1999

4. Dispositions parentales

Ce critère apprécie l'incidence du fonctionnement parental sur le développement de l'enfant.

Niveau I : Bien-être

Parentalité adéquate

Le bien-être de l'enfant est assuré par la mobilisation des compétences parentales : acceptation de l'enfant, stimulation des acquisitions, attentes réalistes, motivation à résoudre les problèmes, vigilance éducative, empathie envers l'enfant, reconnaissance de son individualité, prédominance des besoins de l'enfant sur ceux des parents.

Niveau II : Risque

Parentalité partielle

Le risque apparaît lorsque les compétences parentales sont contrariées par des attitudes contre-éducatives : châtiments corporels culturellement inacceptables, négligences légères, climat incestueux, insécurité psychologique. La gravité du danger est pondérée par la capacité des parents à en reconnaître l'ampleur, la reconnaissance des abus commis, les capacités de préserver l'enfant de dangers ultérieurs et la coopération avec les professionnels.

Niveau III : Maltraitance

Parentalité défaillante

Le seuil de la maltraitance parentale est franchi quand sont commis sur l'enfant des violences physiques, des abus sexuels, des cruautés mentales ou des négligences lourdes. On parle alors de troubles de la parentalité.

Domaine : Parents
Référence : F. Alfeldi, 2005

USM / Doc n°R3.20 / Version du 10.10.2008

R Référentiel d'évaluation.doc / PAGE 11 / 23

Annexe 4.1 : Facteurs personnels affectant les capacités parentales

1. Antécédents de maltraitance dans l'histoire des parents

- absence d'une figure d'attachement stable
- maltraitance grave au cours de l'enfance et de l'adolescence
- contextes familiaux, scolaires ou sociaux n'ayant pas permis la prise de conscience de leur condition de victime de maltraitance
- histoire de socialisation déficiente ou perturbée
- antécédents d'incompétences parentales sévères et chroniques dans la famille d'origine
- appartenance à des contextes familiaux et sociaux dysfonctionnels et/ou carenciels
- histoire de pauvreté, d'exclusion et/ou de marginalisation sociale
- interruption ou difficultés dans le processus de transmission des modèles d'éducation propres à leur culture d'appartenance

2. Psychopathologie

- pathologie psychiatrique chronique :
 - . déficience mentale
 - . schizophrénie
 - . personnalité paranoïaque
 - . personnalité perverse
 - . personnalité psychopatique
 - . états limites
- perturbation psychologique épisodique :
 - . alcoolisme
 - . toxicomanie
 - . psychose puerpérale
 - . dépression de type mélancolique

3. Déficiences cognitives

Référence : F. Alfeldi, 2005

USM / Doc n°R3.20 / Version du 10.10.2008

4. Déficience de l'intelligence émotionnelle

5. Troubles graves de l'empathie

6. Etat de stress post-traumatique

7. Violence conjugale

8. Difficultés importantes dans l'insertion socioprofessionnelle

9. Perturbations dans la période périnatale

- grossesse non suivie, non déclarée
- grossesse déniée ou découverte très tardivement
- plaintes excessives liées à l'état de grossesse
- angoisses majeures d'handicap chez l'enfant

10. Trouble de l'attachement

- attachement désorganisé intrusif
- attachement désorganisé rejetant

11. Facteurs de stress intrafamiliaux

- étapes de cycle de vie (mariage, naissance, début de scolarité, adolescence, maladie, vieillesse, décès)

12. Facteurs de stress extrafamiliaux

- difficultés professionnelles ou scolaires, chômage, conflits de voisinage

R Référentiel d'évaluation.doc / PAGE 12 / 23

5. Reconnaissance de la responsabilité

Ce critère apprécie le niveau de reconnaissance par les parents de leurs responsabilités dans la situation problématique. Il a évidemment à voir avec le degré de déni des parents.

Niveau I : Bien-être

Reconnaissance entière

La reconnaissance de la responsabilité parentale est pleine et entière. Les capacités d'empathie sont en tout temps mobilisées, les parents ont accès au ressenti de leur enfant. Si celui-ci devait souffrir pour une raison ou une autre de leur conduite, ils sont en mesure d'en reconnaître l'impact et d'y remédier au mieux.

Niveau II : Risque

Reconnaissance partielle

Le niveau du risque peut se caractériser :

- par le déni de la souffrance de l'enfant : l'impact de la conduite des parents sur l'enfant n'est pas accessible ou sérieusement minimisé (on retrouve ici le fameux « c'est pour son bien là ») ;
- par le déni de responsabilité (s'il y a déni de responsabilité, il y a alors également déni de la souffrance de l'enfant) : la responsabilité de l'auteur est déplacée sur l'enfant ou sur une tierce personne pour justifier la conduite (« il m'a provoqué », « il l'a bien cherché »...).

Niveau III : Maltraitance

Absence de reconnaissance

Le niveau de la maltraitance se caractérise :

- par le déni de conscience (s'il y a déni de conscience, il y a alors également déni de responsabilité et déni de la souffrance de l'enfant) : la connaissance des faits échappe à l'auteur de ceux-ci qui ne s'en souvient plus ou ne peut se les approprier pleinement (« j'avais bu et je ne me rappelle de rien », « je n'étais pas moi-même au moment des faits »...);
- par le déni des faits (s'il y a déni des faits, il y a alors également déni de conscience, déni de responsabilité et déni de la souffrance) : les faits sont intégralement récusés par l'auteur qui en dénie toute authenticité (« rien ne s'est passé, ce sont des mensonges »...).

6. Développement de l'enfant

Ce critère apprécie la présence de retards de développement ou de problèmes de santé chez l'enfant qui peuvent être en lien avec les difficultés familiales.

Niveau I : Bien-être

Développement normal

Au niveau du bien-être, l'enfant est en phase dans son développement. Les réponses parentales adaptées aux besoins de l'enfant, notamment dans les périodes critiques du développement, favorisent sa croissance physique normale mais aussi l'acquisition régulière et structurée des habiletés et compétences qui contribuent à la formation de sa personnalité propre et à l'organisation de sa relation à autrui et au monde.

Niveau II : risque

Altération spécifique du développement

Le niveau de risque est caractérisé par des retards de développement spécifiques qui ne sont pas explicables de manière satisfaisante par des raisons médicales et peuvent par conséquent être des indicateurs d'éventuels mauvais traitements ou négligences. Des retards ou régressions identifiés dans le développement langagier, psychomoteur, intellectuel ou psycho-affectif de l'enfant peuvent en effet en être les séquelles.

Niveau III : Maltraitance

Altération aiguë et durable du développement

La maltraitance subie a des conséquences délétères sur le développement de l'enfant caractérisées par la présence de troubles sévères parfois irrémédiables (qui perdureront à l'âge adulte sous forme d'état). Ces troubles peuvent être de plusieurs ordres :

1. troubles du développement psychologique, affectif ou cognitif : variabilité de l'humeur et des émotions, repli sur soi, perte de contact avec la réalité, angoisse et confusion, sentiment d'insécurité, absence de confiance en soi, manque d'attention et de concentration, retard ou régression dans les apprentissages.
2. troubles des fonctions physiologiques : troubles du sommeil, troubles des fonctions digestives, troubles de la mémoire, inhibition de la croissance, décalcification osseuse, fonte des muscles causant un état de faiblesse et de fatigue, affaiblissement chronique de la résistance aux maladies infectieuses.

7. Comportement de l'enfant

Ce critère apprécie les effets de l'environnement écosystémique sur le comportement de l'enfant.

Niveau I : Bien-être

Comportement adéquat

Le bien-être de l'enfant nécessite la conjugaison de son bien-être social, spirituel et moral ainsi que sa santé physique et mentale. Le niveau du bien-être se reconnaît aux capacités d'attachement, aux capacités d'expression, à la réussite scolaire, au dynamisme physique, à la vivacité de caractère, à l'humeur enjouée et à la curiosité intellectuelle.

Niveau II : Risque

Problèmes de comportement

Le niveau du risque est caractérisé par des problèmes de comportement dont l'expression ne suffit pas à confirmer l'existence d'une maltraitance avérée sur l'enfant. On distingue les attitudes phobiques, l'inhibition, la pudeur excessive, l'opposition, la séduction précoce, l'impudeur ostentatoire, le retrait, les fous rires excessifs, la tendance au barricadement, les pleurs inexplicables, la petite délinquance, le désintérêt scolaire.

Niveau III : Maltraitance

Trouble du comportement

La maltraitance commise produit des perturbations sur le fonctionnement relationnel de l'enfant. Les troubles du comportement entravent l'accomplissement des différents rôles de l'enfant : membre de la famille, étudiant, ami ou citoyen. Leurs formes sont variées : agissements autodestructeurs (dépendances, anorexie-boulimie, scarifications, tentamen), délinquance, dépression, mutisme, agressions sexuelles, violences corporelles, déscolarisation.

Domaine : Enfant
Référence : F. Alfédi, 2005

USM / Doc n°R3.20 / Version du 10.10.2008

R Référentiel d'évaluation.doc / PAGE 4 / 23

8. Danger physique

Ce critère apprécie les conditions de santé physique assurées à l'enfant par son environnement éducatif.

Niveau I : Bien-être

Absence de châtement corporel

Le bien-être de l'enfant est obtenu par la famille sans recours à des châtements corporels. La présence de sanctions corporelles légères est tolérable à ce stade à la condition d'être exceptionnel.

Niveau II : Risque

Brutalité sans altération physique

Les brutalités sans altération physique consistent en gifles, fessées, secouades (à l'exception des secousses sur nourrisson), projections physiques, coups avec ou sans objet contondant. L'atteinte sur le corps de l'enfant n'excède pas la présence de plaies superficielles, ou de contusions (ecchymose, hématomes) régressant spontanément. La fréquence augmente le risque.

Niveau III : Maltraitance

Séviences corporelles

On trouve à ce niveau le panel des violences causant une altération grave sur la santé et le développement physique de l'enfant. Sont notamment répertoriés : les blessures, les fractures, les brûlures, la noyade, la strangulation, les secousses sur bébé, l'empoisonnement, mais aussi les séviences sexuelles, les mutilations et la torture.

Domaine : Enfant
Référence : F. Alfédi, 2005

USM / Doc n°R3.20 / Version du 10.10.2008

R Référentiel d'évaluation.doc / PAGE 5 / 23

9. Danger sexuel

Ce critère apprécie la situation de l'enfant envers la sexualité.

Niveau I : Bien-être

Climat familial sexualisé de manière adéquate

En ce qui concerne la sexualité, le niveau du bien-être est caractérisé par l'existence d'interactions adaptées à l'âge de l'enfant. La circulation de désirs érotisés dans le coïtolement quotidien entre parents et enfant tient un rôle structurant dans le développement psycho-sexuel de l'enfant, le parent posant clairement l'interdit du passage à l'acte.

Niveau II : Risque

Climat incestuel et incitations extra-familiales indirectes

Le niveau de l'incestuel est caractérisé par tout élément relevant de l'inceste moral. L'incestuel est une incitation sexuelle intra-familiale sans accomplissement physique. L'incestuel se caractérise par les inspections corporelles inadéquates, les atteintes à l'intimité, la dévalorisation du corps, les exhibitions des parents et les confidences érotiques parentales. Le niveau du risque intègre également les comportements extra-familiaux d'incitation sexuelle sans passage à l'acte (visionnement de matériel à caractère pornographique).

Niveau III : Maltraitance

Abus sexuels

La maltraitance sexuelle désigne l'appropriation par violence, séduction ou emprise du corps de l'enfant comme objet de satisfaction sexuelle. Il est ordonné par trois formes d'abus :

1. les abus sans attouchement qui consistent en invitations sexuelles, actes de pornographie, exhibitionnisme ;
2. les attouchements caractérisés par les contacts sexuels inappropriés : pénétration simulée, masturbation de la victime ; attouchements sur l'abuseur ;
3. les abus avec pénétration qui répertoire les actes de pénétration orale, génitale ou anale, l'inceste et la prostitution.

Domaine : Enfant
Référence : F. Alléidi, 2005

USM / Doc n°R3.20 / Version du 10.10.2008

R Référentiel d'évaluation.doc / PAGE 6 / 23

10. Danger psychologique

Ce critère apprécie les interactions psychiques entre l'enfant et son environnement.

Niveau I : Bien-être

Bien-être psychologique

Le bien-être psychologique se reconnaît aux caractères d'approbation et d'acceptation de l'enfant, à la cohérence de la discipline au foyer, aux capacités de protection de la famille.

Niveau II : Risque

Climat d'insécurité affective

L'insécurité affective se caractérise par l'ambiguïté du soutien affectif envers l'enfant, et par l'incertitude de son intégration dans la famille.

Niveau III : Maltraitance

Agressions psychiques

Les agressions psychiques font de l'enfant la cible d'impacts émotionnels dépassant ses capacités d'intégration psychologique. La typologie nord-américaine de Hart et Brassard (1987) distingue six formes de maltraitance psychologique : le rejet, le dénigrement, le terrorisme, l'isolement/confinement, l'indifférence et la corruption.

Domaine : Enfant
Référence : F. Alléidi, 2005

USM / Doc n°R3.20 / Version du 10.10.2008

R Référentiel d'évaluation.doc / PAGE 7 / 23

Annexe 10.1 : Les 6 catégories de maltraitance psychologique

1. Rejet

- non-reconnaissance des besoins de l'enfant
- dévalorisation de l'enfant
- rejet des demandes de l'enfant
- refus de ce qu'est l'enfant
- découragement des expressions d'attachement
- bouc émissaire
- traitement défavorable
- refus d'aide
- refus de soutien
- refus d'affection

2. Dénigrement

- dépréciation de l'enfant
- privation de la dignité
- humiliations publiques
- surnoms infériorisants
- comparaisons dégradantes

3. Terrorisme

- création d'un climat hostile
- création d'un climat imprévisible
- stimulation de peurs intenses
- menace de mort
- menace d'abandon
- menace de punitions extrêmes
- menace au travers des être aimés
- exigences irréalistes
- colères excessives
- colères imprévisibles

4. Isolement/confinement

- rupture des contacts sociaux
- enfermement
- empêchement de relations aux autres adultes
- empêchement de liens d'amitié avec pairs
- interdictions d'activités

5. Indifférence

- non-disponibilité psychologique
- limitation des interactions
- absence d'écoute
- absence de réponse
- manque d'intérêt
- froideur
- absence de marques d'affection
- absence de marques d'attachement

6. Corruption

- incitation à l'agression sur des pairs
- encouragements à la délinquance
- initiation à la prostitution
- initiation à la drogue
- initiation à l'alcool
- parentification
- infantilisation
- entrave à l'autonomie

Référence : F. Alföldi, 2005

USM / Doc n°R3.20 / Version du 10.10.2008

R Référentiel d'évaluation.doc / PAGE 8 / 23

11. Danger de négligences

Ce critère apprécie les conditions de vie matérielle, physique et morale de l'enfant.

Niveau I : Bien-être

Conditions de vie optimales

Le niveau du bien-être correspond à l'appréciation adéquate par les parents des besoins matériels, physiques, affectifs et moraux de l'enfant.

Niveau II : Risque

Négligences légères

Le niveau du risque se caractérise par une difficulté des parents à évaluer les besoins vitaux de l'enfant. Il est caractérisé par l'apparition de carences affectives, alimentaires, vestimentaires, de soins, de surveillance, de stimulation ou d'encadrement.

Niveau III : Maltraitance

Négligences graves

Les négligences lourdes sont des manquements parentaux portant une altération sérieuse aux besoins vitaux de l'enfant. Elles sont caractérisées par la présence massive de carences affectives, alimentaires, vestimentaires, de soins, de surveillance, de stimulation ou d'encadrement.

Domaine : Enfant

Référence : F. Alföldi, 2005

USM / Doc n°R3.20 / Version du 10.10.2008

R Référentiel d'évaluation.doc / PAGE 20 / 23

12. Relation aux services d'aide

Ce critère met en évidence l'utilisation par les parents des services d'aide offerts, notamment ceux dont ils ont éventuellement pu bénéficier par le passé. L'attitude développée à l'égard des divers services cliniques (socio-éducatif, santé mentale...) est un facteur important de prévision de la capacité des parents à profiter des services en vue de susciter un véritable changement dans l'exercice du rôle parental.

Niveau I : Bien-être

Recours pertinent et acceptation de l'aide

Les parents et la famille peuvent bénéficier des aides apportées. Ils témoignent d'une ouverture à la relation d'aide, se montrent motivés et coopératifs et peuvent profiter pleinement des soutiens apportés. Ils se déclarent généralement satisfaits par rapport à la qualité des services reçus.

Niveau II : risque

Ambivalence par rapport à l'aide

Les parents et la famille se montrent plutôt défensifs par rapport aux aides proposées. Ils font plutôt preuve d'importantes résistances, soit par l'évitement, soit par la passivité et ne peuvent accéder à une collaboration constructive pour se confronter aux difficultés rencontrées. Ils se déclarent insatisfaits tant des services reçus que des résultats.

Niveau III : Maltraitance

Fermeture à l'aide ou Dépendance à l'aide

Les parents et la famille ont un rapport très perturbé à l'aide délivrée en leur faveur. Dans certains cas, ils sont complètement hostiles à toute forme d'intervention à vocation d'aide et s'emploient activement à les mettre en échec, dans une revendication soutenue de leur totale indépendance. Dans d'autres cas, ils ne témoignent plus d'aucune autonomie dans la résolution de leurs difficultés et affichent un lien de dépendance complet face aux services d'aide. Ils ne peuvent véritablement pas décrire la qualité des services reçus, dans le premier cas l'aide est jugée à priori totalement inutile, et dans le second cas absolument indispensable. L'aide se confronte ou se substitue à des mécanismes de survie.

Domaine : Intervention
Référence : P. D. Steinhauer, 1999

USM / Doc n°R3.20 / Version du 10.10.2008

R Référéntiel d'évaluation.doc / PAGE 21 / 23

13. Implication de l'intervenant

Ce critère prudentiel a pour fonction de vérifier que la pertinence des autres critères n'a pas été entachée par des perturbations propres à l'implication des évaluateurs.

Niveau I : Bien-être

Intervention empathique et distanciée

Le niveau du bien-être professionnel se reconnaît dans l'aptitude à l'empathie distanciée par le contrôle contre-transférentiel des affects : enthousiasme pondéré mais aussi compassion et colère. La capacité de penser la situation est intacte. La perception de l'incidence bénéfique de l'intervention sur la situation de l'enfant entretient le sentiment de compétence.

Niveau II : Risque

Problèmes implicationnels

Le seuil de la mise en danger de l'intervenant est caractérisé par l'expression d'affects transférentiels insuffisamment contrôlés (frayeur, frénésie, culpabilité, lassitude, irritation, surinvestissement). La faculté de penser la situation est réduite. Les dérives de la banalisation et de la dramatisation font leur apparition. L'ambivalence du professionnel met en doute son sentiment de compétence.

Niveau III : Maltraitance

Troubles implicationnels

Des processus intra-psychiques destructeurs sont activés chez le professionnel par l'invasion d'affects mortifères (terreur, sidération, engloutissement, usure). La pensée clinique est obturée. L'incidence négative de l'intervention provoque l'effondrement du sentiment de compétence. Les formes extrêmes comportent des risques de somatisation, dépression, tentatives de suicide, autres troubles psychiatriques, surexposition aux erreurs diagnostiques graves et aux agressions physiques et psychiques de la famille.

Domaine : Intervention
Référence : F. Alfeldt, 2005

USM / Doc n°R3.20 / Version du 10.10.2008

R Référéntiel d'évaluation.doc / PAGE 22 / 23

Bibliographie

Francis Alföldi (2005) :

Evaluer en protection de l'enfance (Dunod, Paris, 2005)

Maurice Berger (2004) :

Les séparations à but thérapeutique (Dunod, Paris, 2004)

Stefano Cirillo (2007) :

Mauvais parents, comment leur venir en aide (Fabert, Paris, 2007)

Boris Cyrulnik (1993) :

Les nourritures affectives (Odile Jacob, Paris, 1993)

Paul D. Steinhauer (1999)

Le moindre mal (P.U. Montréal, Montréal, 1999)