La référence en crèche collective et multi-accueil : quels enjeux pour les enfants, les parents et les professionnelles ?

Margot Violon

▶ **To cite this version:**

Margot Violon. La référence en crèche collective et multi-accueil : quels enjeux pour les enfants, les parents et les professionnelles ?. Psychologie. Université Sorbonne Paris Cité, 2018. Français. NNT : 2018USPCB106 . tel-02514889

HAL Id: tel-02514889
https://theses.hal.science/tel-02514889

Submitted on 23 Mar 2020

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

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

Université Paris Descartes

Institut de Psychologie

Ecole doctorale Cognitions, Comportements, Conduites Humaines (ED 261 3CH)

Laboratoire de Psychopathologie et Processus de Santé (LPPS)

Equipe Périnatalité, Petite enfance et Parentalité (Equipe n°1)

LA REFERENCE EN CRECHE COLLECTIVE ET MULTI-ACCUEIL :

QUELS ENJEUX POUR LES ENFANTS, LES PARENTS ET LES PROFESSIONNELLES?

Thèse de doctorat de Margot Violon

Sous la direction de la Professeure Jaqueline Wendland

Soutenue le 12 novembre 2018 devant un jury composé de :

Jaqueline Wendland, Professeure des universités, Université Paris Descartes - Directrice de la thèse

Denis Mellier, Professeur des universités, Université de de Franche-Comté - Rapporteur

Nicolas Favez, Professeur des universités, Université de Genève - Rapporteur

Antoine Guédeney, Professeur des universités, Université de Paris Diderot - Président du jury

Rosario Spencer, Professeure des universités, Universidad de Talca, Chili - Membre du jury

Miriam Rasse, Psychologue clinicienne, directrice de l'Association Pikler-Loczy France - Membre du jury invitée

LA REFERENCE EN CRECHE COLLECTIVE ET MULTI-ACCUEIL :

QUELS ENJEUX POUR LES ENFANTS, LES PARENTS ET LES PROFESSIONNELLES?

(Photographie prise par nos soins)

RÉSUMÉ

Introduction

En crèche collective, la référence consiste à attribuer à chaque enfant accueilli un professionnel responsable de son accueil. Cette pratique a rencontré un intérêt particulier dans les accueils collectifs car elle permet une individualisation de l'accompagnement limitant l'impact d'une confrontation trop précoce à la collectivité sur le développement de l'enfant. Pour autant, son instauration en crèche a fait l'objet de peu d'écrits cliniques et d'études empiriques. De plus, elle est sujette actuellement à un débat important quant à sa pertinence pour l'enfant, ses parents et les professionnelles.

Objectifs et méthodologie

Un premier volet exploratoire qualitatif (entretiens) a eu pour but de décrire et d'analyser la mise en application de la référence dans 17 crèches du Loiret, en France, ainsi que les représentations des professionnelles et des parents rencontrés. Puis, un volet expérimental, comparant des données qualitatives (entretiens) et quantitatives (tests de développement, type d'attachement de l'enfant à la professionnelle référente, problèmes et compétences socio-émotionnelles) récoltées dans des crèches pratiquant la référence et ne la pratiquant pas, a exploré l'impact de la référence sur la création des liens enfants-professionnelles et sur le développement de l'enfant.

Résultats

Cette étude à fait apparaître une mise en application très hétérogène de la référence au sein des crèches, variant notamment avec la durée d'attribution du professionnel référent. C'est ainsi qu'entre une référence « classique », mise en œuvre durant tout l'accueil de l'enfant à la crèche (3 ans) et un fonctionnement sans aucune référence, sont repérées des références « à la journée », « à la semaine », « à l'année » ou sur deux années seulement.

Une forte ambivalence est remarquée chez les participants autour de la référence dans sa forme « classique ». Ainsi, si la référence est jugée comme fournissant de la sécurité à l'enfant et à ses parents en présence de la professionnelle, elle génère aussi de l'insécurité en son absence.

Quelques résultats quantitatifs semblent soutenir l'idée que la création de liens d'attachement enfant-professionnelle plus sécures est facilitée par la présence d'une référence.

Enfin, des résultats contradictoires et peu significatifs pour la plupart sont ressortis quant à l'impact de la référence sur le développement de l'enfant. Seuls les quotients de développement liés à la socialisation et la coordination oculo-manuelle du Brunet-Lézine révisé paraissent être influencés de façon significative et négative par la présence de référents mais cela n'a pas été confirmé par les autres outils.

Discussion

Contrairement à son application en pouponnière, dans les crèches françaises, la référence semble être davantage axée sur l'organisation des soins qu'elle induit. Cependant, des enjeux important liés à sa mise en pratique se situent autour de la relation privilégiée enfant et référente. Les apports de la théorie de l'attachement et de la psychanalyse permettent d'alimenter la discussion : la relation privilégiée créée est-elle de l'ordre de la création d'un lien d'attachement, base de sécurité pour l'enfant ? Ou relève-t-elle d'un engagement relationnel dans lequel existent un débordement des affects et un sentiment d'appropriation ? La référence peut être perçue ici comme aidant à répondre au premier objectif, mais ne préservant pas du risque de dépasser le seuil de la juste distance affective, voire le multipliant pour certains participants. Ceci nous amène à conclure que la pratique de la référence en crèche semble être amputée de la présence indispensable de « tiers » (e.g. l'équipe, la direction, les « savoirs-tiers ») permettant de contenir les émotions et sentiments éprouvés par les professionnelles, de réamorcer les processus de pensée et les aider ainsi dans la recherche d'une juste distance affective.

Implications

Cette thèse offre un premier état des lieux de la pratique de la référence dans les crèches françaises actuelles. Ayant mis au jour différents degrés et aménagements de cette pratique, elle pourra servir de base pour des études de terrain plus élargies qui permettront d'étudier ses enjeux pour la relation enfant-professionnelle-parents et pour le développement de l'enfant accueilli en crèche collective. Poursuivre les recherches en petite enfance paraît primordial pour soutenir les connaissances des professionnelles de terrain, ajuster les savoirs actuels et alimenter la dynamique de réflexion au sein des crèches.

MOTS-CLES

Crèches collectives ; Jeunes enfants ; Professionnelles petite enfance ; Référence ; Relation privilégiée

TITLE

Primary caregiving system in child care centres: What stakes for young children, parents and professionals?

ABSTRACT

Introduction

In collective day care centres, the primary caregiving system consists in assigning a primary caregiver to each young child as responsible for taking charge of his needs and care. This practice has raised much interest because it allows to individualize the care provided to infants and toddlers by limiting the impact of an early exposure to a collective setting on child development. However, the implementation of this system in child care facilities has rarely been the object of clinical and empirical studies. Moreover, this system is nowadays the object of controversies and debate about its relevance for the young children, the parents and the professionals involved.

Objectives and methodology

A first qualitative and exploratory phase (based on interviews) aims to describe and to analyse how the primary caregiving system has been implemented in 17 day care centres in the Loiret department, in France, as well as the representations parents and professionals have about this system. Secondly, an experimental phase, comparing qualitative data (interviews) to quantitative data (development tests, type of attachment between the child and his caregiver, socio-emotional problems and skills) collected in nurseries applying and not applying primary caregiving system, tries to examine the impact of this approach on the creation of links between children and caregivers and on child development.

Results

This study has revealed a widely heterogeneous implementation of the primary caregiving system in day care centres, depending in particular on the length of the assignment of the primary caregiver. As a matter of fact, between a “classic” primary caregiving system, provided for a child throughout his stay in the day care centre (3 years), and no primary caregiver system, we found several intermediate primary caregiving levels, applied just for a day, a week, one or two years.

A strong ambivalence about the primary caregiving system in its classic form was found among the participants. Hence, this system is seen both as providing security for the

child and his parents when the assigned caregiver is present, but generating insecurity when she is absent.

Some quantitative results seem to support the idea that the primary caregiving system promotes the formation of more secure attachment bonds between children and professionals.

Finally, some contradictory and not significant results have been found regarding the impact of the primary caregiving system on child development. Only the developmental quotients related to socialisation and eye-hand coordination from the Brunet-Lézine Test-Revised appeared to be negatively influenced by the presence of primary caregivers, but this was not confirmed by the results from other tools.

Discussion

Unlike its implementation in foster care nurseries, the primary caregiving system in French day care centres seems to be focused on the organization of care it induces. The formation of a close or privileged relationship between the child and his assigned primary caregiver stands at the core of the debate and the challenges. Attachment theory and psychoanalysis provide some background for the discussion of this issue: is this privileged relationship an attachment link, essential for the child's security? Or is it rather a relational commitment including a risk of emotional spill-over and a sense of ownership? Some respondents considered that the primary caregiving system can answer to the first objective, but that it does not protect against the risk of exceeding the threshold of a fair affective distance, and might even increase it. This leads us to conclude that the implementation of primary caregiving in day care centres seems to have been reduced to a dual relationship and deprived of the essential presence of third parties (the team, the manager, the institution) which would enable professionals to better contain their emotions and feelings, to enhance the thinking on their practices and to help them to cope with emotional distance.

Implications

This thesis provides a first overview of the current implementation of the primary caregiving system in French day care centres. Bringing to light several degrees and organizations of this system, this work may be used as a basis for more extensive field studies on the issues at stake for the relations child-professional-parents and for the child's development in day care centres. More experimental research in early childhood care is essential to promote and to attune the professionals' knowledge and skills and also to nurture a dynamic thinking on practices within the structures.

KEY-WORDS

Day care centres; Young children; Professionals; Primary caregiving system; Privileged relationship

REMERCIEMENTS

Mes premiers remerciements vont à Madame la Professeure Jaqueline Wendland, ma directrice de thèse, pour l'importante confiance et la liberté qu'elle m'a accordées durant toute la réalisation de ce travail.

Je suis très reconnaissante envers l'ensemble des membres du jury d'avoir accepté de lire et d'apporter leur regard sur mon travail. Je sais l'attention particulière que chacun porte au monde de la petite enfance ; c'est pourquoi leurs critiques me seront d'une grande aide pour améliorer la qualité de mes recherches futures.

L'intérêt porté par la Fondation Mustela à cette recherche ainsi que son soutien financier ont été un appui précieux pour mener à bien ce projet (Lauréate d'une bourse de recherche en 2016).

Je remercie très sincèrement les gestionnaires et les directions des crèches participantes pour m'avoir autorisée à me glisser au sein de leur établissement et pour les discussions passionnantes que nous avons eues, ainsi que les centaines de professionnelles de la petite enfance, de parents et d'enfants qui m'ont offert un peu de leur temps et fait partager avec générosité et enthousiasme leur pensée.

Le travail d'étroite et intense collaboration mené avec Gérane Le Quentrec-Creven, ingénieure d'études au sein du laboratoire, a été crucial pour moi dans l'analyse des résultats. Son soutien régulier et ses conseils avisés ont été d'une aide inestimable.

J'adresse également toute ma gratitude à Cécile Flahault, Emmanuel Devouche et Philippe Bonnet pour leurs précieuses suggestions qui continueront à guider mes futurs travaux ainsi que mes collègues doctorants, Christel Vioulac, Christopher Lamore, Margaux Chabbert, Astrid Larsson, Marion Cognard, Inès Matos et bien d'autres, qui ont réussi à me redonner espoir dans mes moments de doute.

Enfin, je tiens sincèrement à remercier ma famille, mes amis et mes collègues pour leur soutien quotidien durant ces trois années. J'ai une pensée particulière pour ma mère et ses relectures minutieuses ainsi que pour ma sœur qui a été et continue d'être une source importante d'inspiration pour moi. Je finirai en exprimant toute ma reconnaissance à mon conjoint pour avoir traversé avec moi les effervescences émotionnelles qu'a pu susciter ce travail de thèse !

TABLE DES MATIERES

RESUME 5
ABSTRACT 7
REMERCIEMENTS 11
AVANT-PROPOS 17
1. INTRODUCTION 19
1.1. Présentation du sujet de recherche : la référence 19
1.1.1. L'histoire des crèches collectives 19
1.1.2. Définition du concept de référence 22
1.1.3. La référence en pouponnière (article n°2) 58
1.2. Le cadre juridique de l'accueil du jeune enfant 97
1.2.1. Les textes de loi 97
1.2.2. Le Code de la santé publique 97
1.2.3. Le rapport de Sylviane Giampino 99
1.3. Problématique de la recherche, objectifs et hypothèses 101
1.3.1. Problématique 101
1.3.2. Objectifs 101
1.3.3. Hypothèses 102
2. MÉTHODOLOGIE 105
2.1. Participants 105
2.1.1. Les crèches participantes 105
2.1.2. Les participants 129
2.2. Matériel 147
2.2.1. Le choix des méthodes 147
2.2.2. Le processus de sélection des outils 148
2.2.3. Présentation des outils utilisés 150
2.3. Procédure 169
2.3.1. Présentation de la recherche 169
2.3.2. Mise en œuvre du recueil de données 170
2.4. Considérations éthiques et déontologiques 174
2.4.1. Les droits des participants 174
2.4.2. Procédure d'anonymisation des données 175
2.4.3. Sécurisation des données 175
2.4.4. Transmission des résultats aux participants 176

2.4.5. La note d'information et les formulaires de consentement libre et éclairé 176
2.4.6. Convention de recherche 177
2.4.7. Consultation de différents comités/commissions 177
2.4.8. Posture du chercheur 179
2.5. Analyse des données 179
2.5.1. L'analyse des données qualitatives issues des entretiens 179
2.5.2. L'analyse des données quantitatives issues des questionnaires et tests de développement 182
2.5.3. Les supports d'analyse des données 183
2.5.4. Le plan d'analyse des données 183
3. RESULTATS 185
3.1. Plan des résultats 185
3.2. Taux de participation effectifs pour les différents outils 186
3.2.1. Participation aux différents outils selon les crèches participantes 186
3.2.2. Participation des professionnelles aux différents outils 186
3.2.3. Participation des familles aux différents outils 188
3.2.4. L'exclusion de certaines données recueillies pour les analyses 191
3.2.5. Synthèse du taux de participation 193
3.3. Volet exploratoire 194
3.3.1. Objectif 1 : Quelle pratique de la référence dans les crèches françaises aujourd'hui? 194
3.3.2. Objectif 2 : Quelles sont les représentations des parents et des professionnelles concernant les différents systèmes de référence ? 227
3.4. Volet expérimental 259
3.4.1. Objectif 3 : l'impact de la référence sur les liens professionnelles-enfants 259
3.4.2. Objectif 4 : l'impact de la référence sur le développement de l'enfant 288
4. DISCUSSION 327
4.1. Retour sur les résultats 327
4.2. Discussion des résultats 328
4.2.1. L'intérêt pour le thème et les connaissances sur le sujet 328
4.2.2. Les missions de la référente 330
4.2.3. Une même notion pour décrire différentes réalités 343
4.2.4. Entre avantages et inconvénients : la référence suscite de l'ambivalence 348
4.2.5. La connaissance du développement affectif, psychique et social du jeune enfant 352

4.2.6. La relation privilégiée : le cœur des enjeux de la référence ? 358
4.2.7. La présence de tiers 401
4.3. Les limites générales de l'étude 416
4.3.1. Les limites méthodologiques 416
4.3.2. Les limites émanant du recueil et de la cotation des données 420
4.3.3. Les limites concernant la réalisation du volet expérimental 422
4.4. Perspectives futures 423
4.4.1. Développer la recherche dans le domaine de la petite enfance 423
4.4.2. Approfondir notre étude 425
4.4.3. Un travail de consolidation théorique à poursuivre 428
CONCLUSION 431
BIBLIOGRAPHIE 433
ANNEXES 443

AVANT-PROPOS

Cette thèse s'inscrit dans la continuité d'un travail de recherche mené en Master sur la pratique de la référence dans les pouponnières et foyers de l'enfance. Ce sujet de recherche s'est imposé à nous précocement dans notre parcours universitaire suite à deux expériences : un stage en crèche collective en troisième année de Licence suivi de plusieurs séjours dans un orphelinat camerounais. Ces premières confrontations à l'intensité émotionnelle souvent générée dans les relations aux jeunes enfants ont fait naitre chez nous un questionnement principal alimentant de nombreuses réflexions ultérieures : comment se proposer à l'enfant comme un support relationnel sécurisant et affectivement nourrissant tout en maintenant le cadre de cette relation professionnelle et à durée limitée ?

Ce présent travail de recherche a été réalisé en parallèle d'une importante activité clinique au sein d'établissements d'accueil du jeune enfant, d'un service hospitalier de gynécologie-obstétrique et d'un cabinet libéral. Ces expériences professionnelles axées sur l'accompagnement à la parentalité et l'accueil des jeunes enfants ont sans cesse alimenté notre réflexion tout au long de cette étude. De plus, l'adoption d'une démarche scientifique induite par ce travail, ainsi que l'animation de quelques cours auprès des étudiants, ont sans conteste aussi influencé notre posture clinique et scientifique en améliorant nos capacités d'observation, d'analyse et en réaffirmant l'importance de l'ancrage théorique de nos pratiques. L'influence et l'interaction mutuelle de l'activité clinique, de recherche et d'enseignement nous est alors apparue comme nous apportant une grande richesse sur le plan professionnel comme personnel.

Cette thèse a été réalisée par articles. Ainsi, deux articles (publié pour l'un, sous-presse pour l'autre) complètent l'introduction théorique. Un troisième article (sous-presse) est inséré dans la méthodologie et présente l'étude de validation francophone que nous avons réalisée préalablement à l'utilisation d'un outil (le Toddler Attention Questionnaire, Pallini & Laghi, 2012). Enfin, un quatrième article (soumis) offre une synthèse de certains résultats et une discussion sous l'angle de la théorie de l'attachement. Ce dernier article apparaît dans le chapitre Discussion.

1. INTRODUCTION

En premier lieu, nous exposerons notre sujet de recherche, le système de référence en crèche collective, et son cadre historique, avant de décrire le cadre réglementaire des crèches de type crèches-collectives ou multi-accueils dans lesquels il s'inscrit. Enfin, nous terminerons ce chapitre par notre problématique de recherche, ainsi que par nos objectifs et hypothèses.

1.1. Présentation du sujet de recherche : la référence

Le système de référence, thème central de cette recherche, est une pratique qui consiste à désigner une professionnelle responsable de l'accueil d'un petit groupe d'enfants dans une collectivité (Violon & Wendland, 2014). Bien connue par les professionnelles travaillant au sein des crèches collectives et multi-accueils français, cette pratique est l'objet actuellement de débats intenses sur le terrain quant à son utilité pour le bien-être et le développement de l'enfant accueilli.

Avant de détailler le système de référence et les enjeux de sa mise en pratique tels qu'ils sont présentés dans la littérature, nous retracerons le contexte historique d'apparition de la référence à travers l'histoire des crèches françaises et des réflexions autour de l'accueil collectif du jeune enfant amorcées dès la fin de la seconde guerre mondiale.

1.1.1. L'histoire des crèches collectives

1.1.1.1. Une histoire liée à celle des nourrices

L'apparition des crèches d'accueil collectif est relativement récente dans l'histoire de France ; les premiers établissements de type crèches collectives datent du 19ème siècle (Knibiehler, 2004 ; Rollet, 2009). Leur développement est lié à l'évolution des modes de garde plus individuels et à l'extérieur de la famille (Rollet, 2009).

1.1.1.1.1. De l'empire romain au 18ème siècle : le recours aux nourrices

Face au refus ou à l'impossibilité des mères de prendre en charge l'allaitement de leurs enfants, le recours à une autre femme pour exercer cette fonction était fréquente de l'Empire Romain au Moyen Age pour les familles de haut rang, et dès le 18ème siècle, pour l'ensemble des couches sociales (Delahaye, 1990 ; Knibiehler, 2004). Cependant, le milieu économique de la famille influençait fortement le type de femmes sollicitées pour l'allaitement : les familles les plus riches faisaient venir des nourrices à domicile (« nourrices sur lieu ») tandis que les plus modestes avaient recours à des nourrices extérieures à la maisonnée, habitant

souvent la campagne (« nourrices au loin » ou « nourrices de campagne ») (Delahaye, 1990). Ce phénomène de garde en nourrice était à son apogée au 18ème siècle : selon une estimation, sur les 21 000 enfants qui naissaient à Paris chaque année, 19 000 étaient gardés par une nourrice en campagne, 1 000 par une nourrice à domicile et 1 000 restaient auprès de leur mère (Morel, Gélis & Laget, 1978). Quant aux établissements d'accueil collectif, ils furent créés au 13ème siècle sous forme d'hospices recueillant les enfants orphelins ou abandonnés par leurs parents, souvent à cause de grandes difficultés économiques (Knibiehler, 2004).

1.1.1.1.2. <u>De la révolution industrielle à la première crèche</u>

La révolution industrielle, cette période de prospérité économique débutant au 18ème siècle, a engendré un développement important du travail des femmes et en conséquence un recours plus intensif à la garde extra-familiale ; les nourrices deviennent alors des gardiennes de jour (Knibiehler, 2004). Dès la fin du 18ème siècle, les besoins de garde d'enfants explosent et le nombre de nourrices ne suffit plus pour absorber cette demande. C'est ainsi qu'apparaissent, dès le 19ème siècle, des crèches proposant des regroupements collectifs d'enfants : l'une des premières initiatives européennes est portée par Robert Owen en 1816 à travers la création d'une « infant school » à New Lanark, en Ecosse et, en 1824, en France, par le Baron de Gérando (Knibiehler, 2004). Plus précisément, la première crèche proprement dite naît un peu plus tard, en 1844, à Paris, grâce à Firmin Marbeau alors Magistrat du Conseil Municipal de Paris (Rollet, 2009 ; Jaquet-Travaglini, Caffari-Viallon & Dupont, 2003).

1.1.1.2. La mortalité infantile

1.1.1.2.1. <u>19ème siècle : un constat alarmant</u>

Jusqu'au 19ème siècle, la mortalité des enfants de moins de 1 an était extrêmement importante : en 1878, sur les 54 000 naissances à Paris, plus de la moitié étaient morts avant 13 mois (Delahaye, 1990, p.62). Ce taux de mortalité est rapidement apparu avec le type de garde proposée : en 1885, la mortalité infantile est estimée à 76% pour les enfants gardés en « nourrices au loin » contre 15% pour les enfants restés auprès de leur mère (Delahaye, 1990, p.59). Les raisons évoquées concernent essentiellement le manque d'hygiène général (et ce particulièrement dans l'utilisation des biberons), les conditions de vie précaires et une absence de contrôle parental sur la qualité des soins procurés par la nourrice.

1.1.1.2.2. <u>Fin du 19ème siècle-début du 20ème siècle : la période hygiéniste</u>

La prise de conscience de l'importance de cette mortalité infantile apparaît à la fin du 19ème siècle, encouragée par les progrès de la médecine et la prise en compte de nouvelles

mesures d'hygiène (Knibiehler, 2004 ; Rollet, 2009) : la « mortalité infantile, acceptée jusque-là avec résignation, commence à être considérée comme un phénomène scandaleux qu'il faut à tout prix combattre » (Chaplain & Custos-Lucidi, 2005, p.21). Les travaux de Pasteur autour de la stérilisation ont permis de comprendre que le biberon n'était pas un « objet meurtrier » (Delahaye, 1990, p.3) en soi, mais que la manière de s'en servir et de le nettoyer pouvait faire la différence. Cette réhabilitation des biberons a entraîné ainsi une dissociation entre garde de l'enfant et allaitement.

Les premières crèches, accessibles à tous, permettaient à quiconque de venir découvrir la manière dont les jeunes enfants étaient élevés (Rollet, 2009). Cette ouverture a rapidement laissé place, à la fin du 19ème siècle, à un mouvement inverse de fermeture des établissements collectifs au public ainsi qu'aux parents, afin de maximiser les conditions d'hygiène et d'augmenter ainsi la survie des jeunes enfants. Cette lutte contre la mortalité infantile devient un des enjeux des politiques sanitaires françaises et amènera à des mesures d'hygiène drastiques dans les modes de garde des jeunes enfants tout au long de la première moitié du 20ème siècle (Chaplain & Custos-Lucidi, 2005).

1.1.1.2.3. L'après-guerre : la prise en compte des besoins affectifs et relationnels du jeune enfant

Après la seconde guerre mondiale, la baisse effective de la mortalité infantile et l'accroissement des connaissances sur le développement du jeune enfant permis par l'apparition de la puériculture dont la première école date de 1917 (Rollet, 2009), le développement de la pédopsychiatrie reconnue en 1972 (Knibiehler, 2004) et de la psychologie du jeune enfant, entre autres, entraînent un assouplissement des mesures d'hygiène des crèches. Dès 1947, les auxiliaires de puériculture diplômées prennent en charge certaines missions techniques réservées jusque-là aux puéricultrices, tels que les soins quotidiens des enfants dans les crèches, soins qui ne nécessitent pas, selon les conceptions de l'époque, des connaissances et compétences spécifiques pour les pratiquer (Chaplain & Custos-Lucidi, 2005).

Un intérêt croissant accordé aux besoins affectifs et relationnels du jeune enfant accueilli hors de sa famille et en collectivité émerge et permet l'éclosion d'une réflexion importante autour de la qualité d'accueil des établissements de garde et la nécessité de professionnaliser les soins apportés au jeune enfant en l'absence de ses parents. Chaplain et Custos-Lucidi écrivent à ce propos : dans l'après-guerre, « l'absence de qualité de ces accueils, compte tenu des sureffectifs, l'absence de qualification des personnels et le peu

d'importance accordé aux contacts individualisés se paieront cher, en termes de relations carencées et de développement de troubles du comportement chez les enfants » (2005, p.42). Les croyances populaires selon lesquelles il suffisait seulement d'être une femme « douées de composantes maternelles chaleureuses et spontanées » (Golse, 2002, p.25) pour s'occuper de jeunes enfants ne sont plus cohérentes.

Nous reverrons dans l'article n°2, présenté par la suite, qu'une réflexion importante menée depuis la seconde guerre mondiale autour de la qualité d'accueil proposé dans les institutions pour jeunes enfants a mis au jour l'importance d'individualiser le collectif pour le développement psychique du jeune enfant. C'est dans ce contexte qu'est apparue la référence, une pratique professionnelle consistant à désigner pour chaque enfant accueilli un professionnel référent de son accueil.

1.1.2. Définition du concept de référence

1.1.2.1. « Etre référent d'un jeune enfant en crèche collective », Devenir, sous presse (article n°1)

L'article n°1, sous presse dans la revue Devenir, présenté ci-dessous propose en premier lieu une définition de la référence ainsi qu'une brève analyse linguistique, étymologique et historique de ce concept. Dans un deuxième temps, nous examinerons ce que dit la littérature à ce sujet. A partir d'écrits issus du champ de l'éducation spécialisée[1] et d'une origine historique supposée, l'Institut Pikler-Loczy, nous décrirons les missions attribuées au référent dans les établissements accueillant des jeunes enfants. Le constat d'une disparition progressive de la référence nous a ensuite conduites à mettre en lumière les enjeux entourant cette pratique. Enfin, l'article se termine par une présentation des quelques études scientifiques internationales existantes sur le sujet et les apports de la théorie de l'attachement qui offre un support conceptuel à la référence.

[1] La notion d'éducation spécialisée est ici employée pour décrire les pratiques des établissements accueillant des enfants porteurs de handicaps (L'Actif, 2011).

GUEDENEY Antoine <antoine.guedeney@aphp.fr>
Vendredi 06/07/2018, 11:09

L'article :

Être référent d'un jeune enfant en crèche collective : une pratique à (re)-conceptualiser ?

Primary caregiving in day care centres: a practice to be re-conceptualised?

Margot Violon 1*

Jaqueline Wendland 2

A été Reçu le 12.11.2017, révisé et accepté le 14.6.2018.

Il est inclus dans le Devenir, 2018.4 avec parution en novembre 2018.

Antoine Guedeney

Rédacteur en chef

Pr A Guedeney, MD, PhD.

Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent et périnatalité,
Pôle AGAP, Hôpital Bichat-Claude Bernard
Hôpitaux Universitaires Paris Nord Val de Seine
Policlinique Ney-Jenny Aubry, 124 Bd Ney, 75018 Paris
Tél : 0140258950, Fax : 0142597532
Univ Paris Denis Diderot
Président de l'Association Pour la Recherche sur l'Attachement APRA
CESP Inserm U 1178 'Développement et affect'
Sorbonne Paris Cité Laboratoire de Psychopathologie et Processus de Santé -LPPS Equipe de recherche "Périnatalité, Petite Enfance et Parentalité"
DU Paris 7 Psychopathologie périnatale et DU Attachement
Echelle ADBB : www.adbb.net ; https://adbbtest.jimdo.com/
Et https://www.adbb.online/contact/
Devenir www.medecinehygiene.ch;
Associate editor for Infant Mental Health Journal
Email : antoine.guedeney@aphp.fr

Être référent d'un jeune enfant en crèche collective : une pratique à (re)-conceptualiser ?

Primary caregiving in day care centres: a practice to be re-conceptualised?

Margot Violon 1*

Jaqueline Wendland 2

Reçu le15 novembre 2017, révisé et accepté le 12.3.2018

Abréviations : OAJE ONPE, NICHD, HOME

Les auteurs remercient particulièrement la Fondation Mustela pour son intérêt pour cette thématique de recherche et son soutien financier.

1 Psychologue clinicienne, doctorante au Laboratoire de Psychopathologie et Processus de Santé (Equipe 1, LPPS - EA4057), Institut de Psychologie, Université Paris Descartes, Sorbonne Paris Cité, 71 Avenue Edouard Vaillant, 92774 – Boulogne Billancourt. Auteur contact : email: margot.violon@etu.parisdescartes.fr

2 Professeur des Universités, Laboratoire de Psychopathologie et Processus de Santé (Equipe 1, LPPS - EA4057), Institut de Psychologie, Université Paris Descartes, Sorbonne Paris Cité, 71 Avenue Edouard Vaillant, 92774 – Boulogne Billancourt.

*

Résumé :

Cette revue de littérature se propose d'étudier le principe de la référence, pratique appliquée dans les crèches et consistant à désigner pour chaque enfant un adulte responsable de son accueil. L'analyse conceptuelle dévoile une pratique aux contours flous et laisse entrevoir une application sur le terrain très hétérogène et source de débats intenses quant à son utilité pour l'enfant. Cependant, les écrits cliniques et les études scientifiques tendent à soutenir les bénéfices de sa mise en pratique dans les crèches collectives, bien que ces travaux demeurent très rares et particulièrement dans la recherche française.

Mots clés : liens d'attachement secondaires / crèches / référence

Abstract:

This literature review intends to study the principle of primary caregiving, a professional practice in day care centres which consists of designing a specific adult carer for each child. The conceptual analysis reveals that the boundaries and definition of this practice remain very unclear, while its application on the field is extremely dissimilar and matter for debates as regards to its usefulness for children. Clinical papers and scientific studies tend however to support its implementation in day care centres and its benefits to children, although research in this field remain very rare, especially in the French-speaking context.

Key words: secondary attachment relationships / day care centres / primary caregiving

Introduction

Au cours des deux derniers siècles, en France, un engouement croissant a été observé pour l'accueil extra-familial journalier des jeunes enfants. Ce constat se retrouve dans nombre de pays industrialisés dans lesquels la mobilisation des femmes sur le marché de l'emploi a été importante depuis la seconde guerre mondiale. Les Etablissements d'Accueil du Jeune Enfant (EAJE) accueillent actuellement 13% d'enfants français de dix semaines de vie à trois ans, soit 947 600 enfants (Observatoire National de la Petite Enfance, 2015, p.46). Au sein de ces EAJE, ce sont les accueils collectifs (crèches collectives, halte-garderies, multi-accueils), encadrés par des professionnels formés dans le domaine de la petite enfance, qui sont les plus nombreux : ils représentent, en 2013, 83% des places pour les moins de 3 ans (ONPE, 2015, p.18). La majorité de ces établissements propose des accueils en moyenne ou grande collectivité, puisque 60% possèdent plus de 20 places d'accueil (ONPE, 2015, p.22).

En parallèle du développement des lieux d'accueils collectifs, l'essor de la psychologie de l'enfant a permis de mettre au jour, dès la deuxième moitié du 20ème siècle, des phénomènes de carence chez les enfants accueillis en institution à plein temps. Les travaux de psychiatres et psychanalystes pionniers comme John Bowlby, René Spitz ou Myriam David, pour ne citer qu'eux, ont mis en lumière la part essentielle de la qualité de l'accueil de ces structures sur le développement psychique des enfants. La notion de carence et de maltraitance institutionnelle, ainsi que la prise de conscience des enjeux du placement pendant l'enfance, s'installait alors dans les écrits cliniques et scientifiques. En France, cette réflexion importante autour des conditions d'accueil amorcée dès les années 1960 a permis l'apparition d'une pratique singulière dans les établissements pour enfants (pouponnières, crèches, établissements d'éducation spécialisée pour enfants porteurs de divers handicaps) : la référence.

La référence consiste à désigner un professionnel responsable d'un petit groupe d'enfants dès leur arrivée dans la structure. Généralement, la référente s'occupe des soins (repas, changes, temps d'endormissement) de façon privilégiée. En l'absence de ce système, l'ensemble des professionnels s'occupent des enfants de façon indifférenciée au sein de l'unité de vie. Ils peuvent donc être plusieurs à s'occuper d'un même enfant, à tour de rôle, au sein d'une même journée.

Plusieurs questions émergent lorsque l'on étudie cette pratique. Tout d'abord, dans la littérature scientifique et clinique, les écrits sur la référence sont rares et ce constat est d'autant plus frappant en ce qui concerne sa pratique en crèche. Ensuite, les écrits existants décrivent une pratique difficile à saisir, souvent « mal comprise » (Caffari, 2011, p.19). Le référent est ainsi parfois qualifié d'« objet professionnel non identifié » dans le champ de l'éducation spécialisée (Caffari, 2011). Joseph Rouzel, psychanalyste, précise qu'il s'agit d'un « véritable fourre-tout, qui souffre d'imprécision autant dans sa définition que dans son usage » (L'Actif, 2011, p.91). Pour Philippe Chavaroche, éducateur et formateur, « il semble que, depuis sa création, l'on court après le sens que l'on pourrait donner à cette fonction de référent, chacun ayant construit sa propre approche dans des « bricolages » singuliers plus ou moins partagés et aidants pour les professionnels qui s'en voient investis » (L'Actif, 2011, p.28). Enfin, les publications issues de terrain laissent présager une mise en application très hétérogène de la référence au sein des EAJE français et des points de débat importants quant à son utilité pour l'enfant et sa famille semblent exister.

Cet article propose une revue de littérature actualisée, appuyée sur les textes cliniques et les études scientifiques disponibles, afin d'éclaircir les contours et enjeux de cette pratique. Dans un premier temps, un examen de la définition de la référence est proposé à travers une brève analyse linguistique, étymologique et historique. Ces éléments permettront ensuite de

dessiner les fonctions du référent, indispensables pour esquisser, dans un dernier temps, les enjeux qui entourent sa mise en pratique actuelle dans les crèches collectives françaises.

I. Présentation de la référence

Avant de cerner les enjeux liés à la pratique de la référence, il est indispensable de la définir et de souligner son origine étymologique et historique.

A. Définition

Il est intéressant de constater que le vocabulaire relatif à la référence est très récent dans la grammaire française. C'est le verbe « référer » qui apparaît le plus tôt puisqu'il est retrouvé dès 1559 dans les dictionnaires. Issu du verbe « rapporter » (1370), il comporte deux significations en fonction de la proposition qui le précède : « en référer à » qui signifie « faire rapport à, en appeler à » ou bien « se référer à », dont la définition semble la plus adaptée à notre sujet : « s'en rapporter, recourir à, comme à une autorité » (Robert, Rey-Debove & Rey, 2010, p. 2158). Puis, vers 1820, on trouve le nom féminin « référence » : « attestation de personnes auxquelles on peut s'en référer pour avoir des renseignements sur quelqu'un » (Robert, Rey-Debove & Rey, 2010, pp.2157-2158). Enfin, ce n'est que récemment, en 1990, que l'on retrouve la première occurrence du nom commun « référent, te » dans les dictionnaires de langue française (Robert, Rey-Debove & Rey, 2010), et, en 2010, la première intégration de ce mot dans le Petit Robert. Le référent y est définit comme « un professionnel chargé d'assurer la coordination des soins du patient » dans un contexte médical, « d'aider (un enfant, un jeune ou un adulte) en difficulté » dans le champ éducatif, ou « d'assurer le soutien et la coordination des équipes pédagogiques » et « d'aider dans sa scolarité un élève handicapé » dans le domaine scolaire (Robert, Rey-Debove & Rey, 2010, p.2158). Il est aussi désigné comme un « responsable, un interlocuteur (auprès d'un organisme, une autorité)» (Robert, Rey-Debove & Rey, 2010, p.2158).

Il existe une origine latine pour l'ensemble de ces termes. Il s'agit du mot « referre » dont la plus ancienne occurrence est retrouvée dans des écrits de Cicéron (Epistulae ad T. Pomponium Atticum, I. I-XVI [corresp. 1-10 ; Sh. Bailey, BT 1987]) sous la forme « referre rem ad aliquem » qui signifie « consulter quelqu'un sur quelque chose, s'en remettre au jugement de quelqu'un » (Gaffiot, 2000, p. 1348).

Actuellement, aucune définition des mots « référence », « référer » ou « référent, te » dans les dictionnaires de langue française ne renvoie à la pratique de cette fonction au sein des crèches.

Cette brève analyse linguistique permet déjà de dessiner les premiers contours de la référence : il s'agirait d'une personne particulière à qui l'on fait appel pour avoir des informations sur quelque chose/quelqu'un (un interlocuteur privilégié) ou pour obtenir de l'aide. Le référent semble proche d'une figure d'autorité, un responsable ou un coordinateur. Une lecture attentive de la littérature scientifique et clinique s'avère nécessaire pour préciser davantage les fonctions du référent.

B. Les fonctions du référent

Les fonctions du référent communément rencontrées dans la littérature au sein des établissements pour enfants (tous domaines confondus) peuvent être regroupées en trois rôles/fonctions : coordination, garant de l'histoire, interlocuteur privilégié.

Tout d'abord, le référent semble souvent être investi du suivi de l'enfant, de la coordination de son projet d'accueil dans la structure ; des auteurs le qualifient ainsi de « chef d'orchestre » (L'Actif, 2011, p.199). Loin d'être le seul professionnel à accompagner l'enfant de par la limite de son temps de présence imposé par ses heures de travail, c'est l'équipe dans son ensemble qui assure une continuité dans l'accueil de cet enfant ; le référent en est le coordinateur. Les écrits internationaux mettent particulièrement l'accent sur ce point en

insérant la référence dans une approche d'équipe (« team approach ») et en mentionnant régulièrement la présence d'un « secondary caregiver » ou référent relais en français (Ebbeck, Mei Yong Phoon, Tan-Chong, Marilyn, & Mandy, 2015; Kibble, Cairns-Cowan, McBride, Corrigan, & Dalli, 2014).

Le référent est aussi décrit comme un « garant de l'histoire de l'usager », de son histoire personnelle mais aussi de celle de la relation qu'ils ont tissée (L'Actif, 2011, p.20). Il a ainsi un rôle de facilitateur d'inscription de l'enfant dans le temps, dans son histoire, et possède, par conséquent, une influence dans la construction de son identité narrative (L'Actif, 2011).

Enfin, le référent peut être aussi considéré comme l'interlocuteur privilégié des familles, le représentant de l'équipe (L'Actif, 2011), celui qui fait le lien entre la structure et la maison, entre l'enfant et ses parents, celui qui partage une préoccupation commune autour de l'enfant avec ses parents. Il est intéressant de noter qu'une importance marquée est accordée à la prise en compte de la famille dans les écrits provenant de Nouvelle Zélande, à tel point que certains auteurs parlent de « référent de la famille » (Kibble et al., 2014). Le référent est également chargé de faire le lien avec les différents professionnels du lieu de vie afin d'assurer une continuité dans la prise en charge.

L'exercice de la référence s'inscrit dans un « triangle à quatre côtés » selon les mots de Sylviane Giampino (1999, p.74) : il s'agit d'un système mettant en lien un professionnel référent, un enfant et ses parents, le tout médiatisé par différents tiers : les lois éthiques et politiques (concernant la profession), l'institution et la direction (projet pédagogique, fiche de poste, contrat de travail, salaire, etc.) qui inscrivent le professionnel dans un système hiérarchique (L'Actif, 2011). A cela s'ajoute le reste de l'équipe qui vient effectuer des relais et des remplacements, la formation et l'acquisition de connaissances théoriques et

professionnelles qui représentent un « savoir tiers » (L'Actif, 2011, p.67), les écrits professionnels (L'Actif, 2011), les espaces de paroles individuels (supervision, analyse personnelle) ou d'équipe (analyses des pratiques, supervision de groupe).

Des témoignages de professionnels précisent que la référence permettrait d'acquérir une très fine connaissance de l'enfant, de ses habitudes de vie, promouvant donc un accompagnement plus ajusté aux rythmes et besoins de l'enfant. En second lieu, la référence engendrerait une relation enfant-professionnel plus confiante et plus sécurisante. Certains auteurs (L'Actif, 2011; Giampino, 1999) considèrent cet élément comme un objectif en soi : le référent à une mission relationnelle dans laquelle il doit s'impliquer dans une relation individualisée avec l'usager, dont la durée est limitée dans le temps et dans l'espace professionnel.

Ces éléments laissent entrevoir que « la référence […] s'avère être une fonction complexe, bien plus qu'une simple prise en charge administrative, nécessitant un travail d'élaboration intense, un savoir être et un savoir-faire qui ne s'improvisent pas » (L'Actif, 2011, p.81). Et à Giampino (1999) d'ajouter qu'elle engage, dans une intensité et dans la durée, le professionnel qui se voit investi d'importantes responsabilités auprès de l'enfant.

Les fonctions du référent ne sont guère plus développées dans le reste de la littérature. Nous nous proposons de présenter l'origine historique supposée de la référence et son contexte d'apparition en France afin de poursuivre ce travail d'analyse conceptuelle.

C. L'histoire de la référence : la présentation de Loczy

Des textes français (L'Actif, 2011) et internationaux (Kibble & al., 2014) situent les origines de la référence dans la pratique de l'Institut Pikler Loczy. Cet établissement hongrois du XXème siècle, de renommée internationale, est une référence incontournable dans le domaine de l'accueil collectif du jeune enfant. En France, c'est le livre « Loczy ou le

maternage insolite » (David & Appell) de 1973 qui a proposé la première description de Loczy, de la pensée d'Emmi Pikler, sa fondatrice, et par conséquent, du système de référence. Outre Atlantique, c'est Martha Gerber, collaboratrice d'Emmi Pikler, qui serait à l'origine de l'importation de cette pratique en Californie, où elle a émigré, à la fin des années 1950 (Kibble & al., 2014). Les apports de Loczy semblent s'être propagés aux Etats-Unis plus précocement qu'en France. En effet, dès 1992, les guides pédagogiques américains, véhiculés par *l'American Public Health Association and the American Academy of Pediatrics*, préconisent déjà la référence, afin d'améliorer la qualité d'accueil des structures de garde du jeune enfant (Lally, Toress, & Phelps, 2010) ; recommandation que l'on ne retrouve pas en France, même de nos jours.

1. La référence à Loczy

« Loczy » désigne une célèbre pouponnière hongroise (1946-2011), fondée par Emmi Pikler, sur la colline des Roses, au n°3 rue Loczy à Budapest. Cette structure est internationalement connue car elle n'a cessé, durant toute son existence, de se préoccuper de la qualité des soins proposés aux enfants accueillis afin de leur permettre de restaurer leur potentiel évolutif, malgré l'absence de leurs parents au quotidien et des histoires de vie souvent difficiles.

La pédagogie mise en place à Loczy est complexe et « difficile à comprendre en profondeur » tant chaque détail de l'accueil a été pensé, observé, analysé, discuté en équipe afin de rendre l'accompagnement proposé le plus adapté possible aux besoins de chaque enfant accueilli (David, 2014, p.252). Parmi les éléments qui ont permis d'attribuer à ce maternage le qualificatif d'insolite, nous n'aborderons ici que celui de la référence. Cette pratique est basée sur l'idée de proposer à l'enfant des relations humaines, individualisées, intimes, authentiques, chaleureuses, stables et continues dans le temps, avec un nombre limité

de nurses (David, 2002). La création de liens individualisés est considérée comme une base indispensable sur laquelle l'enfant prendra appui pour se développer. Judith Falk, ancienne directrice de Loczy, écrit en 1980 que l'activité de l'enfant, source de son développement, suppose un « sentiment de sécurité affective absolu de l'enfant dont la base est qu'il puisse trouver dans l'institution la possibilité d'établir une relation affective privilégiée et continue avec un adulte permanent » (Falk, 1980, p.243).

A Loczy, sur les quatre à cinq nurses qui s'occupaient de l'enfant au quotidien, l'une d'elles était désignée « auxiliaire privilégiée » ou « nurse de référence ». Attribuée à l'enfant dès son arrivée dans la structure, elle restait stable tout au long de son accueil. Pour Maria Vincze, pédiatre hongroise ayant travaillé à Loczy, la référente est « la personne qui, au sein d'un groupe d'enfants, porte la responsabilité à titre particulier du bien-être et du bon développement de deux enfants, en leur procurant un intérêt particulier, une relation privilégiée et une sécurité affective » (1991, p.7). Plus précisément, « quatre nurses se relayent autour du même bébé mais chaque bébé a une nurse de référence qui centralise les commentaires issus de l'observation très précise de son développement et de l'attention portée à ses besoins, à ses goûts et à son caractère » (Pirard, 2006, p.91).

2. La découverte de l'expérience de Loczy en France

En France, la pratique de Loczy a été découverte dans un contexte de prise de conscience des enjeux de la séparation entre l'enfant placé et ses parents, d'une part, et des carences générées par la qualité des institutions d'accueil, d'autre part. Nombre de professionnels de terrain, spécialistes de l'enfance, ont récolté les fruits d'une réflexion amorcée Outre-Atlantique par les travaux de René Spitz sur l'hospitalisme (Spitz & Wolf, 1947). La mise en lumière de ce grave syndrome psychopathologique présent chez certains enfants placés en institution a permis de saisir l'ampleur de l'impact de mauvaises conditions

d'accueil et, plus particulièrement, de soins dépersonnalisés sur le développement de l'enfant et sa survie. En parallèle, les travaux de John Bowlby en Angleterre (Bowlby, 1978a, 1978b, 1984), bases de la théorie de l'attachement, ont lancé l'idée que l'enfant a nécessairement besoin de soins (*care*) administrés par un nombre restreint d'adultes, stables, identifiés, véritables figures d'attachement sécurisantes durant sa petite enfance.

Une dynamique de réflexion a été impulsée en France suite à ces premiers écrits et grâce aux travaux d'une remarquable pédopsychiatre : Myriam David. Grâce à des activités de recherche en partenariat avec John Bowlby, elle a pu, entre autres, semer les graines d'une importante prise de conscience qui s'est, par exemple, formalisée sous la forme de « l'Opération Pouponnière » en 1978. Cette forte mobilisation des chercheurs, cliniciens, toutes disciplines confondues, réunis autour d'un même objectif a permis de modifier sensiblement les pratiques des établissements d'accueil collectifs du jeune enfant et de voir notamment apparaître les référents d'enfants.

A travers la littérature, il est difficile d'estimer dans quelle mesure la référence est pratiquée depuis les années 1970 et la part des établissements collectifs qui continuent à la mettre en œuvre actuellement. En 2010, un article titré « Où est passée la référente de l'enfant ? » (Nègre & Javault) laisse imaginer la disparition progressive de la référence dans les structures d'accueil du jeune enfant. En 2009, Patrick Mauvais, psychologue en crèches collectives, mentionne que certaines structures n'en voient plus l'intérêt à mesure que l'enfant grandit. Elle n'existe plus dans de nombreuses unités de vie pour les plus grands enfants (2-3ans), voire les moyens (1-2ans). Ainsi, actuellement, la référence est retrouvée sur le terrain selon différents degrés allant d'une référence identifiée et stable sur trois ans à une référence « à la journée » (ou continuité des soins). Entre ces deux pôles, sont retrouvées des références sur deux ans, à l'année voire uniquement lors de la période d'adaptation. Le terme de

coréférence peut aussi être retrouvé dans la littérature et correspond à la prise en charge de l'enfant par un binôme de professionnels.

Un certain paradoxe se dessine donc : la référence s'est inscrite dans les pratiques professionnelles à une époque où la réflexion portée aux conditions d'accueil était déjà bien amorcée et dans la lignée de travaux scientifiques décrivant l'intérêt de l'individualisation des soins et des relations en crèches pour le développement harmonieux de l'enfant. Mais, la référence semble quasi inexistante dans la littérature clinique ou scientifique et peine à s'implanter sur le terrain où nombre de professionnels questionnent son utilité.

II. Les enjeux de la pratique de la référence

Au sein des crèches collectives actuelles, la référence semble susciter de nombreux débats et résistances comme en témoignent quelques écrits non issus de la recherche empirique sur le sujet. De son côté, la littérature scientifique dispose à ce jour de très peu d'études permettant de se positionner en faveur ou non de cette pratique.

A. Les freins à la pratique de la référence en crèche

Dans la littérature, plusieurs raisons sont évoquées quant à la disparition de la référence en crèche : l'organisation actuelle du travail, la politique de la petite enfance menée par les pouvoirs publics et les gestionnaires d'établissements, l'impact de la référence sur le développement de l'enfant, mais aussi la relation affective enfant-professionnelle engendrée et le lien historique avec Loczy.

1. Les raisons organisationnelles

Tout d'abord, les éléments organisationnels avancés sont nombreux et coïncident en partie avec les évolutions des conditions de travail qu'a connu la France tout au long du XXème siècle: hausse du nombre de congés annuels, réduction du temps de travail, difficultés de recrutement, précarisation de l'emploi, « *turn over* » des professionnels. Isabelle Fodor Puel (2011) précise que la réduction du temps de travail hebdomadaire a engendré une surcharge de travail : les effectifs ayant peu augmenté, la charge de travail antérieure devait dorénavant être effectuée en moins de temps. Ce défi impossible à relever a alors généré de nombreuses heures supplémentaires, une hausse des arrêts maladie face à l'épuisement des professionnels travaillant à flux tendu et, par conséquent, des absences plus régulières sur le terrain. Le « *turn over* » important des professionnelles en petite enfance est un phénomène qui semble toucher une grande partie des pays occidentaux. Aux Etats Unis, certains auteurs utilisent même le terme « d'épidémie » pour décrire ce phénomène (Eberhart-Wright, 2002). Ainsi, il devient plus complexe de proposer à l'enfant des professionnelles en nombre limité, stables dans le temps, et impossible qu'une seule et même professionnelle accueille l'enfant durant tout son temps de présence à la crèche (Favel, 2008; Nègre & Javault, 2010).

Cependant, ces arguments ne peuvent pas, à eux seuls, expliquer le recul de la référence puisque, dans le domaine du handicap, elle semble avoir trouvé une raison d'exister malgré ces difficultés et avec l'objectif d'y faire face. Selon Dubreuil, Michit et Sarment (L'Actif, 2011), la référence s'y est développée au moment où la réduction du temps de travail et la spécialisation des professionnels s'est accrue afin de « personnifier l'accompagnement et ainsi l'humaniser » face à la multiplicité nouvelle des professionnels intégrés à la prise en charge de l'enfant (L'Actif, 2011, p.199).

2. Les raisons politiques

Sylviane Giampino déclare, dès 1999, qu'une une gestion quantitative des crèches grandissante par les politiques et les financeurs, avec une importance extrême accordée à la question du taux de remplissage des places disponibles, est une menace pour la référence : « la conception d'un accueil particularisé, personnalisé, s'organise avec subtilité et en finesse. Cela s'accommode mal avec l'obsession des taux de remplissage et de fréquentation, sans parler de la rentabilité des équipements » (p.70).

3. Les raisons développementales et émotionnelles

La référence est aussi accusée d'entraver la prise d'autonomie de l'enfant, le maintenant dans une « dépendance » et un lien exclusif à l'adulte, voir en l'enfermant dans une relation d'attachement trop affective, trop intense (Mauvais, 2009). L'enfant éprouverait du stress en l'absence de sa référente (Ebbeck & al., 2015; Kibble & al., 2014; Rockel, 2003).

Du côté du professionnel, elle est accusée de majorer le risque d'un débordement des affects dans une relation trop individualisée, d'enlever tout garde-fou permettant de trouver une juste distance avec l'enfant et de se protéger d'une relation affective trop engagée (L'Actif, 2011). Les professionnelles pourraient alors se retrouver isolées, seules dans leur relation à l'enfant (Ebbeck & al., 2015; Kibble & al., 2014; Rockel, 2003). Il est intéressant de remarquer que ces arguments étaient déjà avancés auparavant, aux débuts de la référence, comme l'explique Giampino : « les auxiliaires de puériculture étaient très angoissées par la crainte d'un attachement trop fort » (1999, p.69).

En d'autres termes, la référence viendrait majorer le risque d'appropriation de la relation par le référent ou l'enfant (L'Actif, 2011). Un « effet de déresponsabilisation » des autres membres de l'équipe pourrait alors survenir : surinvestissement par le professionnel de la relation à l'enfant et mouvement inverse de sous-investissement de ce même enfant par le reste de l'équipe, laissant alors le référent seul dans sa relation à l'enfant (L'Actif, 2011).

4. Les raisons historiques

Enfin, une dernière raison peut être évoquée en lien avec son origine historique, l'approche de Loczy. La découverte des apports de l'institut Pikler Loczy a suscité en France de nombreuses réticences, comme le montrent les propos de Myriam David : « alors que nous revenions de Budapest chargées de ce que nous pensions être un magnifique cadeau, celui-ci fut reçu par un grand nombre avec froideur, méfiance, c'était un cadeau empoisonné, contesté, refusé, critiqué » (David, 2014, p.394). « Même parmi mes collègues (en France), nombreux étaient ceux qui rejetaient jusqu'à l'idée d'accorder la moindre importance au travail de Loczy : comme il était « bien entendu », « acquis », et même « prouvé » qu'il était impossible d'élever un nourrisson en institution, donc à quoi bon y regarder de plus près, rien d'intéressant ne pouvait être vu ! » (Szanto-Feder, 2002, p.10).

En crèche, ces apports ont été l'objet d'un rejet particulier car il est souvent dit que les apports de Loczy sont destinés « aux enfants en pouponnières, des enfants blessés dans leur vie de bébé, souvent en raison de leur situation dramatique d'abandon, par conséquent elle ne s'adresse pas aux enfants de crèches » (Jaquet-Travaglini, Caffari-Viallon, & Dupont, 2003, p.37). Dans tous les cas, « Loczy » n'a jamais laissé indifférent et suscita des réactions extrêmes, de l'enthousiasme au rejet (David, 2014).

De plus, il semblerait qu'à certains endroits, Loczy ait été érigé comme un modèle de bonnes pratiques et que ses apports, et notamment la référence, aient été appliqués de façon stricte, « plaquée, voire dogmatique » (Favel, 2008).

Ces quelques éléments retrouvés dans la littérature clinique permettent de dresser un premier portrait des enjeux qui sous-tendent la pratique de la référence en France à l'heure actuelle. A présent, étudier ce qu'en dit la recherche scientifique française et internationale permettra de préciser ces enjeux.

B. Les apports de la recherche scientifique

1. Les obstacles de la recherche bibliographique

La recherche bibliographique s'est avérée complexe par la traduction anglophone du terme « référence ». Tout d'abord, il nous est apparu que le terme anglais correspondant était celui de « *primary care* » (Bernhardt, 2000). Cependant, ce mot a une signification plus large que le terme français puisque, sorti du contexte de la crèche, il désigne l'adulte présent dans le quotidien de l'enfant assurant la majorité de ses soins ; très souvent la mère ou le père. En élargissant encore le champ d'étude au-delà de l'enfance, le « *primary care* » désigne une approche du soin, définie par l'Organisation Mondiale de la Santé, visant à offrir un accès universel et équitable à la santé pour tous (« Soins de Santé Primaires »).

Cette utilisation plurielle des termes « *primary care* » nous a confronté à une quantité très importante de références sur les bases de données. Pour preuve, sur Psychinfo, plus de 34 000 références sont retrouvées en août 2017 pour ce terme. Parmi eux, seuls quelques écrits semblent directement liés à la pratique de la référence en crèche et sont limités à deux secteurs géographiques : l'Asie (à Singapour, Ebbeck & al., 2015; en Corée, Lee, Shin, & Recchia, 2016) et l'Océanie (en Nouvelle Zélande, Kibble & al., 2014; Rockel, 2003).

De plus, l'emploi combiné des termes « *primary caregiver* », « *primary caregiving approach* », « *primary care (system)* » associé à « *child care centers* » ou « *daycare* » n'a donné que très peu de résultats : entre 0 et 6 sur Psychinfo en août 2017.

Ces premiers articles nous ont permis de comprendre qu'aux Etats-Unis en particulier, c'est le terme de « *continuity of care* » qui est synonyme de référence. La « continuité des soins » consisterait à proposer à l'enfant accueilli un référent (*primary caregiver*) sur une longue période temporelle permettant la création d'un lien d'attachement. Idéalement, le référent serait nommé pour trois ans, jusqu'au départ de l'enfant de la structure (Aguillard,

Pierce, Benedict, & Burts, 2005). Aux Etats-Unis, la notion de référence renvoie uniquement à l'une des deux parties de la continuité de soins, c'est-à-dire l'attribution d'un « *primary caregiver* » à l'enfant. Or, en France, il est communément admis que la référence se met en œuvre sur toute la durée d'accueil de l'enfant ; le terme de référence semble donc plus large en français que dans sa traduction américaine. A l'inverse, la notion de continuité de soins, renvoie, dans les crèches françaises, à la mise en place d'une référence au sein d'une seule journée, la fenêtre temporelle étant ici bien plus réduite que dans la définition américaine.

Pour autant, une nouvelle recherche réalisée sur Psychinfo avec les mots clés « *continuity of care* » et « *child care centers* » a abouti, en août 2017, à seulement trois résultats. Nous avons aussi essayé l'emploi des termes « *multiple caregivers/caretakers* ». La combinaison de l'ensemble des mots clés évoqués ci-dessus offre une dizaine d'études internationales liées à notre sujet.

Enfin, en France, à notre connaissance, la référence n'a pas fait l'objet d'études scientifiques, mise à part une brève recherche qualitative cherchant à dresser un portrait descriptif de la référence en pouponnière (Violon & Wendland, 2014).

2. Les études portant sur la référence

Les rares études réalisées autour de la référence exposent le même paradoxe que celui mis en avant dans la première partie de cet article. Cette pratique trouve un soutien clairement assumé parmi les chercheurs et académiciens. Elle devrait trouver une place centrale au sein des pratiques pédagogiques pour les spécialistes, suite à la diffusion des apports de la théorie de l'attachement en particulier. Néanmoins, une grande difficulté d'implantation dans les structures accueillant les jeunes enfants est aussi attestée par les études scientifiques (Aguillard & al., 2005). Par exemple, dans l'étude de Cryer, Hurwitz et Wolery (2000), bien que 43% des directeurs de crèches rencontrés soutiennent la continuité de soin, il a été rare de

trouver un établissement la pratiquant pour les enfants de 0 à 1 ans (*infants*) et encore plus rare pour les grands de 1 à 3 ans (*toddlers*).

Les freins mis en avant à l'implantation de la référence

Au sein des recherches, trois freins sont évoqués quant à l'implantation de la référence en crèche: la préférence d'une tranche d'âge d'enfants par les professionnelles, l'organisation des structures calquée sur celle de l'école maternelle, un manque d'appui sur des référentiels pédagogiques.

Dans l'étude d'Aguillard et al. (2005), les parcours de 52 enfants de quatre crèches pratiquant la continuité des soins ont été étudiés. Parmi ces enfants, sept seulement ont été suivis par un seul référent de leur arrivée jusqu'à leur troisième anniversaire ou jusqu'au recueil de données. Pour les autres, les changements de référent ont été très peu expliqués (3 explications sur 63 changements). La grande majorité des changements a eu lieu suite à des décisions prises par les directeurs des établissements. Les arguments avancés sont le départ des professionnels ou le refus de certains professionnels de travailler avec des enfants de 1 à 3 ans. Pour l'auteur, beaucoup de barrières à la continuité pourraient donc être éliminées par des pratiques de recrutement plus minutieuses. Il fait aussi l'hypothèse que la difficulté d'implantation de la continuité de soin réside dans le flou entourant la notion de « continuité » : jusqu'à quand proposer à l'enfant le même référent ? Son deuxième, troisième anniversaire ? Son départ de la crèche ?

A travers les entretiens menés avec des directeurs de crèches, Cryer et al. (2000) ont identifié essentiellement l'âge des enfants et leur stade de développement, ou encore l'espace physique nécessaire, comme les facteurs guidant l'organisation des unités de vie et la répartition des enfants d'une année sur l'autre. Le modèle d'organisation des crèches serait donc fréquemment calqué sur celui de l'école maternelle, dans lequel les enfants changent

d'unité de vie et de professionnels chaque année (Aguillard & al., 2005). Lally et al. (2010) évoquent à ce propos une confusion fréquente entre les structures de type crèche et les écoles, les premières étant souvent assimilées aux secondes. Il est d'ailleurs intéressant de constater que, dans les écrits anglophones, le terme le plus utilisé pour qualifier les professionnels de la petite enfance est celui de « *teacher* » (Ebbeck & al., 2015; Kibble & al., 2014; Rockel, 2003) souvent traduit par « professeur » en France, où il est uniquement utilisé dans les structures scolaires.

Pour Owen, Klausli, Mata-Otero, & Caughy (2008), la référence complexifie l'organisation de la structure et engendre certains challenges pour les directions qui ont très peu de modèles de continuité de soin/ de référence sur lesquels s'appuyer dans la littérature ou les manuels pédagogiques.

Les avantages mis en lumière autour de la référence

Outre les freins identifiés au sujet de l'implantation de la référence en crèche, les quelques études traitant du sujet ont tenté de dessiner les conséquences de la mise en place de la référence pour l'enfant et pour le lien professionnelle-enfant.

La recherche d'Ebbeck et al., menée en 2015 à Singapour, s'est attachée à observer et à analyser les relations enfants-professionnelles avant et après la mise en place du système de référence et d'une formation des professionnelles. Les résultats montrent une création assez nette de liens d'attachement sécures (analysés à partir d'interactions filmées enfants-professionnelles) après la désignation de référents et la formation, ainsi qu'une amélioration importante de la sensibilité des caregivers, une meilleure adaptation de leur part aux besoins de chaque enfant, des interactions de meilleure qualité (sourires et contacts œil-à-œil plus fréquents, intonations vocales plus calmes, communications verbales enrichies, contacts physiques plus adaptés, etc.), des liens de meilleure qualité avec les parents. Corroborant les

observations d'Owen et al. (2008), les auteurs ont également noté l'augmentation de la satisfaction des parents dans leurs relations avec les professionnelles après la mise en place d'une continuité de soin dans la structure. La continuité de soin permettrait donc de proposer à l'enfant un « caregiving » plus sensible, plus engagé et affectif. Les enfants se montreraient aussi davantage impliqués dans leurs liens avec les professionnelles. Il est important de souligner que, dans cette étude, la présence ou l'absence de référence n'engendrait pas de différence dans l'acquisition de compétences cognitives et langagières chez l'enfant ou dans la survenue de problèmes de comportement.

Les éléments scientifiques présentés ci-dessus mettent en avant des arguments plutôt en faveur de la référence : amélioration de la qualité du lien professionnelles-enfants et professionnelles-parents, caregiving des professionnelles plus sensible, etc. Néanmoins, le nombre restreint d'études sur le sujet limite notre compréhension des enjeux entourant cette pratique. Ainsi, nous proposons de présenter brièvement les résultats des études portant sur la théorie de l'attachement et la qualité des modes de garde afin d'apporter davantage d'éléments de réflexion.

3. Les apports de la théorie de l'attachement

Rappels théoriques

La théorie de l'attachement (Bowlby, 1978a, 1978b, 1984) a montré que l'enfant, dès son jeune âge, développe des liens d'attachement indispensables à sa survie avec des personnes qui prennent soin de lui. Généralement, l'enfant développe un lien d'attachement dit « primaire » avec ses parents (ou caregivers principaux), mais il peut créer aussi des liens « secondaires » avec d'autres adultes prenant soin de lui, à l'intérieur comme à l'extérieur de sa famille. Les liens d'attachement, qu'ils soient primaires ou secondaires, sont de même nature et ont les mêmes avantages en termes de sécurité pour l'enfant (Howes, 1998). En

l'absence des figures d'attachement principales au quotidien, la création de liens secondaires est indispensable pour procurer à l'enfant sécurité, apaisement et réconfort. Ceci lui permet d'explorer l'environnement qui l'entoure (Bowlby, 1978a, 1978b, 1984), en limitant la détresse de l'enfant et aussi la montée du cortisol. Les études en neuropsychologie ont montré que cette hormone du stress pouvait avoir un rôle délétère sur le développement du cerveau en cas d'exposition importante et prolongée (Brandtjen & Verny, 2001).

En crèche collective, l'importance de la création d'un lien d'attachement secondaire se justifie notamment par le temps important de présence des enfants. A titre d'exemple, la durée moyenne des accueils en 2014 en France est de 39 heures et 5 jours par semaine pour 56% des enfants (ONPE, 2015, p.45). Or, le défi à relever est complexe dans une structure collective puisque « la multiplicité inévitable des personnes qui vont intervenir auprès de [l'enfant] complique la situation, qu'on le veuille ou non » (Jaquet-Travaglini & al., 2003, p.27). De plus, l'existence d'un « *turn over* » important dans les crèches collectives (Eberhart-Wright, 2002) rend complexe la stabilité et la durabilité des liens et augmente le risque que l'enfant ne s'attache à personne.

La création d'un lien d'attachement professionnel-enfant en crèches collectives

Dans les lieux d'accueils collectifs, Van IJzendoorn, Sagi et Lambermon (1992) estiment que l'enfant ne développera pas un lien d'attachement avec toutes les professionnelles présentes. Le professionnel ne serait pas interchangeable ; l'enfant crée donc un lien spécifique avec un professionnel particulier (Ritchie & Howes, 2003).

Quel(s) est/sont donc le(s) professionnel(s) auprès de qui l'enfant puise sa sécurité ? Pour Barnas et Cummings (1997) et Aguillard et al. (2005), c'est l'adulte qui passera le plus de temps aux côtés de l'enfant qui deviendra possiblement une figure d'attachement

secondaire ; le temps mis à la disposition de l'enfant et du professionnel étant la première condition pour créer un lien d'attachement.

Puis, d'autres études (par ex. : Goossens & Van IJzendoorn, 1990; Greenspan & Benderly, 1998; Raikes, 1993; Ritchie & Howes, 2003) ont montré qu'il était nécessaire que le professionnel soit identifié, connu et stable. De plus, le professionnel doit être disponible pour l'enfant, attentif et se montrer sensible envers l'enfant, c'est-à-dire, porter un intérêt à ses besoins et y répondre de façon adéquate. Enfin, Howes (1998) spécifie trois points essentiels pour que le professionnel puisse devenir une figure d'attachement : un investissement dans les soins physiques et psychiques de l'enfant, une présence régulière et importante et un investissement émotionnel dans le lien.

Des recherches réalisées sur la qualité d'accueil des modes de garde ont apporté des éléments de compréhension sur les variables susceptibles d'impacter la qualité du lien d'attachement professionnels-enfants et, plus largement, la qualité du mode d'accueil.

4. Les recherches portant sur la qualité d'accueil des modes de garde

Depuis la seconde moitié du XXème siècle, de nombreuses études, que nous ne détaillerons pas ici, se sont intéressées à la qualité d'accueil des modes de garde extra-familiaux face à la demande croissante des familles de ce type d'accueil (Guedeney, Grasso, & Starakis, 2004). L'objectif principal des premières recherches était de saisir dans quelle mesure ce type de garde pouvait être un facteur de protection ou de risque pour le développement des jeunes enfants (Guedeney et al., 2004). Pour nombre de ces recherches, la création d'un lien d'attachement stable et sécure entre l'enfant et les professionnels de la structure serait un élément témoin d'une qualité d'accueil satisfaisante.

Deux variables en particulier ont été ciblées dans un nombre important d'études (par ex. : Allhusen, 1992; Phillips, Starr, & McCartney, 1987; Ruopp, Travers, Glantz, & Coelen,

1979; The National Institute of Child Development Early Child Care Research Network, 2005) comme ayant un impact sur la qualité de ce lien : le ratio et la taille du groupe. En effet, plus le nombre théorique d'enfants à charge par professionnels présents (le ratio) est faible et plus le lien est de bonne qualité et le caregiving des professionnels sensible et positif. Une taille du groupe plus petite semble aussi impacter positivement le caregiving.

Par exemple, une partie de l'étude du NICHD (2005) a permis de démontrer grâce à l'utilisation de l'échelle ORCE (*Observational Record of the Caregiving Environment*, NICHD,1996) et l'inventaire HOME (Child Care Home Observation for Measurement of the Environment, Caldwell et Bradley, 1984) que le taux et la fréquence de caregiving positif (chaleureux, sensible et ajusté) étaient significativement corrélés avec les types d'accueil proposant les plus petits groupes d'enfants et les plus petits ratios

Cependant, une recherche menée auprès d'enfants de 2 à 3 ans en crèche et en école maternelle ne confirme pas cette importance du ratio dans la qualité du lien d'attachement testé avec l'Attachment Q-Sort de Waters et Deane (1985) (Macé & Florin, 2007). La proportion de liens d'attachement sécure et insécure enfants-professionnels était comparable entre les deux groupes malgré un ratio très différent (1 adulte pour 5 à 8 enfants en crèche, contre 1 adulte pour une quinzaine d'enfants minimum à l'école maternelle). Les auteurs émettent l'hypothèse que la variable impactant la sécurité du lien serait la référence : la présence d'un seul instituteur permettrait d'identifier un professionnel, contrairement au collectif de professionnels présents en crèche. Cependant, la recherche ne semble pas avoir été menée dans des crèches pratiquant la référence.

5. Mise en lien des éléments cliniques et scientifiques autour de la référence

Pour résumer, les éléments apportés par les études sur la théorie de l'attachement montrent que l'adulte doit être non interchangeable, disponible, sensible face aux besoins de

l'enfant, investi dans les soins physiques et psychiques, engagé dans un lien émotionnel et passant un temps de présence régulier et important auprès de l'enfant pour devenir une véritable figure d'attachement. Les études portant sur la qualité de l'accueil des modes de garde ajoutent que la qualité du lien d'attachement peut être impactée par le ratio professionnel-enfant, la taille de groupe et la stabilité des professionnels, entre autres.

Les écrits cliniques entourant la référence précisent que la référence permet d'identifier un adulte au sein du lieu d'accueil, prenant en charge de façon privilégiée les soins physiques et psychiques de l'enfant durant toute la période de son accueil. De part cette mission, le référent est amené à avoir un temps de présence et une stabilité auprès de l'enfant plus importants que les autres professionnels. Par définition, la référence instaure aussi un fonctionnement en sous-groupe au sein d'une même unité de vie : le référent prend en charge les soins de ses enfants de référence et ce groupe reste identique d'un jour à l'autre dans un espace spécifique.

Les études scientifiques traitant de la référence montrent aussi que la mise en place d'une telle pratique tend à améliorer le caregiving des professionnels. Ayant un plus petit groupe à gérer, les professionnels se montrent davantage disponibles et attentifs à leurs besoins, acquièrent une meilleure connaissance de leurs besoins et de leur développement. De plus, les témoignages de professionnels référents issus d'études qualitatives (Lee & al., 2016; Violon & Wendland, 2014) mettent clairement en avant la création de ce lien affectif particulier avec l'enfant lors de la mise en place de la référence.

Ainsi, forts de ces éléments, nous pouvons supposer que la désignation d'un adulte référent favorise la création de liens sécurisants au sein des structures d'accueil collectives. Pour certains auteurs comme Aguillard et al. (2005), la proposition d'un référent, stable tout au long des trois ans de crèche, serait une pratique indispensable pour la création d'un lien

d'attachement entre enfant et professionnel. Cependant, bien que cette association entre référent et figure d'attachement secondaire soit fréquemment admise dans la littérature scientifique et clinique aucune étude scientifique ne l'a démontré à ce jour à notre connaissance.

6. Perspectives futures

Des recherches ayant comme objet d'étude la référence sont donc indispensables pour permettre de mieux saisir les enjeux de cette pratique. Les écrits émanant du terrain font apparaitre une définition encore floue et une mise en application très hétérogène. D'autre part, les recherches scientifiques répertoriées sont essentiellement étrangères, notamment nord-américaines. L'extrapolation de leurs résultats à la situation française n'est pas aisée puisque « il est difficile d'interpréter les résultats d'études conduites dans des pays dont les modes d'accueil et leurs caractéristiques diffèrent considérablement » (Florin, 2010, p.97). La législation française règlemente de façon spécifique les qualifications exigées chez les professionnelles et le taux d'encadrement des enfants. Par exemple, ce dernier est de 1 adulte pour 5 enfants n'ayant pas encore acquis la marche ; 1 adulte pour 8 enfants qui marchent. A titre de comparaison, aux Etats Unis, The *American Public Health Association*, the *American Academy of Pediatrics* and the *National Resource Center for Health and Safety in Child Care and Early Education* recommandent un ratio de 1 professionnel pour 2 enfants de 0 à 24 mois et 1 professionnels pour 3 enfants de 2 à 35 mois (2011). Dans l'étude du NICHD, 71% des structures participantes respectaient cette recommandation (2005), même si ce chiffre était moindre dans d'autres études. Ainsi, des études françaises sont indispensables pour cerner ce qui définit, dans notre contexte politique, culturel et socio-économique actuel, une qualité d'accueil satisfaisante.

Conclusion

La pratique de la référence en crèche demeure à ce jour une notion faiblement étudiée. Sur le terrain, il semblerait qu'elle suscite des débats importants autour de son intérêt pour les différents acteurs en présence (l'enfant, ses parents, les professionnels). Le constat de sa disparition progressive a même déjà été attesté en 2010 (Nègre & Javault) dans les crèches françaises. Il paraît donc urgent de mettre en place des recherches qui permettent de préciser ce qu'apporte concrètement à l'enfant la présence de professionnels référents sur les lieux d'accueil collectifs en France pour savoir s'il s'agit bien d'un « outil de travail (…) au service du psychisme des tout-petits » comme l'exprimait Giampino (1999, p.69) ou, avec les mots de Mauvais (2009), si elle permet vraiment d'individualiser le collectif et de répondre aux besoins affectifs du jeune enfant accueilli. De plus, ces études permettraient d'apporter un meilleur étayage théorique des pratiques des professionnels, les aidant ainsi à relever le défi de cet « art du caregiving » (Lally & al., 2010, p.6) qui peut parfois s'avérer périlleux dans les conditions de travail actuelles et face aux exigences des taux de remplissage (Giampino, 1999).

Enfin, s'intéresser aux pratiques des établissements d'accueil collectif du jeune enfant est primordial pour deux dernières raisons. Tout d'abord, en termes de prévention primaire, car l'« on sait que c'est au cours de l'enfance que se construisent les bases de la personnalité » (Jaquet-Travaglini & al., 2003, p.16) des adultes de demain. Et ensuite, parce que, aussi fréquent soit-il, l'accueil en crèche ne doit pas être banalisé. La séparation avec le parent peut avoir des effets néfastes sans une qualité d'accueil suffisante (Jaquet-Travaglini & al., 2003). Si dans certains contextes de carences familiales la crèche peut représenter un milieu protecteur et stimulant (Santelices & al 2009), de par les « multiples discontinuités et des ruptures que peut occasionner le rythme de la vie collective (…) la crèche peut représenter un risque effectif pour la socialisation d'un jeune enfant » (Guedeney, Grasso, & Starakis, 2004,

p.285) ou même « être créatrice de troubles pour les enfants qui la fréquentent » (Jaquet-Travaglini & al., 2003, p.39).

Les points importants à retenir :

1. Un paradoxe entoure la notion de personne référente: bien que soutenue par les apports de la théorie de l'attachement notamment, elle génère de fortes résistances chez les professionnels de terrain, ce qui rend difficile son implantation dans les crèches françaises.

2. La référence a peu fait l'objet d'études scientifiques en France comme à l'international et est peu présente dans les manuels pédagogiques à destination des structures d'accueil.

3. Des recherches futures sont indispensables pour mieux cerner les contours de la référence et ses enjeux et comprendre si elle permet la création de liens d'attachement secondaires en crèche et soutient le développement de l'enfant.

Références :

1. AGUILLARD A.E., PIERCE S.H., BENEDICT J.H., BURTS DC.: « Barriers to the implementation of continuity-of-care practices in child care centers », *Early Childhood Research Quarterly*, 2005 ; 20 : 329–344.

2. ALLHUSEN V.D. : *Differences in day care experiences of infants in three different teacher-child ratio groups: Variations in caregiving quality*, Cornell University, Ithaca, 1992.

3. AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, AMERICAN PUBLIC HEALTH ASSOCIATION, NATIONAL RESOURCE CENTER FOR HEALTH AND SAFETY IN CHILD CARE AND EARLY EDUCATION: *Caring for our children: National health and safety performance standards; Guidelines for early care and education programs,* American Academy of Pediatrics, Elk Grove Village IL; American Public Health Association, Washington DC, 2011.

4. BARNAS M.V., CUMMINGS, E.M: « Caregiver stability and toddler's attachment-related behaviors towards caregivers in day care », *Infant Behavior and Development*, 1997; 17: 171–177.

5. BERNHARDT J.L.: « A primary caregiving system for infants and toddlers: Best for everyone involved », *Young Children*, 2000; 55 *(2)* : 74–80.

6. BOWLBY J. : *Attachement et Perte. Volume 1: l'Attachement,* Tavistock, Londres, 1969. Traduction J. Kalmanovitch, PUF, Paris, 1978a.

7. BOWLBY J. : *Attachement et perte. Volume 2: La séparation: angoisse et colère*. Tavistock, Londres, 1973. Traduction B. De Panafieu, PUF, Paris, 1978b.

8. BOWLBY J. : *Attachement et perte. Volume 3: La perte: tristesse et dépression*. Tavistock, Londres, 1980. Traduction D. E. Weil, PUF, Paris, 1984.

9. BRANDTJEN H., VERNY T.: « Short and long term effects on infants and toddlers in full time daycare centers », *Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Health*, 2001 ; 15 *(4)* : 239–286.

10. CAFFARI R. : « Ni trop près, ni trop loin dans l'accompagnement d'un enfant en crèche », *Métiers de La Petite Enfance*, 2011 ; 172 : 17–19.

11. CRYER D., HURWITZ S., WOLERY M. : « Continuity of caregiver for infants and toddlers in center-based child care. Report on a survey of center pratices », *Early Childhood Research Quarterly*, 2000 ; 15 *(4)* : 497–514.

12. DAVID M. : « Pour une meilleure connaissance du bébé. Contributions de l'Institut Emmi-Pikler », *in* SZANTO-FEDER A. : *Loczy: Un nouveau paradigme? L'institut Pikler dans un miroir à facettes multiples*, PUF, Paris, 2002 ; p.31–50.

13. DAVID M. : *Prendre soin de l'enfance*, Erès, Toulouse, 2014.

14. DAVID M., APPELL G. : *Loczy ou le maternage insolite*, Le Scarabée, Paris, 1973.

15. EBBECK M., MEI YONG PHOON D., TAN-CHONG C.K., MARILYN A.B.T., MANDY L.M.G. : « A research study on secure attachment using the primary caregiving approach », *Early Childhood Education Journal*, 2015 ; 43 : 233–240.

16. EBERHART-WRIGHT M.A.A.: « The challenge of multiple caregivers », *in* Maldonado-Duran M.: *Infant and toddler mental health. Models of clinical intervention with infants and their families,* 2002 ; p.207-235.

17. FALK J. : « Répondre aux besoins primordiaux des tout-petits », *Enfance*, 1980 ; 33 *(4–5)* : 239–243.

18. FAVEL F. : « Loczy, une référence actuelle », *EJE*, 2008 ; 14 : 10–13.

19. FLORIN A. : « Modes d'accueil pour la petite enfance au regard de la recherche internationale », *in* BEN SOUSSAN P. : *Le livre noir de l'accueil de la petite enfance*, Erès, Toulouse, 2010 ; p.69-106.

20. FODOR PUEL I. : « Préserver la qualité de l'accueil du jeune enfant », *Cahiers de La Puéricultrice*, 2011 ; 250 : 22–24.

21. GAFFIOT F. : *Le Grand Gaffiot : dictionnaire latin-français*, Hachette, 2000.

22. GIAMPINO S. : « Personne de référence et suivi des enfants dans les lieux d'accueil », *La Lettre du Grappe*, 1999 ; 67–74.

23. GOOSSENS F.A., VAN IJZENDOORN M.H.: « Quality of infants' attachment to professional caregivers: Relation to infant-parent attachment and day care characteristics », *Child Development*, 1990; 51: 832–837.

24. GREENSPAN S., BENDERLY B.L. : *L'esprit qui apprend : affectivité et intelligence*, Odile Jacob, Paris, 1998.

25. GUEDENEY A., GRASSO F., STARAKIS N. : « Le séjour en crèche des jeunes enfants : sécurité de l'attachement, tempérament et fréquence des maladies », *La Psychiatrie de l'enfant*, 2004 ; 47 *(1)* : 259–312.

26. HOWES C.: « Continuity of care: The importance of infant, toddler, caregiver relationships », *Zero to Three*, 1998; 18: 7-11.

27. JAQUET-TRAVAGLINI P., CAFFARI-VIALLON R., DUPONT A. : *Penser, réaliser, évaluer l'accueil en crèche: une démarche d'équipe,* Editions des Deux Continents, 2003.

28. KIBBLE N., CAIRNS-COWAN N., MCBRIDE B., CORRIGAN J., DALLI C.: *Primary caregiving - what it means for you and tour child*, 2014. Retrieved August 29, 2016, from http://babysteps.net.nz/research-articles/primary-caregiving-means-child/

29. LALLY J., TORESS Y., PHELPS P.: *How to care for infants and toddlers in groups?*, 2010. Retrieved from https://www.zerotothreee.org/ressources/77-how-to-care-for-infants-and-toddlers-in-groups

30. LEE S.Y., SHIN M., RECCHIA S.L. : « Primary caregiving as a framework for preparing early childhood preservice students to understand and work with infants », *Early Education and Development*, 2016 ; 27 *(3)* : 336–351.

31. L'ACTIF : « Le Référent: un Objet Professionnel Non Identifié? » [Dossier], *Les Cahiers de l'Actif*, 2011 ; 424-425 : 5-213.

32. MACE S., FLORIN A. : *Quelles relations d'attachement pour l'enfant à la crèche et à l'école maternelle ?,* Séminaire de la petite enfance, Observatoire de l'enfance, Paris, 2007.

33. MAUVAIS P. : « Le collectif individualisé ou comment cultiver le bien-vivre ensemble », *Métiers de La Petite Enfance*, 2009 ; 154 : 31–34.

34. NEGRE O., JAVAULT D. : « Où est passée la référente de l'enfant ? », *Métiers de La Petite Enfance*, 2010 ; 158 : 34–35.

35. OBSERVATOIRE NATIONAL DE LA PETITE ENFANCE : *L'accueil du Jeune Enfant en 2014. Données statistiques,* Paris, 2015.

36. OWEN M.T., KLAUSLI J.F., MATA-OTERO A.M., CAUGHY M.O.: « Relationship-focused child care practices: Quality of care and child outcomes for children in poverty », *Early Education and Development*, 2008 ; 19 *(2)* : 302–329.

37. PHILLIPS D.A., STARR S., MCCARTNEY K.: « Dimensions and effects of child care quality: The Bermuda Study », *in* PHILLIPS D.: *Quality in child care: What does research fell us?, N*ational Association for the Education of Young Children, Washington DC, 1987, p.43–56.

38. PIRARD V. : « Qu'est-ce qu'un soin? », *Esprit*, 2006; 1: 80-94.

39. RAIKES H.A. : « Relationship duration in infant care: Time with a high abiliy teacher and infant-teacher attachment », *Early Childhood Research Quarterly,* 1993 ; 8 : 309–325.

40. RITCHIE S., HOWES C. : « Program practices, caregiver stability, and child-caregiver relationships », *Applied Developmental Psychology*, 2003 ; 24 : 497–516.

41. ROBERT P., REY-DEBOVE J., REY A. : *Le Petit Robert : dictionnaire alphabétique et analogique de la langue française,* Dictionnaires Le Robert, 2010.

42. ROCKEL J.: « "Someone is going to take the place of mum and dad and understand..." Teachers' and parents' perceptions of primary care for infants in early childhood centres », *NZ Research in Early Childhood Education*, 2003; 6 : 113–126.

43. RUOPP R., TRAVERS J., GLANTZ F., COELEN C. : *Children at the center: Summary findings and policy implications of the National Day Care Study,* Abt Associations, Cambridge MA, 1979.

44. SANTELICES, M P, OLHABERRY, M, PAZ PÉREZ-SALAS, C ET CARVACHO, C. « Comparative study of early interactions in mother–child dyads and care centre staff–child within the context of Chilean crèches », *Child : Care, Health and Development*, 2009; 36(2), 255-264.

45. SPITZ R.A., WOLF K.M., PSYCHOANALYTIC RESEARCH PROJECT ON PROBLEMS OF INFANCY & PENNSYLVANIA STATE UNIVERSITY: *Grief: A peril in infancy* [document video], University, Media Sales, University Park, Pa, Pennsylvania State, 1947.

46. SZANTO-FEDER A. : « Préface », *in* SZANTO-FEDER A. : *Loczy: Un nouveau paradigme? L'institut Pikler dans un miroir à facettes multiples*, PUF, Paris, 2002, 5–16.

47. THE NATIONAL INSTITUTE OF CHILD DEVELOPMENT EARLY CHILD CARE RESEARCH NETWORK : *Child care and child development. Results from the NICHD Study of Early Child Care and Youth Development*. The Guilford Press, New York, 2005.

48. VAN IJZENDOORN M.H., SAGI A., LAMBERMON M.W.E. : « The multiple caregiver paradox: Data from Holland and Israel », *New Directions for Child Development*, 1992 ; 57 : 5–27.

49. VINCZE M. : *L'auxiliaire de référence en pouponnière*. Association Pikler Loczy France, Paris, 1991.

50. VIOLON M., WENDLAND J. : « Les relations professionnels / enfants dans les pouponnières et foyers de l'enfance: la notion de référence », *La Psychiatrie de l'Enfant*, 2014 ; 57 *(2)* : 581–616.

51. WATERS E, DEANE K. : « Defining and assessing individual differences in attachment relationships: Q-methodology and the organization of behavior in infancy and early childhood », *Monographs oh the Society for Research in Child Development,* 1985; 50 *(1-2):* 41-65.

1.1.2.2. Compléments à l'article n°1

Nous souhaitons compléter la revue de littérature ci-dessus par la présentation succincte du livre récent de Miriam Rasse et Jean-Robert Appell : « L'approche Piklérienne en multi-accueil » (2017) qui n'était pas encore paru lors de l'élaboration de notre article. Diana Zumstein, psychologue, y aborde notre sujet en un chapitre d'une quarantaine de pages intitulé « Référence n'est pas préférence ! La personne de référence, ses relais et le travail d'équipe » (2017, pp.99-140). A notre connaissance, il s'agit de la plus conséquente description que l'on retrouve actuellement dans la littérature française à propos de la référence en crèche. Au vu de sa pertinence et de la proximité de son contenu avec notre travail, ce chapitre et l'ouvrage dans son ensemble permettront d'éclairer nos résultats dans le chapitre Discussion.

Si l'on se penche quelques instants sur le titre de ce chapitre, « Référence n'est pas préférence ! », nous constatons dès à présent que la tournure de ces quelques mots soutient l'idée qu'un malentendu, une confusion, existe bien autour du concept de référence, comme nous l'avons mentionné dans la revue de littérature. De plus, il invite à réfléchir à l'idée de la relation privilégiée enfant-référente et à ses enjeux affectifs. La suite du titre, « La personne de référence, ses relais et le travail d'équipe », inscrit la présence de « tiers » dans la relation enfant-référente. De plus, cet intitulé présente la référence dans une approche d'équipe comme nous avons pu le soulever dans l'article n°1 : la prise en charge de l'enfant s'organise entre toutes les professionnelles de l'unité de vie, la référente n'étant pas la seule impliquée dans l'accueil de l'enfant.

Enfin, en introduction de ce chapitre, la référence est définie comme l'apport piklérien qui « questionne le plus » (p.99). Diana Zumstein remarque que sa pertinence est mise en cause par les professionnelles face aux besoins des enfants accueillis en crèche, retrouvant leurs parents le soir et dans des accueils devant relever le défi de la flexibilité.

1.1.3. La référence en pouponnière (article n°2)

Le premier article dont nous venons de parler a été rédigé dans la continuité de notre premier travail de recherche sur ce thème, datant de 2014, sur la référence en pouponnières et foyers de l'enfance. Il nous paraît alors important de le présenter ci-après afin de compléter les apports théoriques.

Cet article[2] détaille les appuis historiques entourant la référence. En premier lieu, il propose une description des enjeux d'un accueil de l'enfant en institution ainsi que l'expérience de l'Institut Pikler-Loczy et de leur pratique de la référence. Puis, il évoque l'impact de ces apports dans la pratique française.

De plus, ce travail représente la première étude qualitative sur la référence menée en France à notre connaissance. Nous analyserons, dans le chapitre Discussion, nos résultats à la lumière de ceux obtenus à partir des entretiens d'auxiliaires de puériculture réalisés au sein de deux pouponnières.

[2] Dans cet article, nous avons employé à plusieurs reprises la notion de « méthode de soins » pour qualifier les pratiques des professionnelles de l'Institut Pikler-Loczy. Ce terme nous paraît désormais très maladroit ; nous préférons le remplacer par « l'expérience de Loczy ».

CAIRN.INFO
Chercher, repérer, avancer.

LES RELATIONS PROFESSIONNELS/ENFANTS DANS LES POUPONNIÈRES ET FOYERS DE L'ENFANCE : LA NOTION DE RÉFÉRENCE

Margot Violon et Jaqueline Wendland

Presses Universitaires de France | *La psychiatrie de l'enfant*

2014/2 - Vol. 57
pages 581 à 616

ISSN 0079-726X

Article disponible en ligne à l'adresse:

http://www.cairn.info/revue-la-psychiatrie-de-l-enfant-2014-2-page-581.htm

Pour citer cet article :

Violon Margot et Wendland Jaqueline, « Les relations professionnels/enfants dans les pouponnières et foyers de l'enfance : la notion de référence »,
La psychiatrie de l'enfant, 2014/2 Vol. 57, p. 581-616. DOI : 10.3917/psye.572.0581

Distribution électronique Cairn.info pour Presses Universitaires de France.

© Presses Universitaires de France. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - - - 85.169.117.197 - 09/01/2015 20h03. © Presses Universitaires de France

Attachement
Enfant
Placement
Pouponnière
Référence
Séparation

LES RELATIONS PROFESSIONNELS/ENFANTS DANS LES POUPONNIÈRES ET FOYERS DE L'ENFANCE : LA NOTION DE RÉFÉRENCE

Margot VIOLON[1]
Jaqueline WENDLAND[2]

LES RELATIONS PROFESSIONNELS/ENFANTS
DANS LES POUPONNIÈRES ET FOYERS DE L'ENFANCE :
LA NOTION DE RÉFÉRENCE

Dans une première partie, cet article discute brièvement l'évolution récente de la prise en charge des enfants placés en institution. Il se propose ensuite d'étudier une forme de « maternage insolite » développée dans une célèbre pouponnière hongroise appelée Loczy et, plus particulièrement, l'idée novatrice de désigner un adulte « référent » de l'enfant. Une étude qualitative menée auprès de sept auxiliaires de référence exerçant dans deux foyers de l'enfance permet ensuite d'approcher les enjeux de la mise en application de ce principe en France. Ainsi, le manque de formation et de temps d'analyse des pratiques sont pointés du doigt par les professionnelles comme des difficultés majeures, bien que des avantages indéniables d'une telle présence pour l'enfant soient mis en avant.

1. Psychologue clinicienne, Laboratoire de Psychopathologie et Processus de Santé (LPPS, EA 4057), Institut de Psychologie, Université Paris Descartes, IUPDP, Equipe Périnatalité, Petite Enfance et Parentalité.
2. Maître de Conférences HDR, Laboratoire de Psychopathologie et Processus de Santé (LPPS, EA 4057), Institut de Psychologie, Université Paris Descartes, IUPDP, Equipe Périnatalité, Petite Enfance et Parentalité.

Psychiatrie de l'enfant, LVII, 2, 2014, p. 581 à 616

Document téléchargé depuis www.cairn.info - - - 85.169.117.197 - 09/01/2015 20h03. © Presses Universitaires de France

RELATIONSHIP BETWEEN PROFESSIONALS AND CHILDREN IN FOSTER CARE NURSERIES AND INSTITUTIONS: THE NOTION OF REFERENCE

In the first section, this article briefly discusses the evolution of practices involving institutional foster care of children. The authors then focus on an "unusual mothering" model developed in a famous Hungarian nursery called Loczy, and, in particular, on the innovative idea of designating an adult who will serve as the principal referent for the child. A qualitative study conducted with seven childcare assistants working in two children's foster care homes then makes it possible to have an in-depth understanding of the issues at stake in the implementation of this principle in France. The lack of training and the little time spent in analyzing professional practices were pointed out by the professionals as major difficulties, although undeniable benefits of such a person for the child were clearly seen.

Keywords: Attachment – Child – Foster care – Nursery – Reference – Separation.

RELACIONES PROFESIONAL/NIÑOS EN LAS GUARDERÍAS Y HOGARES DE LA INFANCIA: NOCIÓN DE REFERENCIA

En la primera parte de este artículo se menciona brevemente la acogida de niños procedentes de las instituciones. Seguidamente se estudia una forma de "función materna insólita" instaurada en una célebre guardería húngara llamada Loczy y, más detalladamente, la idea innovadora de designar a un adulto como "referencia" del niño. Un estudio cualitativo con siete auxiliares de referencia que ejercen en dos hogares de la infancia nos ha llevado a considerar la aplicación de este método en Francia. Para los profesionales la falta de formación y de tiempo para analizar esas prácticas supone un obstáculo importante para su aplicación. Sin embargo está claro que ese tipo de presencia supone una ventaja indudable para el niño.

Palabras clave: Apego – Niño – Acogida – Guardería – Referencia – Separación.

Au fil de l'histoire, au terme « d'orphelinats », considérés dans les représentations populaires comme des lieux sans vie, sont venues se substituer des notions plus neutres de « pouponnières » et « foyers de l'enfance » pour décrire les établissements accueillant, jusqu'à leur majorité, les enfants ne pouvant pas ou plus résider auprès de leur famille. Ce changement de terminologie témoigne de la naissance d'une réelle réflexion autour de l'accueil des jeunes enfants en institution. Comme le précisent Hana Rottman et Pascal

Document téléchargé depuis www.cairn.info - - - 85.169.117.197 - 09/01/2015 20h03. © Presses Universitaires de France

Richard (2009) ainsi que Bernard Golse (2010), la simple séparation entre l'enfant et ses parents ne peut pas et ne doit pas être considérée comme thérapeutique. Retirer un enfant de sa famille reste « un acte grave et douloureux » (Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, 1997, p. 13). Si la meilleure institution possible ne pourra jamais remplacer une famille (Houzel, Dayan et la Direction de l'Action Sociale, 1999), il a été néanmoins montré que les enfants pouvaient se développer de manière satisfaisante en étant placés. Maintenir une réflexion constante autour de la prise en charge de ces enfants en institution et de leurs besoins semble donc nécessaire afin d'ajuster la pratique des professionnels, soutenir la visée préventive de leur intervention et faire en sorte que cette séparation soit une « étape constructive » dans la vie de l'enfant (Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, 1997, p. 13).

Dans cet article, nous discuterons brièvement l'évolution de la prise en charge des enfants placés. Puis, nous décrirons les apports d'une célèbre pouponnière hongroise, communément appelée Loczy, qui a su mettre en place une forme de « maternage insolite » permettant à l'enfant de « grandir malgré tout » dans ce type d'établissement (Goossens, 1996). Nous verrons ensuite comment ces idées ont permis, en France, d'amorcer une réflexion importante sur l'état des pouponnières et une certaine réorganisation des foyers d'accueil. Un changement en particulier nous intéressera ici : la mise en place d'un nombre restreint de professionnels intervenant dans les soins de l'enfant et notamment la désignation d'un « référent » de l'enfant. Il s'agit d'une notion largement évoquée dans les lieux d'accueil de l'enfant mais, en définitif, encore faiblement théorisée et très rarement étudiée sur le terrain (Andreoli et Cocever, 1996).

Dans un deuxième temps, nous présenterons une brève étude qualitative réalisée dans deux foyers de l'enfance auprès de sept professionnelles exerçant en tant qu'auxiliaires de référence. Il s'agissait d'approcher la complexité de la relation entre l'enfant et son auxiliaire de référence, ainsi que les enjeux de la mise en place d'une telle pratique dans les foyers de l'enfance.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - - - 85.169.117.197 - 09/01/2015 20h03. © Presses Universitaires de France

Liens affectifs, séparations précoces et accueil de l'enfant en institution

La théorie de l'attachement (Bowlby, 1969 ; 1973 ; 1980) constitue un référentiel incontournable pour étudier les relations professionnelles/enfants dans les institutions d'accueil. Les travaux de John Bowlby ont permis de comprendre qu'un enfant séparé de son parent peut être soumis à un processus de deuil au même titre que l'adulte. Antérieurement, il n'était pas rare de penser que les enfants de moins de cinq ans, au vu de leur immaturité cognitive et affective, ne ressentaient pas la douleur du deuil (Guédeney, Guédeney et Cyrulnik, 2010). Partant de ce constat, Bowlby émet un postulat célèbre qui fut l'un des points centraux de sa théorie : l'attachement de l'enfant à un adulte donneur de soins (*caregiver*) est un besoin primaire dont les buts seraient de maintenir la proximité d'un adulte et de garantir la protection. Il considère les comportements d'attachement envers le *caregiver* ou figure d'attachement comme instinctifs, c'est-à-dire ayant du point de vue évolutionniste une utilité évidente pour la survie. La question s'est alors posée d'elle-même : comment un enfant peut-il continuer à se développer lorsque sa figure d'attachement vient à manquer ? Comment peut-il dépasser le processus de deuil pour reprendre son développement ? Bowlby fut un des premiers à s'interroger sur les solutions à mettre en place pour permettre à ces enfants, séparés pour la plupart de leur mère, de continuer à se développer malgré cette absence. Il suggère alors que la détresse ressentie pourrait être atténuée par la présence d'une autre personne assurant les soins maternels (Bowlby, 1973). Cette idée a pu être par la suite mise en place via la présence de référents dans les établissements d'accueil des jeunes enfants.

Quant à lui, René Spitz (Spitz et Wolf, 1947) a concrètement cherché à comprendre comment un ensemble de professionnels, autrement dit une institution (de type orphelinat), pouvait jouer un rôle de « substitut » lorsque la figure maternelle est éloignée de l'enfant. Il a pointé le rôle néfaste que pouvaient avoir ces établissements

Document téléchargé depuis www.cairn.info - - - 85.169.117.197 - 09/01/2015 20h03. © Presses Universitaires de France

lorsqu'aucune réflexion n'était menée autour de l'accueil de l'enfant. Ainsi, la notion « d'hospitalisme » a montré que le contexte familial n'était pas le seul environnement susceptible d'entraîner des troubles psychopathologiques chez le jeune enfant, mais que des carences « institutionnelles » pouvaient gravement affecter le développement affectif, social, cognitif et comportemental de l'enfant. Ces conclusions rejoignent celles de Bowlby selon lequel l'absence de « mère substitutive » assurant les soins maternels lors de l'absence de la figure d'attachement principale pourrait entraîner des conséquences délétères sur le fonctionnement et le développement de l'enfant (Dugravier, 2006).

Dans le contexte du placement, le professionnel adulte devient un donneur de soins, un *caregiver*, et donc potentiellement une figure d'attachement pour l'enfant. Le « caregiving » est, selon Bowlby (1988), le versant parental de l'attachement, c'est-à-dire la façon dont l'adulte donne des soins en réponse au besoin d'attachement de l'enfant. Ainsi, une véritable réflexion s'est amorcée, dès les années 1960, sur la manière la plus pertinente d'organiser ces institutions pour que les enfants accueillis grandissent « suffisamment bien » dans un environnement « suffisamment bon » (Pieuchot, 2007, p. 135). Toutefois, dès les années 1940, des interrogations semblables avaient permis de modifier les pratiques institutionnelles d'une pouponnière hongroise devenue célèbre au long du vingtième siècle.

L'Institut Emmi Pikler ou « Loczy »

« Loczy » est l'appellation couramment utilisée pour désigner une pouponnière hongroise fondée en 1946 près de Budapest par une pédiatre, Emmi Pikler. Les idées de cette pouponnière, récemment fermée, ont permis d'enrichir de manière non négligeable le questionnement autour de la professionnalisation des soins apportés aux enfants placés, notamment en France. Leur préoccupation première a été de comprendre comment organiser une institution pour la rendre capable de restaurer le potentiel évolutif de l'enfant malgré les traumatismes et deuils qu'il a déjà connus. Pour ce faire, une véritable analyse « expérimentale » des pratiques

Document téléchargé depuis www.cairn.info - - - 85.169.117.197 - 09/01/2015 20h03. © Presses Universitaires de France

institutionnelles a été mise en place, au-delà d'une simple approche clinique. En partant de l'observation minutieuse de la relation nurse/enfant, ces professionnels ont pu créer un modèle concret, cohérent et adapté de prise en charge des enfants carencés comportant : alternance d'intense sécurisation pendant les soins par l'adoption de gestes précis, d'une mise en mots importante des comportements et émotions de l'enfant ainsi que des étapes du soin réalisé et de moments de jeux libre « sous l'œil attentif » de la nurse ; autonomie laissée à l'enfant dans son développement moteur ; volonté de ne pas laisser se déployer des émotions trop intenses dans la relation à l'enfant ; nécessité d'inscrire l'enfant dans une histoire, etc.

Ces idées, novatrices pour l'époque, envisageaient que le soin dispensé par les pouponnières pouvait permettre aux enfants de continuer à se développer correctement malgré leur histoire (séparations précoces, abandons…) et l'absence de leurs parents au quotidien (Szanto-Feder, 2002). Une pleine prise de conscience des facultés de résilience de chaque enfant (Lemay, 1998) allait donc de pair avec un refus de l'enfermer dans une prédiction aliénante.

Le postulat de départ, resté le pivot de toute la réflexion ultérieure des professionnelles de Loczy, est que la relation mère/enfant ne peut en aucun cas être reproduite car elle est unique et se joue sur des modalités relationnelles bien différentes de celle de la relation nurse/enfant (Szanto-Feder, 2002). Selon Judith Falk (1979), ces deux relations n'ont ni la même histoire, ni les mêmes motivations – la relation de la nurse à l'enfant n'est pas une fin en soi, à la différence du lien avec la mère, elle a une visée thérapeutique (restauration de la sécurité, du bien-être) – ni le même avenir. Tenter de la reproduire ne pourrait donc être que néfaste (Falk, 1992).

À l'inverse du comportement maternel, prioritairement dicté par les ressentis de la mère, les nurses doivent être capables de prendre de la distance face à « la pente naturelle de leurs émotions » (Martino, 2001) pour faire preuve de contrôle, de mesure dans le ressenti et l'expression d'affects, de sentiments. Ceci est mis en place pour que l'enfant arrive à concevoir la fin de cette relation comme

Document téléchargé depuis www.cairn.info - - - 85.169.117.197 - 09/01/2015 20h03. © Presses Universitaires de France

une distanciation et non comme une rupture, une énième séparation qui pourrait l'amener à se détacher du monde social. De plus, selon Falk (1979), une relation basée sur des sentiments riches, intenses, ferait naître chez l'enfant des exigences qui ne peuvent pas être satisfaites dans le cadre d'une collectivité. Il s'agit d'instaurer une relation « consciemment contrôlée » (Dugravier, 2006, p. 136). À Loczy, la nurse était invitée à observer très minutieusement le comportement de l'enfant. Cet intérêt porté à l'enfant lui permettait de « conscientiser ses rapports avec l'enfant, de prendre un certain recul vis-à-vis de ses attitudes envers lui et [l'empêchant] de tomber dans des excès » (Vincze, 1991, p. 7). Ces observations étaient ensuite reprises et analysées lors de synthèses régulières.

La notion de référence

Un type particulier de relation instauré dans cet institut nous paraît important à examiner ici : celle entre l'enfant et son « auxiliaire privilégiée ». Comme nous l'avons remarqué plus haut, une idée commune a émergé dans quelques pays européens durant la moitié du vingtième siècle : la détresse de l'enfant séparé de ses parents peut être atténuée par la présence d'une personne spécifique qui entretient avec lui une relation plus individualisée. Ainsi, à Loczy, en plus d'un intérêt soutenu porté par chaque nurse à l'enfant, une personne en particulier était nommée « auxiliaire privilégiée » ou « nurse de référence ». Selon Maria Vincze (1991), il s'agit de :

> La personne qui, au sein d'un groupe d'enfants, porte la responsabilité à titre particulier du bien-être et du bon développement de deux enfants, en leur procurant un intérêt particulier, une relation privilégiée et une sécurité affective (p. 7).

La référente de l'enfant n'était pas forcément celle qui passait le plus de temps avec l'enfant ou qui réalisait tous ses soins. Toutefois, de façon assez subtile, elle pouvait aller légèrement plus loin dans la relation, un peu plus au devant de ce que l'enfant pouvait manifester, entrant un peu plus dans l'intimité de celui-ci. Par exemple, durant les soins où

Document téléchargé depuis www.cairn.info - - - 85.169.117.197 - 09/01/2015 20h03. © Presses Universitaires de France

la verbalisation était très encouragée, la « nurse de référence » décrivait ce qu'elle s'apprêtait à faire, mettait des mots sur les comportements de l'enfant, sur ses émotions, de façon plus poussée, plus en lien avec l'histoire personnelle et la personnalité de l'enfant. Il s'agissait de garantir à l'enfant un moment d'intense sécurisation où seule son individualité compte, tout en mettant en place une véritable fonction de contenance, de « holding winnicottien ». De plus, « l'auxiliaire privilégiée » est celle qui crée le plus de continuité en s'occupant de tout ce qui concerne plus personnellement l'enfant (album photo de l'enfant, achat des vêtements, sorties, etc.).

Un lien d'attachement se met inévitablement en place entre l'enfant et sa nurse de référence. Grâce aux récits des anciens de Loczy, on peut comprendre que, pour l'enfant, cette nurse se rapprochait de la figure maternelle ou d'attachement sans pour autant s'y substituer (Martino, 2001). Du côté de la nurse, Vincze (1991) écrit :

> Nous ne demandons jamais à l'auxiliaire d'aimer l'enfant et nous ne demandons jamais de compter sur cela. Mais, si son travail conscient n'est pas accompagné d'amour à l'égard de l'enfant, ses efforts ne valent rien (p.18).

Mais, selon Anna Tardos (1997), ancienne directrice de Loczy et fille d'Emmi Pikler, « s'il y a l'amour, c'est un autre amour que l'amour maternel » (p. 65). Pour mieux comprendre ce dont il s'agit, on pourrait dire que « la mère soigne son enfant parce qu'elle l'aime ; la nurse aime l'enfant parce qu'elle le soigne » (Szanto-Feder, 2002, p. 162).

À Loczy, les professionnelles ressentaient bien des émotions, comme partout ailleurs, mais ce qui différait était la volonté de ne pas les faire transparaître dans leur relation à l'enfant, le souhait de s'en dégager, de les minimiser en les conscientisant autant que possible. Bernard Martino (2001) résume ainsi le sens de cette approche :

> Il faut admettre que l'enfant qui vient de perdre sa mère, ou d'en être brutalement séparé, puisse avoir besoin d'un lieu calme, d'adultes qui ne lui veulent rien, qui ne l'encombrent pas avec leurs émotions, qui ne lui imposent pas les manifestations de leur personnalité, qui s'invitent très discrètement dans sa vie, qui lui donnent le droit et le temps d'être triste (p. 312).

Document téléchargé depuis www.cairn.info - - - 85.169.117.197 - 09/01/2015 20h03. © Presses Universitaires de France

L'impact de ces idées dans la pensée et la pratique françaises

Dès les années 1950/1960, on constate un nombre grandissant d'écrits traitant de la carence de soins et de la séparation en France, notamment grâce aux travaux de « quatre pionnières » dont trois nous intéressent particulièrement ici (Dugravier et Guédeney, 2006). Dans les années 1945-1950, de nombreux questionnements sur le bien-être des enfants séjournant à la fondation Parents de Rosan (foyer de l'Assistance Publique annexé à l'hôpital Ambroise Paré à Paris) sont apparus chez Jenny Aubry-Roudinesco, pédiatre de formation, et Geneviève Appell, psychologue. Cette dernière décrit en 1948 son arrivée à la fondation comme « le choc de son existence » (Dugravier, 2006, p. 128). Lorsque Myriam David, pédiatre de formation, les rejoint, quelques années plus tard, elle compare le regard de ces enfants à celui des déportés dans les camps de concentration durant la Seconde Guerre Mondiale (Dugravier, 2006)[3]. Ces professionnelles, sensibilisées aux réflexions suscitées par les travaux dérivés de la théorie de l'attachement (Bowlby, Spitz) encore peu connus en France, ont alors pris pleinement conscience de la nécessité de réorganiser l'accueil des enfants placés afin de lutter contre les phénomènes de « carence ou maltraitance institutionnelle » et « d'hospitalisme ». En effet, selon Myriam David (2005), la séparation de l'enfant et sa famille n'est pas forcément traumatique en soi mais « c'est l'absence de moyens mis à la disposition de l'enfant et/ou de son éventuelle incapacité à les utiliser qui sont traumatiques » (p. 103). Dès 1950, ces pionnières réalisent une étude avec Bowlby sur « les effets de la séparation et la stabulation hospitalière chez les jeunes enfants » (Aubry, 1955). Myriam David et Geneviève Appell ont ensuite continué à améliorer l'accueil des enfants à la pouponnière Amyot, dans laquelle le nombre de personnes s'occupant d'un enfant pouvait atteindre 25. Elles notent que la pratique quasi systématique de soins dépersonnalisés a été difficile à modifier. Selon elles,

3. Le lecteur intéressé par la description des conditions d'accueil des enfants placés à cette époque, en France, pourra se référer à l'article de Romain Dugravier (2006).

Document téléchargé depuis www.cairn.info - - - 85.169.117.197 - 09/01/2015 20h03. © Presses Universitaires de France

cette technique permettait une mise à distance certaine des émotions (Dugravier et Guédeney, 2006). On comprend alors que la découverte (en 1968 et 1971) de la pratique de l'institut d'Emmi Pikler à Budapest a pu les séduire.

Dans les années 1970, la réflexion en France autour du placement de l'enfant en institution s'est ensuite poursuivie grâce à la publication du livre *Loczy ou le maternage insolite* (David et Appell, 1973). Sous l'impulsion de ce mouvement et suite à la sollicitation du Ministère des Affaires Sociales et de la Santé se met en place en 1978 ce qui sera nommé « l'Opération Pouponnière ». Cette campagne de sensibilisation, de formation et de soutien a permis, dans tous les départements français, la rencontre de professionnels de terrain, théoriciens, formateurs de différents établissements, de différentes orientations autour d'un objectif commun : « Améliorer les conditions de vie des enfants en pouponnière » (Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, 1997, p. 14). Cette réflexion amorcée dans les années 1970 n'a cessé de se poursuivre tout au long du XXème siècle ainsi qu'en ce début de XXIème siècle. L'idée directrice de ce mouvement était de faire en sorte que le passage de l'enfant en pouponnière suive une « démarche thérapeutique » (*Ibid.* p. 23). Dans ce même contexte, d'autres recherches dirigées par Didier Houzel (Houzel, Dayan et la Direction de l'Action Sociale, 1999) autour de la parentalité ont permis de prendre conscience que, les discontinuités externes étant impossibles à éviter dans la vie d'une personne, l'important pour le développement de l'enfant est de pouvoir lui fournir la capacité de transformer celles-ci en une continuité interne.

Dans la pratique, plusieurs idées sont alors apparues pour permettre à l'enfant placé d'être accueilli dans un cadre plus sécurisant, dont la mise en place d'une relation privilégiée avec un professionnel en particulier, son référent. Cette pratique était censée éviter les changements répétés de nurses qui s'occupaient successivement de l'enfant, entraînant des contacts dépersonnalisés, « à la chaîne » (Onkelinx, 1996). Pour David (2008), l'objectif unique de la relation référente/bébé était de donner des soins et de l'attention à l'enfant pendant l'absence de sa mère afin de lui permettre de se sentir en sécurité et de continuer son développement

Document téléchargé depuis www.cairn.info - - - 85.169.117.197 - 09/01/2015 20h03. © Presses Universitaires de France

au mieux de ses possibilités. Cette vision s'accorde avec un rapport ministériel qui souligne que :

> La présence d'adultes stables, sécurisants, capables de projeter sur le petit être humain des désirs cohérents et respectueux de son identité naissante permet d'inscrire l'enfant dans un lieu où les personnes, les objets, l'espace, les séquences temporelles ont une fonction structurante (Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, 1997, p. 108).

Ainsi, Nicole et Antoine Guédeney (2011, p. XII) soulignent récemment que :

> Le placement est la forme la plus efficace d'aide pour rétablir la possibilité pour l'enfant de construire de nouveaux liens [...] ; cela se produira à condition que l'enfant ne vive pas dans l'incertitude du lendemain, et que les accueillants soient autorisés à répondre aux besoins urgents d'attachement de l'enfant placé.

Enfin, dans les années 1990, une réelle réflexion autour de la prise en compte de l'intérêt de l'enfant est née, avec la volonté de réaffirmer le droit des enfants, trop souvent sous-estimé face au droit des parents à élever leurs enfants et au maintien du « lien à tout prix » (Berger, 1992 ; 2003). L'émergence de la notion de « bientraitance » de l'enfant reflète également cette nouvelle perspective : « Ensemble des décisions, des choix, des comportements éducatifs et de soins émanant des acteurs, destinés à répondre aux besoins de l'enfant » (Chapon-Crouzet, 2006, p. 126).

Les recherches empiriques dans le domaine

Seules de rares recherches se sont intéressées à décrire et évaluer la qualité des liens entre les professionnels et les enfants placés, en particulier du point de vue de l'adulte donneur de soins. Par ailleurs, la majorité des études se centrant sur la spécificité de ces relations concernent les situations de placement familial et d'adoption (Crittenden, 1985 ; Egeland et Sroufe, 1981 ; Dozier *et al.*, 2001).

Certaines études dans le domaine du placement familial sont intéressantes ici dans la mesure où elles discutent les notions de « suppléance » parentale et d'affiliation de l'enfant placé. L'affiliation est « le fait de se reconnaître comme appartenant à une famille » (Wendland et Gaugue-Finot, 2008).

Document téléchargé depuis www.cairn.info - - - 85.169.117.197 - 09/01/2015 20h03. © Presses Universitaires de France

Il est important pour la construction identitaire de l'enfant qu'il se sente affilié à une famille. Jaqueline Wendland et Justine Gaugue-Finot (2008) ont pu montrer que, lorsque le placement familial de l'enfant était réalisé avant ses trois ans, celui-ci aurait tendance à s'affilier davantage à sa famille d'accueil qu'à sa famille biologique et inversement. Les auteurs ont pu cependant préciser que la création par l'enfant d'un lien d'affiliation avec la famille d'accueil ne supprime en rien le sentiment d'affiliation qu'il peut ressentir envers ses parents biologiques. Ces observations soulignent la nécessité de travailler en coopération avec les parents et non en concurrence et invitent à réfléchir sur la question de l'affiliation chez l'enfant placé en institution, notamment lorsque le placement est prolongé.

Paul Durning (1985) propose de remplacer la notion de « substitution » du parent biologique par celle de « suppléance » dans le cadre du placement familial. La suppléance concerne « l'action auprès d'un mineur visant à assurer les tâches d'éducation et d'élevage habituellement effectuées par la famille » (Chapon-Crouzet, 2005, p. 18). Plusieurs types de suppléance ont été décrits, mais nous nous intéressons ici principalement à la suppléance « partagée » (partage de la parentalité entre la famille biologique et la famille d'accueil ou l'institution) et « investie » (suppléance des parents biologiques sur un moment donné afin de les aider dans leur parentalité). L'accent est mis sur la complémentarité des deux types de « familles », biologiques et suppléantes, dans l'intérêt de l'enfant, dépassant la rivalité et le fantasme d'endosser le rôle « de super-parents réparateurs » (Rottman et Richard, 2009).

D'autres études (Howes et Hamilton, 1992 ; Bacro, Mace et Florin, 2008 ; Van Ijzendoorn et Tavecchio, 1987) se sont concentrées sur les liens professionnels/enfants en situation de garde partielle, lorsque l'enfant vit toujours avec ses parents (crèches, haltes-garderies, nourrices, écoles). Globalement, ces dernières études ont permis, entre autres, de montrer que l'attachement de l'enfant est d'autant plus sécure que l'adulte s'occupe d'un nombre restreint d'enfants, c'est-à-dire que le système de référence est présent (Guédeney, Guédeney et Cyrulnik, 2010). Toutefois,

Document téléchargé depuis www.cairn.info - - - 85.169.117.197 - 09/01/2015 20h03. © Presses Universitaires de France

à notre connaissance, aucune étude n'a, à ce jour, exploré de manière approfondie ce qui se joue réellement dans ce système de référence. Les études existantes sur le sujet, pour la plupart, se sont focalisées sur le versant de l'enfant et considèrent uniquement le lien d'attachement tissé envers l'adulte. Nous faisons donc le choix de nous positionner, à l'inverse, du côté de l'adulte « placé » dans une position de professionnel ayant la charge d'être le « référent » d'un enfant éloigné de son milieu familial.

ÉTUDE QUALITATIVE

L'objectif de la recherche est de comprendre comment la notion de référence est appréhendée et vécue par le professionnel qui a la charge d'un enfant placé en collectivité, ayant pour tâche d'étayer son développement sur une relation privilégiée mais à durée déterminée. Cette étude vise ainsi à enrichir la réflexion autour des relations professionnel/enfant placé et des pratiques de prise en charge dans le domaine de la protection de l'enfance en France.

Il s'agit d'une étude qualitative et exploratoire. Nous avons souhaité réaliser des entretiens auprès de professionnels travaillant en pouponnière, c'est-à-dire auprès d'enfants de 0 à 3 ans, puisqu'en France les principes de référence selon Loczy ont surtout été appliqués dans ce type d'établissement.

Outils de recherche

Pour mettre en place notre projet, des entretiens semi-directifs ont été menés avec sept professionnels de pouponnières utilisant le principe de référence. Afin de pouvoir mettre en place une méthodologie pertinente et réalisable, des entretiens informels ont été conduits au préalable avec des psychologues cliniciennes de ces institutions. Avec leur collaboration, une grille d'entretien a été élaborée afin d'avoir une ligne directrice durant l'entretien et de faciliter l'analyse qualitative. Tout d'abord, une consigne très ouverte a été proposée à tous les participants : « Vous travaillez dans cette pouponnière dans laquelle chaque professionnel est référent

Document téléchargé depuis www.cairn.info - - - 85.169.117.197 - 09/01/2015 20h03. © Presses Universitaires de France

d'un ou plusieurs enfants. J'aimerais que vous me parliez de votre rôle de référent(e), de ce que cela représente pour vous. » Des questions avaient été élaborées afin d'amener le professionnel à apporter des réponses autour de plusieurs thèmes : définition de la référence, pratique sans la référence, avantages/inconvénients de la référence pour l'enfant et pour la pratique professionnelle, attachement de l'enfant à l'égard de « sa référente », formation à la méthode de soins d'inspiration loczienne et sa mise en pratique, connaissances des apports de Loczy.

Pour faciliter le traitement des résultats (retranscription des entretiens), il a aussi été proposé aux professionnels d'enregistrer l'entretien en leur offrant l'entière liberté de le refuser. Les analyses du contenu des entretiens ont ensuite été réalisées thèmes par thèmes (Bardin, 2007). Pour chaque thème, les sept entretiens ont été mis en parallèle afin de mettre en avant les différences/ressemblances dans le discours. Ces données ont fait l'objet d'une fine description avant d'être discutées au regard des apports théoriques précédemment présentés.

Lieux de recueil de données

Nous avons rencontré des difficultés à trouver des institutions acceptant notre recherche, c'est pourquoi nous n'avons pas émis de critères de sélection des participants. Notre demande était présentée par la psychologue de l'institution à tous les professionnels susceptibles d'être intéressés.

Nous avons pu rencontrer sept auxiliaires de puériculture sur deux pouponnières (trois dans le foyer A et quatre dans le B) qui étaient toutes des femmes (d'où l'emploi fréquent du féminin dans le reste de cet écrit). Les auxiliaires rencontrées travaillaient dans leur foyer actuel depuis un nombre d'années variant entre quatre mois et seize ans avec une moyenne de six années. Elles avaient un nombre varié d'années d'expérience (depuis l'obtention du diplôme) allant de neuf mois à trente ans, la moyenne étant approximativement de douze ans.

Les pouponnières que nous avons contactées sont des pouponnières à caractère social. Les enfants y sont accueillis

Document téléchargé depuis www.cairn.info - - - 85.169.117.197 - 09/01/2015 20h03. © Presses Universitaires de France

jour et nuit. Il nous paraît important de décrire brièvement les deux structures avec lesquelles nous avons travaillé puisque cela pourrait avoir un intérêt pour la compréhension de nos résultats. Néanmoins, nous effectuerons cette description avec le souci de conserver l'anonymat des établissements, comme nous le leur avons garanti.

– *Foyer A*

Le Foyer A est un foyer de l'enfance départemental. Celui-ci réalise des accueils en urgence, 24h/24, 365 jours par an. Mais ceux-ci sont souvent prolongés : dès l'enfant installé, les transferts sont évités vers les foyers d'accueil de plus longue durée pour ne pas lui imposer une nouvelle séparation. Les enfants sont accueillis dès l'âge de 3 jours, si aucun problème de santé n'est décelé à la sortie de la maternité, jusqu'à leur majorité. Une pouponnière est présente dans cet établissement et accueille les enfants de 0 à 3 ans en quatre unités de six enfants. De plus, d'autres sections existent pour les plus grands. Ce foyer a été créé au XVIIème siècle. Il fait partie des premières institutions d'accueil des enfants abandonnés. Cet établissement ne disposait pas d'un appui théorique unique à l'origine, mais a beaucoup évolué depuis sa création et s'est inspiré des apports de chaque époque. Ce foyer n'a donc pas été ouvert avec un projet d'établissement basé sur les principes de Loczy. Ces derniers n'ont été soutenus que par certains directeurs et responsables de services sensibilisés à ces travaux. Quelques professionnels formés ou invités à se former ont alors participé à changer progressivement les pratiques en place.

– *Foyer B*

Le Foyer B a été construit en 1996, suite à la fermeture d'une partie des locaux du Foyer A. Une volonté d'ouvrir des structures de moindre effectif et dans des lieux différents a mené à cette création. Il s'agit aussi d'un foyer départemental appartenant à l'Aide Sociale à l'Enfance. Une pouponnière y accueille trente enfants de quelques jours à 3 ans dans cinq unités de vie (deux unités pour les bébés, une pour

Document téléchargé depuis www.cairn.info - - - 85.169.117.197 - 09/01/2015 20h03. © Presses Universitaires de France

les moyens et deux unités pour les plus de 18 mois). Une autre section peut accueillir des enfants jusqu'à 12 ans. À l'ouverture, ce foyer a été très fortement imprégné des apports de Loczy, que ce soit au niveau architectural (création d'unités de vie avec des espaces ouverts, présence de balcons), organisationnel (mise en place du « tour de rôle », périodes de transmission, unités de six enfants, présence d'une seule auxiliaire à la fois par unité, etc.), de la formation des professionnels, etc.

Procédure

La proposition de l'entretien a été adressée par les psychologues aux professionnels de leur structure susceptibles d'être intéressés. Seulement sept auxiliaires de puériculture ont ainsi accepté de nous rencontrer, bien que notre demande concernait l'ensemble des référentes des deux établissements. Les participants ont signé un terme de consentement libre et éclairé avant chaque entretien.

Dans les deux structures, nous avons réalisé les entretiens dans une pièce calme, sur des chaises ou fauteuils, en face-à-face. Les entretiens ont duré en moyenne 31 minutes. Il aurait été difficile de prolonger ces dialogues puisque les professionnels nous rencontraient pendant leurs heures de travail. Tous les entretiens ont été enregistrés sauf un, car l'auxiliaire l'a refusé.

Résultats

– *La notion de référence : en crèche et en pouponnière*

Pour débuter les entretiens, nous commencions par recueillir des informations concernant le nombre d'années depuis l'obtention du diplôme et d'exercice dans le foyer, les expériences précédentes, le nombre d'enfants en référence au moment de l'entretien et une estimation du nombre d'enfants eus en référence depuis le début de la pratique professionnelle. À cette occasion, quatre des sept personnes rencontrées nous on fait part de leur expérience de la référence en crèche avant leur arrivée à la pouponnière. Outre

Document téléchargé depuis www.cairn.info - - - 85.169.117.197 - 09/01/2015 20h03. © Presses Universitaires de France

de nombreux points de ressemblances, pour ces personnes, être référente en pouponnière s'avère plus délicat qu'en crèche dans la mesure où les parents ne sont présents à aucun moment de la journée (entretien 4). Les « maternantes » (nom par lequel les auxiliaires sont appelées ; il sera discuté plus loin dans cet article) doivent ainsi apprendre seules les habitudes de l'enfant, prendre des décisions pour lui, etc. C'est en ce sens que deux auxiliaires ont pu concevoir le rôle de la référente à la pouponnière comme un « substitut parental » (entretiens 1 et 2). Cependant, une auxiliaire dira que, selon elle, « on leur apporte beaucoup plus ici (à la pouponnière) qu'à la crèche mais tout en leur expliquant qu'on n'est pas leur maman » (entretien 6). Nous reviendrons un peu plus tard sur l'investissement affectif des référents et la place qu'ils prennent par rapport aux parents.

– *La désignation de la référente*

Avant même l'arrivée de l'enfant, sa future référente est désignée. Dans les deux établissements, les professionnels ne choisissent pas leur enfant de référence. Dans le foyer B, on procède à tour de rôle : la personne qui est restée le plus longtemps sans être référent prend en référence le nouvel arrivant. Sur certains aspects, c'est un avantage (« on ne choisit pas et c'est tant mieux », entretien 3), sur d'autres, un inconvénient (« cet enfant ne m'a pas choisi et il peut préférer quelqu'un d'autre », entretiens 3 et 5). Il est intéressant de noter que pour une auxiliaire, la situation peut même devenir préjudiciable pour l'enfant lorsqu'une « maternante » n'arrive pas à aller vers lui, à s'investir assez rapidement dans la relation (entretien 5). Dans le foyer A, la décision est prise plutôt en équipe, en fonction du nombre d'enfants, entre autres. Ce type de décision permet une certaine souplesse : lorsqu'une auxiliaire a besoin de « faire le deuil du départ de l'enfant avant d'en accueillir un autre », une autre personne prendra en référence l'enfant arrivant (entretien 2). De même, lorsqu'une auxiliaire a vraiment des difficultés avec son nouveau « référé », une discussion en équipe peut mener à un changement de référente pour l'enfant (entretien 7).

Document téléchargé depuis www.cairn.info - - - 85.169.117.197 - 09/01/2015 20h03. © Presses Universitaires de France

– *La définition de la référence selon les auxiliaires*

Dans six des entretiens réalisés, nous avons retrouvé le terme de « repère » pour qualifier le rôle de l'auxiliaire privilégiée. Avoir une référente permet à l'enfant de savoir que « quelqu'un est là pour lui » s'il en a besoin (entretien 7), qu'il a « quelqu'un à qui s'accrocher, à qui se tenir » (entretien 5). Elle lui procure ainsi une « sécurité affective » (entretien 1). La référente est perçue comme la personne qui va accompagner l'enfant lors des grands changements dans ses habitudes (changer de lit par exemple, entretien 3), dans ses acquisitions (exemple de la propreté, entretien 2), lors de l'annonce de nouvelles importantes (entretien 3). Il revient aussi à celle-ci de parler à l'enfant de ses parents (entretien 3). Nous avons également trouvé une fois la notion d'être un « exemple » pour l'enfant (entretien 1).

– *Les missions principales de la référente*

Dans les deux foyers, les missions principalement attribuées à la référente semblent être approximativement les mêmes.

a) L'album de vie. Sous forme d'un album-photos commenté par la référente qui y ajoute « sa petite touche personnelle » (entretien 1). Il retrace « l'histoire de l'enfant lors de son séjour en pouponnière » (anniversaires, etc.) (entretien 1). Cette mission semble assez subjective pour certaines (entretien 1) alors que pour d'autres il s'agit de relater des faits essentiellement objectifs (entretien 5), ce qui nécessite une relecture par les collègues (entretiens 2 et 4).

b) L'allocation vêture. C'est la référente de l'enfant qui est désignée pour aller acheter, sur son temps de travail, des vêtements pour l'enfant. Beaucoup nous ont rapporté leur plaisir à effectuer cette mission (« c'est un partage avec l'enfant, c'est super agréable de choisir les vêtements pour l'enfant », entretien 2). Néanmoins, au vue des restrictions budgétaires de ces derniers temps, les crédits nécessaires à cette mission semblent être sur le point d'être supprimés.

c) Les rapports. Les professionnelles doivent décrire la façon d'être de l'enfant par rapport à elle-même, aux autres

Document téléchargé depuis www.cairn.info - - - 85.169.117.197 - 09/01/2015 20h03. © Presses Universitaires de France

adultes, aux autres enfants, l'alimentation, le sommeil, etc. (entretien 7). Les forces et les faiblesses de l'enfant sont décrites, « tant le côté positif que le côté négatif » (entretien 2). Ce rapport est rédigé par la référente, aidée (entretiens 2 et 3) ou non (entretien 7) de ses collègues, puis relu par la puéricultrice ou la directrice. Il est ensuite transmis au juge pour enfants lors des audiences et au référent de l'Aide Sociale à l'Enfance.

d) Les sorties en individuel. Celles-ci sont réalisées dans les deux foyers par l'auxiliaire référente, de préférence.

e) Les relais. La référente de l'enfant est prioritairement celle qui réalise les relais auprès des assistants familiaux (lorsqu'un placement en famille d'accueil a été décidé), d'autres professionnels d'institution ou des parents, en suivant des « protocoles d'adaptation » (entretien 7).

D'autres missions peuvent êtres demandées aux auxiliaires qui peuvent accepter ou non de les réaliser en fonction de ce qu'elles estiment être leurs fonctions en tant que référente de l'enfant (coupe des ongles, accompagnement aux consultations médicales, aux audiences, etc.) (entretiens 1, 4, 5 et 7).

– *L'investissement de la référente dans sa relation à l'enfant*

Dans la définition du rôle et des missions de la référente, le terme « d'investissement » a souvent été évoqué mais sous des réalités bien différentes pour chacune. Pour certaines, cet investissement est de nature *temporelle et matérielle* (missions supplémentaires à réaliser) : « en tant que référente, ce que j'ai en plus ce sont les écritures et les sorties, c'est tout » (entretien 3). Ainsi, l'auxiliaire est reconnue référente de l'enfant seulement parce qu'elle écrit les rapports, confectionne l'album-photos, sort préférentiellement avec lui, etc. (entretiens 3 et 7). Pour d'autres, la référente est là pour *rassembler* toutes les informations concernant l'enfant : il s'agit « d'une personne garante de toutes les informations concernant l'enfant depuis son arrivée à la pouponnière », « qui connaît toute son histoire » (entretien 2). Ici, l'investissement de la référente peut être plutôt compris d'un point de vue cognitif. L'une d'entre elles explique qu'« on ne peut

Document téléchargé depuis www.cairn.info - - - 85.169.117.197 - 09/01/2015 20h03. © Presses Universitaires de France

pas être référent de cinq enfants [...] on ne peut pas porter les cinq projets des cinq enfants à fond continuellement » (entretien 2). « Le fait d'être référent, ça "oblige" à réfléchir un petit peu plus à la prise en charge au quotidien pour les enfants » (entretien 5).

Pour d'autres encore, il faut ajouter un investissement *affectif* (entretiens 1, 2 et 5). La première auxiliaire rencontrée déclare qu'elle « rentrerait moins dans cette relation affective avec un enfant qui n'est pas son référé » et qu'elle « recherche ce petit lien affectif supplémentaire, c'est important pour eux, c'est ce qui leur permet de se développer ». Cet investissement affectif peut se jouer en accordant à l'enfant plus de temps dans les soins (entretiens 1 et 2). Mais pour d'autres, la présence des autres enfants rend cela impossible (entretien 6). Les soins sont alors (et pour certaines, doivent être) répartis de façon égalitaire (entretiens 3, 4 et 5). Pour certaines professionnelles, cet investissement affectif se fait plus dans la qualité de la relation : elles feront plus de bisous, de câlins à leur enfant de référence qu'aux autres (entretiens 1 et 2). Mais cela ne fait, une fois de plus, pas consensus : pour une auxiliaire, « il y a de l'affection [...] mais cela ne change pas par rapport aux autres enfants accueillis » (entretien 3). Pour une autre « maternante », cet investissement affectif se met en place autrement qu'à travers une quantité et une qualité de soin plus importantes données à cet enfant. Quelque chose semble se créer dans les moments à deux (consultations, sorties, etc.). Cela mène, selon elle, à une plus grande « complicité » avec l'enfant dès son retour dans l'unité parmi les autres enfants (entretien 5).

Indépendamment des formes d'investissement de l'auxiliaire dans son rôle de référente, chacune des professionnelles rencontrées a déclaré avoir une place particulière pour l'enfant. Une auxiliaire a pu nous dire que l'enfant « pouvait s'en servir pour se décharger » (entretien 2). Plus de colères, de pleurs, de provocations sont généralement observés envers la référente par rapport aux autres professionnelles (entretiens 2, 3, 5 et 7). L'enfant peut aussi être « plus affectueux, plus en demande » (entretien 5).

Enfin, cette relation particulière entre la référente et l'enfant est vécue avec plus ou moins de culpabilité et de

Document téléchargé depuis www.cairn.info - - - 85.169.117.197 - 09/01/2015 20h03. © Presses Universitaires de France

besoin de justifications : « On n'a pas à les aimer plus que les autres » (entretien 3) ; « Ce n'est pas dans le ressenti "je l'aime plus" ou "il m'aime plus" mais c'est un investissement qui est différent des autres enfants du groupe » (entretien 5) ; « Je n'aime pas savoir que je porte plus d'attention à un enfant qu'à un autre » (entretien 6), etc.

– *Les inconvénients de la référence*

Certaines auxiliaires (entretiens 4 et 7) ne voient pas d'inconvénients à la présence d'un référent, que ce soit pour l'enfant ou pour leur pratique professionnelle : « Être référente d'un enfant est une responsabilité qui nous permet d'avoir un intérêt dans notre travail » (entretien 2). La grande majorité des professionnelles a répondu ne pas pouvoir travailler sans la notion de référence. Néanmoins, pour une auxiliaire cela pourrait être envisageable : « Je ne suis pas référente des cinq autres enfants, mais je les vois tous de la même façon [...] il n'y a pas un lien plus fort ; si on nous demande de faire les rapports des cinq autres, je saurais faire, car je m'en occupe aussi » (entretien 3).

Un inconvénient en particulier de la présence d'un référent pour l'enfant a été évoqué quelquefois : « l'attachement » envers l'enfant (entretien 2). Tout d'abord, lorsqu'il fait défaut, lorsque « le déclic ne se fait pas », lorsque la relation entre les deux n'est pas investie. À l'inverse, l'attachement est vu pour certaines comme un inconvénient lorsqu'il est trop fort : l'enfant peut « se sentir étouffé » (entretien 1). Cela participerait, selon certaines, à faire vivre à l'enfant une nouvelle « cassure », une « séparation affective » au moment de son départ (entretiens 2 et 3). La question des séparations douloureuses a aussi très souvent été abordée du point de vue du professionnel : « Le jour de son départ [...] j'étais effondrée [...] je voulais le garder » (entretien 3) ; « Au moment où il est parti, c'est là que je me suis rendue compte que je m'étais peut-être trop investie avec lui comparé au groupe » (entretien 5).

Cette notion de « juste distance », « d'attachement trop fort » apparaît comme un leitmotiv dans les divers entretiens. Pour certaines, un lien affectif mesuré, contenu, semble facile

Document téléchargé depuis www.cairn.info - - - 85.169.117.197 - 09/01/2015 20h03. © Presses Universitaires de France

à trouver spontanément. Une « maternante » en particulier explique cela par sa personnalité (entretien 5) et une autre par son vécu personnel (entretien 1). Pour d'autres, cette juste distance a été acquise avec l'expérience (entretiens 2 et 4). Une auxiliaire nous dira : « Au début, je dormais pouponnière, je mangeais pouponnière… ! » (entretien 2). Puis, avec le temps, elles apprennent à se protéger davantage. Pour d'autres encore, un réel besoin de travailler le lien à l'enfant est nécessaire (entretien 3). Cela est à travailler seule (entretien 5) ou avec les autres professionnels (entretien 3).

– *La séparation vie professionnelle/vie personnelle*

La majorité des personnes rencontrées disent arriver à bien séparer vie professionnelle et vie personnelle (« après le vestiaire, pour moi, c'est terminé », entretien 1), même si parfois « certaines petites choses nous refont penser » à l'enfant (entretien 2). Beaucoup expliquent qu'elles peuvent compter sur l'équipe présente (entretiens 4 et 5 notamment) lors des congés, des arrêts.

– *Comment la référence est-elle abordée au sein de l'institution ?*

Dans le foyer A, le thème de la référence semble peu abordé en réunion (entretien 1). Entre collègues, on en parle, en fonction des besoins de chacun. Dans le foyer B, cela semble beaucoup plus présent tant en réunion, dans les échanges entre collègues, que dans les discussions avec la psychologue (entretien 3). L'analyse des pratiques (par un psychologue, psychanalyste) est mise en place seulement dans le foyer B, trois fois par mois. Pour beaucoup, c'est peut-être le lieu le plus pertinent pour aborder la référence (entretien 1). Certaines apprécient aussi la disponibilité des psychologues pour en parler.

– *Les relations entre la référente et les parents*

Dans les deux foyers, la référente se présente aux parents de l'enfant lors de son arrivée. Pour deux d'entre elles, les

Document téléchargé depuis www.cairn.info - - - 85.169.117.197 - 09/01/2015 20h03. © Presses Universitaires de France

relations avec ceux-ci paraissent compliquées (entretiens 5 et 7). Certaines auxiliaires diront que la rencontre avec eux est plus ou moins difficile en fonction des motifs d'arrivée de l'enfant dans la pouponnière (entretien 7), ou si la relation se trouve empreinte de jalousie de la part du parent (entretien 2). D'autres ne semblent pas dérangées par ces contacts (entretiens 2 et 4) et pensent même devoir se présenter à eux dès le début puisque ce sont elles qui vont s'occuper de leur enfant. Pour une des auxiliaires, il semble important de bien mentionner aux parents « qu'ils sont toujours parents, qu'on ne prend pas leur place » (entretien 3) : le rôle de la référente peut être compris comme « une continuité de la maman mais il ne faut pas oublier que ce n'est pas la maman non plus » (entretien 6). Dans le discours de certaines auxiliaires, nous avons néanmoins pu remarquer quelques parallèles faits entre la relation enfant/parent et enfant/référente : « Comme les parents peuvent faire avec leurs enfants… » (entretien 1) ; « C'est le même principe que quand c'est nos enfants… » (entretien 1).

– *La formation des professionnels autour de la notion de référence*

Il est important de souligner que la plupart des professionnelles rencontrées n'avaient reçu aucune formation sur la notion de référence avant leur arrivée en pouponnière ou lorsque ce principe y a été adopté, comme en témoigne une des personnes interrogées : « C'est ici que j'ai découvert la notion de référence et je m'y suis tout de suite adaptée » (entretien 1). La formation se fait surtout de manière informelle, avec l'aide des collègues et tout au long de la carrière (« je pense que le fait de voir mes collègues travailler […] cela me permet d'ajuster », entretiens 5 et 6).

DISCUSSION

Cette brève étude qualitative, à visée essentiellement exploratoire, cherchait à décrire les réalités de la mise en application, en France, d'un principe-clé de la pouponnière de Loczy, la référence, à travers le recueil du discours de

Document téléchargé depuis www.cairn.info - - - 85.169.117.197 - 09/01/2015 20h03. © Presses Universitaires de France

professionnelles de terrain (auxiliaires de puériculture). Comme attendu, les représentations autour de la référence et sa mise en application dans ces deux pouponnières françaises semblent proches de celles de l'Institut Emmi Pikler en ce qui concerne les missions à accomplir. Toutefois, il existe des divergences non négligeables entre ces deux types de pratique autour de la formation, du soutien des professionnelles et de l'analyse de leur pratique, du positionnement des professionnelles par rapport aux fonctions maternelles et aux figures parentales, de la gestion des émotions. Nous discuterons ci-après l'ensemble de ces points.

La référence en crèche et en pouponnière

La référence en crèche a souvent été abordée, au début des entretiens, en tant qu'expérience connue avant la pouponnière. La crèche est un des principaux lieux, en dehors de la pouponnière, où les principes de Loczy ont été adaptés en France. Néanmoins, une différence importante dans l'application de la référence a été relevée entre ces deux types d'institution : les parents sont présents dans les crèches et les enfants ne sont pas placés mais simplement confiés. À l'inverse, les parents effectuent simplement des visites à leur enfant placé en pouponnière. En outre, les professionnelles ont su démontrer les avantages de la présence d'un référent, à la crèche comme à la pouponnière. Comme l'expliquait, entre autres, Myriam David (2005), la présence d'une personne particulière assurant des soins continus et de qualité à l'enfant est un des éléments principaux pouvant pallier les effets délétères d'une séparation précoce entre l'enfant et ses parents, quelle qu'en soit sa durée.

La place du professionnel référent auprès de l'enfant placé

La présence d'un référent à la pouponnière est perçue par toutes les auxiliaires comme un avantage incontestable dans la mesure où elle fournit à l'enfant un « repère », une relation privilégiée avec un adulte en particulier. Néanmoins, cette relation privilégiée n'était pas la même pour toutes les

Document téléchargé depuis www.cairn.info - - - 85.169.117.197 - 09/01/2015 20h03. © Presses Universitaires de France

professionnelles. La difficulté est de bien comprendre la nature et les enjeux de cette relation selon chacune. Là où certaines définissent leur spécificité en tant que référente de l'enfant par un investissement uniquement cognitif et temporel, d'autres y ajoutent une dimension affective. Pour ces dernières, il semble très important que l'enfant établisse une relation privilégiée avec un adulte en particulier qui lui fournira l'affection qu'il ne reçoit pas de ses parents. Un point de désaccord avec les travaux de Loczy semble se dessiner ici autour de la gestion des émotions et des sentiments. Là où les professionnelles de l'Institut Pikler accordaient un intérêt important au contrôle des émotions, des sentiments dans la relation à l'enfant, certaines professionnelles de pouponnières françaises reconnaissent comme primordial, pour le développement affectif de l'enfant, l'apport de l'affection (embrasser, câliner, etc.) non fournie par les parents. Nous avons été surpris de trouver cette idée dans une pouponnière dans laquelle la méthode de Loczy tente d'être appliquée, car ce point de vue est habituellement défendu par les opposants à cette pratique. Pour ces derniers, les relations professionnelles/enfants à Loczy représentent un endroit dans lequel les relations professionnelles/enfants sont dépourvues de toute affectivité (Scoatarin, 2003), qui prive les enfants à tout jamais d'une richesse affective. Ce point constitue l'objet principal de toutes les critiques, alors qu'il est considéré par les tenants de l'approche loczienne comme l'atout essentiel de cette méthode de soin. Le parti pris de ces derniers est de permettre à l'enfant de développer un lien d'attachement sécurisant avec sa référente lui permettant de continuer son développement au mieux et de créer par la suite de nouveaux liens (avec sa famille d'origine, une famille d'accueil, etc.), tout en limitant la survenue d'émotions trop intenses de part et d'autres de la relation.

Nous pouvons nous aider ici du concept de discontinuité de Didier Houzel *et al.* (1999) pour comprendre le choix fait à Loczy. Il s'agirait pour les nurses de pouvoir permettre à l'enfant de vivre la séparation (qui est une discontinuité externe) non comme une rupture (discontinuité interne), mais plus comme une distanciation, une étape constructive (continuité interne). Ce pari a été relevé

Document téléchargé depuis www.cairn.info - - - 85.169.117.197 - 09/01/2015 20h03. © Presses Universitaires de France

à Loczy, en préconisant la mise en place d'une relation privilégiée de la nurse avec l'enfant, pas trop fusionnelle, ni trop détachée, une « bonne distance » qui fournit à celui-ci un sentiment continu d'exister (Winnicott, 1969) et des bases narcissiques qui lui font parfois défaut (Rottman et Richard, 2009).

Il paraît maintenant intéressant de nous positionner du côté de l'enfant. Malgré un investissement différent de chacune des professionnelles dans leur position de référente, toutes ont pu dire que l'enfant développait inévitablement un attachement particulier envers sa référente. Ceci se remarque notamment lorsque ces professionnelles évoquent la différence de comportements que l'enfant peut avoir avec elles et leurs collègues (plus de colères, de pleurs, de demandes par exemple). Cet attachement leur paraît primordial pour le développement émotionnel de l'enfant mais il est aussi, paradoxalement, désigné comme l'inconvénient majeur de la présence d'une personne référente. Beaucoup précisent que cet attachement devient gênant lorsqu'il s'inscrit dans une relation émotionnellement chargée pouvant faire vivre à l'enfant un moment difficile, potentiellement déstructurant lors de son départ de la pouponnière. Là se situe alors toute la difficulté de l'accueil d'un enfant en pouponnière pour ces professionnelles : pouvoir se proposer à l'enfant comme figure d'attachement à travers une relation contenue, « consciemment contrôlée » (Dugravier, 2006), s'éloignant alors des modalités relationnelles mère-enfant. À Loczy, le contrôle émotionnel des professionnelles avait pour objectif, comme nous l'avons déjà expliqué, de limiter les demandes affectives de l'enfant, afin que son départ soit vécu comme une distanciation et non comme une rupture. Toutefois, il paraît indéniable que, à Loczy, l'auxiliaire privilégiée se prêtait comme figure d'attachement à l'enfant dans le sens où elle se mettait à sa disposition en tant que base de sécurité pour lui permettre d'explorer son environnement et d'y revenir en cas de détresse. En effet, il est primordial que l'enfant puisse développer un lien d'attachement sécure et personnalisé. Selon Mary Main (1996), ce lien serait un moteur indispensable au bon développement social, intellectuel, cognitif et affectif de l'enfant. Des

Document téléchargé depuis www.cairn.info - - - 85.169.117.197 - 09/01/2015 20h03. © Presses Universitaires de France

recherches permettant d'étudier les patterns d'attachement que développent les enfants envers leur référente pourraient être intéressantes à mener dans les cas de placement prolongé, puisque ce lien a besoin de temps et de constance pour pouvoir se construire.

On peut mettre alors en parallèle le discours des professionnelles interrogées avec l'idée de Jean-Claude Cébula *et al.* (2000) selon laquelle les professionnelles reçoivent une réelle injonction paradoxale : contribuer à la poursuite du développement affectif de l'enfant sans toutefois développer de relation affective trop poussée avec lui. Toute la question ici est celle de la « juste distance », de la « bonne place » à trouver auprès de l'enfant. La méthode de soins de l'institut Pikler est intéressante puisqu'elle fournit des pistes de réponses à ces questionnements omniprésents dans les équipes : que mettre en place pour permettre aux nurses de trouver cette juste distance dans leur relation aux enfants afin qu'elles ne soient ni trop détachées, ni trop fusionnelles ? Deux points méritent d'être examinés : la formation des professionnelles et l'existence de temps d'échanges institutionnels (en dehors de la prise en charge des enfants) pour l'analyse et le soutien des pratiques professionnelles.

– *La formation des professionnelles*

À l'Institut Pikler, une grande importance était accordée au recrutement des professionnelles ainsi qu'à leur formation (Szanto-Feder, 2002). Par exemple, les nurses étaient employées à la sortie de leur baccalauréat et choisies en fonction de leur curriculum vitae mais aussi de leur expérience de vie : « bon » contexte familial, amour et affection reçus de leurs parents. L'objectif était ainsi de limiter le nombre de personnes voulant exercer ce métier dans une optique de réparation d'un vécu personnel carenciel et de recruter des professionnelles ayant eu des relations d'attachement de bonne qualité au sein de leur famille. Ensuite, toute la formation initiale était réalisée à l'institut. Pendant de longs mois, la jeune nurse ne s'occupait que de tâches matérielles avant de se voir attribuer la responsabilité des soins d'un

Document téléchargé depuis www.cairn.info - - - 85.169.117.197 - 09/01/2015 20h03. © Presses Universitaires de France

enfant puis, dans un autre temps, du groupe entier. Aux connaissances pratiques très précises (que nous ne détaillerons pas ici), s'ajoutaient des apports théoriques concernant le développement de l'enfant.

Au cours de nos entretiens, nous avons compris que la formation des professionnelles des pouponnières françaises comportait un nombre important de lacunes. Tout d'abord, la référence semble être une pratique assez peu abordée dans les formations initiales. Certaines l'ont découverte à leur entrée dans la pouponnière. Certaines ont pu ainsi, au début de leur pratique, se sentir par moments un peu « perdues », sans repères, perplexes parfois face à cette relation potentiellement déstabilisante, pouvant susciter des émotions assez importantes en elles. Par ailleurs, seules deux professionnelles sur sept ont dit avoir participé à une formation continue. D'un point de vue individuel, très peu de professionnelles ont rapporté continuer à se former en dehors de la pouponnière (lecture personnelle, formation payante, etc.). Les échanges informels autour des pratiques professionnelles et notamment de la référence (entre collègues, avec le psychologue) semblent être la façon la plus utilisée pour se former et ajuster sa position de référente, tout comme les groupes d'analyse des pratiques lorsqu'ils existent.

– *Les temps d'échanges institutionnels*

Comme nous l'avons déjà souligné, la richesse de la méthode de Loczy tient notamment au fait qu'une analyse rigoureuse des pratiques avait été mise en place. Afin de limiter l'influence des émotions dans la pratique de la professionnelle, celle-ci était invitée à focaliser son attention autour de l'enfant, de son développement, de ses acquisitions. Les notes rédigées étaient ensuite reprises en équipe. Durant ces temps, l'évolution de l'enfant était mise en parallèle avec la relation instaurée avec la nurse. En découlait un véritable ajustement du positionnement de la professionnelle dans sa relation à l'enfant. Ces temps étaient essentiels pour soutenir les auxiliaires et réaliser un réel travail autour « des pulsions, des instincts ». Ainsi, on considérait que « même

Document téléchargé depuis www.cairn.info - - - 85.169.117.197 - 09/01/2015 20h03. © Presses Universitaires de France

la nurse la plus expérimentée [avait] besoin d'un soutien permanent » (Szanto-Feder, 2002, p. 157). L'idée était de proposer une pratique de soins prenant en compte l'intérêt de l'enfant, sans oublier le bien-être du professionnel. Emmi Pikler insistait sur l'importance que la nurse éprouve du plaisir dans son travail afin que celui-ci soit de meilleure qualité.

Lors de nos entretiens, nous avons été surpris de constater que les professionnelles rencontrées ont manifesté un réel intérêt pour le thème de notre étude. Cela nous a alors questionnés sur les moyens mis à leur disposition pour évoquer la pratique de la référence. Nous avons remarqué que des groupes d'analyse des pratiques professionnelles animés par un psychologue ou psychanalyste extérieur se tenaient dans seulement un des deux foyers. Dans les deux foyers, nous n'avons pas pu mettre au jour la présence de temps formels de rencontre entre les professionnels et le psychologue de l'institution, bien que les auxiliaires reconnaissent la présence informelle de celui-ci en cas de nécessité. Dans les deux foyers, les « auxiliaires privilégiées » sont invitées à rédiger un rapport sur l'enfant dans lequel elles inscrivent ses comportements, ses évolutions, etc. Ceci contribue à limiter l'investissement de la nurse en focalisant son attention sur le développement de l'enfant, mais ne paraît pas suffisant. Nous pouvons alors nous interroger sur les conséquences sur la prise en charge de l'enfant de l'absence de temps de réflexion autour de la pratique de la référence. Comment, par exemple, lui offrir une relation sécurisée, contenante, ainsi qu'une attention et une disponibilité soutenues en étant sans cesse aux prises avec ses émotions ? Il émerge un réel intérêt à se voir développer les espaces de paroles, de *debriefing*, de mises en mots des ressentis. Il paraît essentiel de proposer à l'équipe un espace de soutien et de supervision afin qu'elle ne se sente pas en échec, emprunte de culpabilité, mais trouve sans cesse la volonté d'améliorer sa pratique.

Enfin, outre une importante réflexion autour de la gestion des émotions du professionnel, il nous semble aussi important de réserver un moment pour réfléchir à la fonction de l'auxiliaire privilégiée par rapport à la fonction maternelle

Document téléchargé depuis www.cairn.info - - - 85.169.117.197 - 09/01/2015 20h03. © Presses Universitaires de France

et, dans un second temps, au positionnement du professionnel face aux figures parentales de l'enfant.

La particularité des soins dispensés par le professionnel référent : l'amalgame avec les soins maternels

À la lecture de nos résultats, nous avons vu se dessiner un amalgame de certaines professionnelles entre leur fonction de référente et la fonction maternelle. La discussion de ce point est indissociable des éléments évoqués ci-dessus puisqu'à Loczy, la fonction maternelle était *opposée* à celle de la référente. Là où la mère agit de façon instinctive, avec ses propres émotions et sentiments, la nurse se doit d'agir de façon consciente, en contrôlant ses ressentis. Comme nous l'avions mentionné, selon Pikler (Martino, 2001), c'est la tentation de rivaliser avec la figure maternelle qui serait à l'origine de nombreux échecs de la prise en charge d'enfants dans plusieurs pouponnières. Pour mieux comprendre, il pourrait être pertinent de concevoir la relation entre un parent et son enfant comme relevant de l'amour et celle entre un référent et un enfant comme une relation plutôt « amicale ». L'amitié se compose de tendresse accompagnée d'une retenue émotionnelle et pulsionnelle plus importante que lorsqu'il s'agit d'amour.

Toute la difficulté du travail des auxiliaires en pouponnière réside dans le fait de procurer à un enfant (qui n'est pas le leur) des soins habituellement mis en œuvre par la mère et sur une durée déterminée. En effet, pour David (2008, p. 23), « les contacts proches avec les bébés suscitent chez les soignants des émois liés à une maternalité latente ». Dans la pratique française, nous avons remarqué que les auxiliaires référentes pouvaient être appelées « maternantes ». Néanmoins, il revient à Falk (1996) de préciser qu'il s'agit d'une « fonction maternante *professionnelle* » (p. 98). Il semble logique que la sécurité et la continuité relationnelle soient transmises par la nurse à l'enfant dans des moments de relation dyadique, « en miroir, en écho, (un moment) de plaisirs réciproques » (Berger, 2001, p. 38). Or, Maurice Berger (2001) rappelle que « malgré de louables efforts d'organisation, un bon nombre de pouponnières

Document téléchargé depuis www.cairn.info - - - 85.169.117.197 - 09/01/2015 20h03. © Presses Universitaires de France

en France ne proposent pas de temps de relation individuelle prolongé » (p. 38). Il serait important de continuer à essayer d'organiser des temps individualisés pour l'enfant malgré une vie en collectivité.

Les relations professionnels référents/parents

Là où certaines auxiliaires affirment une différence nette entre leur mission et celle des parents, pour d'autres, la limite semble floue. Certaines professionnelles auraient tendance à percevoir leur rôle comme celui d'un « substitut parental ». Au vu des situations familiales parfois très carencées, il ne semble pas rare d'observer la présence, chez certaines professionnelles, de fantasmes de « devenir la bonne mère », d'imaginer pour l'enfant « une famille idéale » (Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, 1997, p. 81). Les relations entre les parents et l'institution dépendent de multiples facteurs (motifs de placement, ressources parentales leur permettant ou non de s'investir dans un travail avec l'équipe, etc.) ainsi que du ressenti des professionnelles face aux parents. Chez l'ensemble des acteurs du domaine de la protection de l'enfance, on pourrait observer une variation allant de l'idéalisation du parent jusqu'au rejet massif de celui-ci (Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, 1997). Il émerge qu'un travail de réflexion approfondi serait à réaliser autour de ces ressentis afin qu'une véritable coopération entre les parents et les professionnelles puisse se mettre en place dans l'intérêt de l'enfant.

Le positionnement professionnel/personnel dans l'exercice de la référence

Grâce à nos entretiens, nous avons pu comprendre que la place de référente, plus que celle de simple professionnelle, renvoie la personne à ses émotions, ses expériences intimes, son histoire personnelle. Etre « référente » d'un enfant suppose de réfléchir pour mettre en place un accueil des plus pertinents en fonction du profil de l'enfant, d'agir au mieux de son intérêt. Néanmoins, certaines professionnelles semblent faire cela au détriment voire au sacrifice d'elles-mêmes, de leur propre sensibilité. Ainsi, certaines auxiliaires étaient

Document téléchargé depuis www.cairn.info - - - 85.169.117.197 - 09/01/2015 20h03. © Presses Universitaires de France

amenées à choisir entre l'intérêt de l'enfant et la volonté de se préserver (exemple de l'accompagnement de l'enfant aux audiences). Pour Suzon Bosse-Platière, Anne Dethier, Chantal Fleury et Nathalie Loutre du Pasquier (1995) :

> Travailler avec de jeunes enfants, c'est travailler avec et sur soi-même, aujourd'hui dans ce qu'on vit, dans ce moment-là, avec cet enfant-là, ce parent-là. C'est travailler avec ses réactions spontanées, ses émotions suscitées par certaines situations soit personnelles, soit provoquées par les enfants à certains moments (p. 164).

La référence comme travail d'équipe

Les entretiens nous ont permis de comprendre qu'au-delà d'une simple pratique individuelle, la référence se met en place au sein d'une équipe parfois de manière informelle et sans formation du personnel au préalable : « formation » à la référence par l'observation de la pratique des collègues, échanges informels tout au long de la carrière autour des difficultés rencontrées ou autour du développement de l'enfant, relais lors des congés, etc. Ceci est un facteur mis en avant par les professionnelles, en plus de l'expérience, comme facilitant la séparation vie professionnelle/vie personnelle. Dans le « Livre vert » des pouponnières, nous pouvons lire :

> Le travail d'équipe accompli auprès de l'enfant par les professionnels constitue une garantie de la dimension thérapeutique de cette action tournée vers un enfant sujet, acteur de son propre développement (Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, 1997, p.78).

L'étude de la fonction de référent et sa charge émotionnelle

Nous avons aussi compris à travers cette recherche que l'étude des relations professionnels/enfant placé est un sujet sensible. Dans les représentations populaires, il semble plus facilement concevable qu'un(e) assistant(e) familial(e) puisse développer une relation affective, chargée d'émotions de diverses natures avec l'enfant placé, plutôt qu'un professionnel travaillant en institution. Le lien existant entre le professionnel d'institution et l'enfant placé repose ainsi sur de nombreuses représentations, inscrites dans une longue

Document téléchargé depuis www.cairn.info - - - 85.169.117.197 - 09/01/2015 20h03. © Presses Universitaires de France

histoire. Nous avons pu prendre conscience que Loczy pouvait (et a pu) faire peur et entraîner de la culpabilité dans les équipes qui ont pu voir ces principes comme des dogmes, des standards à suivre. En témoignent les justifications données par certaines professionnelles comme « on n'a pas à les aimer plus que les autres » (entretien 3). Or, comme l'explique Michel Lemay (1998), l'équipe de la pouponnière de Loczy n'a jamais voulu une « imitation plaquée » de son fonctionnement.

Perspectives

La fonction de référent suscite sans conteste une charge affective importante qu'il ne faut pas négliger. Ainsi, afin d'étudier la référence et en comprendre les enjeux, un travail plus approfondi mériterait d'être mené à une échelle plus large, impliquant à la fois des entretiens approfondis et des observations des pratiques sur le terrain. Ceci pourrait permettre d'approcher au plus près les ressentis, émotions, fantasmes des professionnelles autour de cette fonction particulière. Par exemple, nous nous sommes aperçus que sous les mêmes termes n'étaient pas forcément présentes les mêmes réalités. Ainsi, ce que les professionnelles entendent par « investissement affectif » n'est pas si clair et paraît évoquer des représentations plutôt différentes pour chacune.

Il pourrait être aussi intéressant, dans des recherches ultérieures, de prendre en compte les années d'exercice du métier dans l'institution, le temps d'expérience depuis l'obtention du diplôme, ou le fait d'avoir ou non des enfants, afin d'en préciser l'impact sur la représentation et l'exercice de la référence après du jeune enfant placé.

Toutes les personnes rencontrées percevaient la référence comme étant essentielle. Exercer dans un foyer mais ne la pratiquant pas ne paraît pas envisageable pour la plupart des professionnelles. Cela montre alors l'intérêt d'étudier également comment s'organise un foyer qui n'applique pas la notion de référence. Enfin, il émerge que la pratique de la référence ainsi que les représentations qu'en ont les professionnelles sont liées également à la réalité même de l'institution et à son histoire.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - - - 85.169.117.197 - 09/01/2015 20h03. © Presses Universitaires de France

CONCLUSION

L'idée initiale de cette étude était de comprendre comment la notion de référence pouvait apporter un éclairage sur ce qui se vit entre un jeune enfant placé en pouponnière et le professionnel qui assume le rôle de référent. Pour ce faire, nous avons cherché à cerner au plus près les enjeux de cette relation professionnel/enfant placé. Contrairement à la majorité des travaux prenant en compte le lien enfant/adulte, nous avons essayé de nous positionner du point de vue de l'adulte pour comprendre son vécu et ses représentations. Intéressés par la méthode de soin de Loczy, nous avons voulu explorer la façon dont ces principes étaient appliqués à présent dans les pouponnières françaises. Nous avons plus particulièrement accordé de l'importance au rôle de l'auxiliaire privilégiée habituellement désignée comme « référente » de l'enfant. Décrire les réalités observées sur le terrain d'une pratique professionnelle très théorisée par les tenants de l'approche loczienne mais très peu par des auteurs extérieurs à ce courant nous semblait important. Ainsi, cette étude qualitative montre que les missions relevant de la fonction du référent sont très proches de celles de l'Institut Pikler, mais qu'il existe des points de divergence importants avec la méthode de soin loczienne en ce qui concerne la formation des professionnels et la présence de temps de reprise en équipe. La façon dont les professionnelles des pouponnières étudiées se positionnent par rapport aux parents de l'enfant, mettant en place des fonctions différenciées ou non de ceux-ci, a fait l'objet d'une longue discussion. Des études complémentaires sont indéniablement indispensables pour affiner la description de la relation référent/enfant placé et en comprendre tous les enjeux.

RÉFÉRENCES

Andreoli S., Cocever E. (1996), « Les soins à l'enfance qui vit hors de la famille d'origine », *in* Carels M.-L. & Manni G. *Grandir malgré tout : l'éducation en institution des jeunes enfants séparés de leur famille, un défi à relever* (pp. 23-33), Actes du colloque (mars 1995), Château de Colonster, Université de Liège, Bruxelles, Fonds Houtman.

Aubry J. (1955), *La Carence de soins maternels*, Paris, Scarabée.

Bacro F., Mace S., Florin A. (5 décembre 2008), *Les attachements multiples du jeune enfant : applications possibles dans le domaine de la protection de l'enfance*, Seminaire de l'ONED.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - - - 85.169.117.197 - 09/01/2015 20h03. © Presses Universitaires de France

Bardin L. (2007), *L'Analyse de contenu*, Paris, Puf.
Berger M. (1992), *Les séparations parents-enfant à but thérapeutique*, Paris, Dunod.
Berger M. (2001), « Les jalons d'évaluation de l'hôpital Bellevue pour les situations de défaillance parentale », *Dialogue*, n° 152, pp. 33-62.
Berger M. (2003), *L'échec de la protection de l'enfance* », Paris, Dunod.
Bosse-Platière S., Dethier A., Fleury C., Loutre du Pasquier N. (1995), *Accueillir le jeune enfant : quelle professionnalisation ?*, Toulouse, Erès.
Bowlby J. (1969), *Attachment and loss: vol. 1. Attachment*, New-York, Basic Books ; trad. fr. J. Kalmanovitch, *Attachement et perte, vol. 1. L'attachement*, Paris, Puf, 1978.
Bowlby J. (1973), *Attachment and loss: vol. 2. Separation: anxiety and danger*, New-York, Basic Books ; trad. fr. B. De Panafieu, *Attachement et perte, vol. 2. La séparation : angoisse et colère*, Paris, Puf, 1978.
Bowlby J. (1980), *Attachment and loss: vol. 3. Loss: sadness and depression*, New-York, Basic Books ; trad. fr. D. Weill, *Attachement et perte, vol. 3. La Perte : tristesse et dépression*, Paris, Puf, 1984.
Bowlby J. (1988), *A secure base: clinical applications of attachment theory*, London, Routledge.
Cébula J.C., Berruhel J., Escots S., Horel C., Sellenet C. (2000), *Guide de l'accueil familial*, Paris, Dunod.
Chapon-Crouzet N. (2005), « Un nouveau regard sur le placement familial : relation affectives et mode de suppléance », *Dialogue*, n° 167, pp. 17-27.
Chapon-Crouzet N. (2006), « De la maltraitance à la bienveillance institutionnelle », *Empan*, n° 62, pp. 122-126.
Crittenden P. M. (1985), « Maltreated infants: vulnerability and resilience », *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 26 (1), pp. 85-96.
David M. (2005), « Séparation précoce : traumatisme de la première enfance ? », *Dialogue*, n° 168, pp. 97-105.
David M. (2008), *Le bébé, ses parents, leurs soignants*, Ramonville Saint-Agne, Erès.
David M., Appell G. (1973), *Loczy ou le maternage insolite*, Paris, Le Scarabée.
Dozier M., Stovall K.C., Albus K.E., Bates B. (2001), « Attachment for infants in foster care: the role of caregiver state of mind », *Child Development*, 72, pp. 1467-1477.
Dugravier R. (2006), « Clinique, recherche et formation : les trois axes de Myriam David dans la prévention des carences institutionnelles », *Devenir*, vol. 18, n° 2, pp. 125-138.
Dugravier R., Guédeney A. (2006), « Contribution de quatre pionnières à l'étude de la carence de soins maternelles », *La Psychiatrie de l'enfant*, vol. 49, fasc. 2, pp. 405-442.
Durning P. (1985), *Education et suppléance familiale en internat*, Vannes, Puf.
Egeland B., Sroufe L.A. (1981), « Developmental sequelae for maltreatment in infancy », *in* Rizley R., Cicchetti D. (Eds.), *Developmental perspectives in maltreatment* (pp.77-92), San Francisco, CA, Jossey-Bass.
Falk J. (1979), *Le fait conscient au lieu de l'instinctivité*, Paris, Association Pikler-Loczy France.
Falk J. (Septembre 1992), « En pouponnière : le bébé et sa nurse », *Congrès de la WAIPAD*, Chicago, Paris, Association Pikler-Loczy France.
Falk J. (1996), « Spécificité de la relation professionnelle », *in* Carels, M.-L. & Manni, G. *Grandir malgré tout : l'éducation en institution des jeunes enfants séparés de leur famille, un défi à relever* (pp. 98-99), Actes du colloque (mars 1995), Château de Colonster, Université de Liège, Bruxelles, Fonds Houtman.
Golse B. (2010), *Les destins du développement chez l'enfant : avenirs d'enfance*, Toulouse, Erès.
Goossens F. (1996), « Avant-propos », *in* Carels, M.-L. & Manni, G. *Grandir malgré tout : l'éducation en institution des jeunes enfants séparés de leur famille, un défi à relever* (pp. 20-22), Actes du colloque (mars 1995), Château de Colonster, Université de Liège, Bruxelles, Fonds Houtman.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - - - 85.169.117.197 - 09/01/2015 20h03. © Presses Universitaires de France

Guédeney N., Guédeney A. (2011), « Préface à l'édition française », *in* Schofield G., Beek M. *Guide de l'attachement en familles d'accueil et adoptives. La théorie en pratique*, Issy-les-Moulineaux, Elsevier Masson.
Guédeney N., Guédeney A., Cyrulnik B. (2010), *L'Attachement, approche clinique : du bébé à la personne âgée*, Paris, Elsevier Masson.
Houzel D., Dayan J., Direction de l'Action Sociale (France) (1999), *Les enjeux de la parentalité*, Ramonville-Saint-Agne, Érès.
Howes C., Hamilton C.E. (1992), « Children's relationships with child care teachers: stability and concordance with parental attachments », *Child Development*, 63, pp. 867-878.
Lemay M. (1998), « À propos de la démarche de l'institut Emmi Pikler », *in* Appell G., Tardos A. (dir.), *Prendre soin d'un jeune enfant : de l'empathie aux soins thérapeutiques* (pp. 171-178), Toulouse, Érès.
Main M. (1996), « Introduction to the special section on attachment and psychopathology: 2. Overwiew of the field of attachment », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, pp. 237-243.
Martino B. (2001), *Les enfants de la colline des roses : Loczy, une maison pour grandir*, Paris, J.C. Lattès.
Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Direction de l'Action Sociale (Org). (1997), *L'enfant en pouponnière et ses parents : conditions et propositions pour une étape constructive*, Paris, La documentation française.
Onkelinx L. (1996), « Les droits des enfants » *in* Carels, M.-L. & Manni, G. *Grandir malgré tout : l'éducation en institution des jeunes enfants séparés de leur famille, un défi à relever* (pp. 16-19), Actes du colloque (mars 1995), Château de Colonster, Université de Liège, Bruxelles, Fonds Houtman.
Pieuchot C. (2007), « La prévention à partir d'une pouponnière », *Vie Sociale et Traitements*, n° 94, pp. 131-139.
Rottman H., Richard R. (2009), *Se construire quand même ; l'accueil familial : un soin psychique*, Paris, Puf.
Scoatarin S. (2003), *C'est pour mieux te manger, mon enfant ! De l'agressivité et des morsures, à la crèche et ailleurs*, Paris, Desclée de Brouwer.
Spitz R. A., Wolf K. M., Psychoanalytic Research project on Problems of Infancy & Pennsylvania State University. (1947), *Grief: A peril in infancy*, University Park, Pa, Pennsylvania State University, Media Sales (document video).
Szanto-Feder A. (2002), *Loczy, un nouveau paradigme : l'institut Pikler dans un miroir à facettes multiples*, Paris, Puf, « Le Fil rouge ».
Tardos A. (1997), « Observation du bébé dans sa relation avec le soignant », *in* Dugnat M. (dir.), *Le monde relationnel du bébé* (pp. 59-74), Ramonville Saint-Agne, Erès.
Van IJzendoorn M. H., Tavecchio L. W. G. (1987), « The development of attachment theory as a Lakatosian research program: philosophical and methodological aspects », *in* Tavecchio L.W.G., Van IJzendoorn M.H. (Eds). *Attachment in social networks* (pp. 3-34), Amsterdam, Elsevier Science Publishers.
Vincze M. (1991), *L'auxiliaire de référence en pouponnière*, Paris, Association Pikler-Loczy France.
Wendland J., Gaugue-Finot J. (2008), « Le Développement du sentiment d'affiliation des enfants placés en famille d'accueil pendant ou après leur petite enfance », *Devenir*, vol. 20, n° 4, pp. 319-345.
Winnicott D. W. (1969), *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris, Payot.

Printemps 2013

Jaqueline Wendland
Institut de Psychologie
Université Paris Descartes
71, Avenue Edouard Vaillant
92 774 Boulogne Billancourt Cedex
jaqueline.wendland@parisdescartes.fr.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - - - 85.169.117.197 - 09/01/2015 20h03. © Presses Universitaires de France

1.2. Le cadre juridique de l'accueil du jeune enfant

Une présentation du cadre juridique entourant l'accueil collectif du jeune enfant nous semble nécessaire dans la présentation de notre sujet.

1.2.1. Les textes de loi

1.2.1.1. La Convention Internationale des Droits de l'Enfant (1989)

La Convention Internationale des Droits de l'Enfant ne précise pas de dispositions règlementaires pour les établissements d'accueil des enfants de moins de 6 ans, cette compétence étant déléguée à chaque Etat (article 3). Elle précise néanmoins que « les États parties assurent dans toute la mesure possible la survie et le développement de l'enfant » (article 6).

1.2.1.2. Le Code de la santé publique

En France, c'est le Code de la santé publique qui contient les lois règlementant l'accueil des enfants de moins de six ans, dans une partie nommée « Santé de la famille, de la mère et de l'enfant ». Voici quelques éléments présentant le rôle et l'organisation des Etablissements d'Accueil du Jeune Enfant (EAJE).

1.2.2. Le Code de la santé publique

1.2.2.1. Règlementation des établissements d'accueil pour enfants de moins de six ans

1.2.2.1.1. La mission des EAJE

Selon le Code de la santé publique[3], les modes d'accueil du jeune enfant répondent à plusieurs objectifs : un rôle sanitaire (« veillent à la santé, à la sécurité »), un rôle développemental (« au bien-être et au développement des enfants qui leur sont confiés ») et éducatif (« dans le respect de l'autorité parentale, ils contribuent à leur éducation »). De plus, une attention particulière est apportée à « l'intégration des enfants présentant un handicap ou atteints d'une maladie chronique qu'ils accueillent ». Concernant les parents, les établissements d'accueil ont le devoir de « favoriser la conciliation de leur vie professionnelle et de leur vie familiale » (article R2324-17).

[3] En vigueur le 11/05/2018, site www.légifrance.gouv.fr.

1.2.2.1.2. Les différents types d'EAJE

En France, les EAJE se divisent en deux groupes : d'une part, l'accueil familial, qui regroupe les assistantes maternelles à domicile et en crèche familiale et, d'autre part, l'accueil collectif, qui comprend les crèches collectives, les micro-crèches (moins de dix places), les crèches parentales (associatives), les haltes garderies, les jardins d'enfants (accueil unique d'enfants de plus de deux ans). Les multi-accueils, quant à eux, désignent des établissements associant de l'accueil régulier et occasionnel, ainsi que collectif et familial (article R2324-17) ; ils ne peuvent pas avoir une capacité d'accueil de plus de 100 places (article R2324-26). Comme nous le verrons, nous nous intéressons ici uniquement aux établissements de type crèches collectives et multi-accueils.

1.2.2.1.3. La capacité d'accueil

Les établissements ont une capacité d'accueil totale définie. Cependant, il est important de noter qu'ils peuvent accueillir des enfants en surnombre tant que le taux d'occupation moyen par semaine ne dépasse pas 100% de la capacité totale d'accueil. L'article R2324-27 précise que ce surnombre peut aller jusqu'à 10% pour les crèches de moins de 20 places, 15% entre 21 et 40 places, 20% pour les établissements de plus de 40 places.

1.2.2.1.4. L'organisation interne

Les crèches collectives comprennent des unités d'accueil. Il s'agit « d'espaces aménagés pour offrir, de façon autonome, aux enfants qui y sont accueillis l'ensemble des prestations et des activités prévues par le projet d'établissement. Un même établissement peut comprendre plusieurs unités d'accueil distinctes » (article R2324-28). Il convient d'indiquer que le Code de la santé publique spécifie qu'une unité de vie ne peut accueillir plus de 60 enfants (article 2324-25).

Le Code de la santé publique précise également les taux d'encadrement réglementaire : une professionnelle pour cinq enfants qui ne marchent pas et une professionnelle pour huit enfants qui marchent (article R2324-43). Cependant, ce texte n'explique pas la façon dont les soins doivent être organisés entre les différentes professionnelles. Il mentionne seulement que « les personnels des établissements doivent pouvoir y accomplir leurs tâches dans des conditions satisfaisantes de sécurité, d'hygiène et de confort, en portant aux enfants une attention constante et en organisant de manière adaptée

à leurs besoins, les repas, le sommeil, les soins corporels et les activités de jeu et d'éveil » (article R2324-28).

1.2.2.2. Les évolutions législatives

Des décrets relatifs aux établissements et services d'accueil des enfants de moins de six ans apportent régulièrement des modifications au Code de la santé publique. Les plus importantes ont eu lieu via le décret du 20 février 2007 (Décret n°2007-230) et celui du 07 juin 2010 (Décret n°2010-613).

Le décret du 20 février 2007 a essentiellement changé les conditions requises pour exercer des fonctions de direction. Celui du 07 juin 2010, quant à lui, a modifié les normes d'accueil des enfants en surnombre (article 2324-27) et diminué le pourcentage de présence obligatoire des professionnelles les plus qualifiées de 50% à 40% de l'effectif de la crèche (article R. 2324-42). Ce dernier décret reconnaît aussi un rôle éducatif aux EAJE (article R2324-17), mais maintient la distinction entre les différents types d'accueil (régulier/ occasionnel, collectif/familial ; article R2324-17).

1.2.3. Le rapport de Sylviane Giampino

1.2.3.1. Présentation du rapport

Cette introduction ne saurait être complète sans une présentation succincte du rapport « Développement du jeune enfant, modes d'accueil et formation des professionnels » remis par Sylviane Giampino à la ministre des Familles, de l'Enfance et des Droits des femmes, Laurence Rossignol, le 9 mai 2016.

L'objectif du rapport, défini par le gouvernement, est de « conduire un débat scientifique et public afin de dégager des consensus autour des grands principes qui doivent guider l'accueil des enfants de moins de trois ans et la formation des professionnel(le)s de la petite enfance » (Ministère des Familles, de l'Enfance et des Droits des femmes, 2016).

En quelques chiffres, ce rapport, demandé par le ministère en juin 2015, représente 11 mois de travail (juin 2015, mai2016) et la mobilisation de 130 acteurs du terrain. Il a débouché sur un rapport de 200 pages et un ouvrage synthétique (Giampino, 2017) offrant 108 préconisations.

1.2.3.2. De nouveaux textes gouvernementaux

Ce rapport a servi de support à la rédaction du « Texte cadre national des modes d'accueil de la petite enfance » par le gouvernement (publié en mars 2017). La finalité

principale de ce texte est de proposer une « identité professionnelle commune à tous les métiers des modes d'accueil de la petite enfance » (Giampino, 2017, p.257). Il se compose de 10 principes dont trois en lien avec notre sujet :

- l'importance accordée à la différenciation entre les postures maternelles et professionnelles ;
- l'accent mis sur la prise en compte des besoins affectifs de l'enfant et la création de liens[4] stables et continus dans le temps ;
- la nécessité de la formation des professionnelles et la dynamique de réflexion autour des pratiques afin d'élaborer cette « intelligence professionnelle collective » (p.271).

Une charte « nationale pour l'accueil du jeune enfant » accompagnant ce texte énonce « dix principes pour grandir en toute confiance » (p.275). En une phrase, cette charte souligne la nécessité de fournir un accueil ajusté à l'enfant (son genre, sa situation familiale), adapté à son rythme et à son développement, ainsi que propice aux relations entre les parents et les professionnelles, qui sont censées être formées et « bien-traitées ».

Ce rapport a aussi servi d'inspiration au plan d'action gouvernementale de la petite enfance entré en vigueur le 15 novembre 2016. Ce plan s'articule autour de 3 objectifs : définir un cadre à l'accueil du jeune enfant, développer des accueils de qualité, mieux former les professionnelles. Ce rapport se concrétisa par la Première Journée Nationale des Professionnel(le)s de la Petite Enfance en janvier 2017 à La Plaine-Saint Denis.

Il aurait été intéressant de connaître l'influence de ce texte dans l'élaboration de la Convention d'objectifs et de gestion 2018-2022 signée entre la CNAF et l'Etat en juillet 2018, qui fixe les priorités et le financement pour la politique petite enfance pour les années à venir.

1.2.3.3. Et la référence dans tout ça ?!

Dans son rapport, Sylviane Giampino évoque la référence à plusieurs reprises. Pour permettre à l'enfant de se sécuriser, le système de référence est mentionné comme l'un des éléments-clés guidant le travail des professionnelles dans les lieux d'accueil : « Dans le lieu d'accueil, (l'enfant) doit pouvoir, en même temps, maintenir vivant en lui le lien avec ses parents et construire seul de nouveaux liens rassurants, notamment avec une « personne de

[4] La notion de lien sera mentionnée à plusieurs reprises dans cet écrit. Nous savons que cette notion est sujette à de multiples interprétations dans le champ de la psychanalyse (Dupré La Tour, 2002). Elle est à entendre dans notre écrit comme un synonyme de « relation ».

référence » garante de la continuité de ses univers de vie » (2017, p.57). La professionnelle référente est perçue comme celle qui « amortit l'effet d'étrangeté » engendré par l'accueil dans un nouveau lieu (2017, p.100). D'ailleurs, Sylviane Giampino parle du système de référence comme d'un « principe amplement validé par l'expérience » en crèche (p.100).

Nous remarquons alors que le système de référence est fortement soutenu par Sylviane Giampino et détient une vraie place dans son rapport.

1.3. Problématique de la recherche, objectifs et hypothèses

1.3.1. Problématique

A partir de notre revue de la littérature, nous comprenons que la référence est une pratique qui s'inscrit dans une histoire particulière, celle de l'accueil en institution des enfants placés. La découverte, entre autres de l'hospitalisme, a permis de saisir la nécessité d'individualiser l'accueil collectif pour la poursuite d'un développement optimal chez l'enfant. Dans cet objectif, la référence semble trouver tout son sens : un adulte identifié, stable dans le temps est désigné pour chaque enfant afin d'être garant de la mise en œuvre d'un accompagnement ajusté, individualisé à l'enfant.

Cependant, en dépit de ce solide appui clinique et historique, plusieurs constats relevés dans la littérature sont surprenants:

- au-delà d'un soutien apporté à ce système, la pratique concrète de la référence est très peu décrite dans les écrits cliniques ;
- la référence a fait très peu l'objet de recherches scientifiques en France comme à l'étranger ;
- sa place dans les pratiques professionnelles des crèches françaises est encore fragile de nos jours ;
- de nombreux débats semblent exister sur le terrain quant à son utilité pour les différents protagonistes (l'enfant, les parents, le professionnel).

Ce paradoxe a été la motivation principale de la réalisation de cette recherche.

1.3.2. Objectifs

Notre travail comprend deux volets dont chacun comporte deux objectifs.

Tout d'abord, un volet exploratoire permet de décrire la pratique actuelle de la référence dans les crèches collectives et multi-accueils français (objectif n°1) et les

représentations des professionnelles et parents quant aux enjeux liés à la mise en place de celle-ci (objectif n°2).

Puis, un volet expérimental cherche à comprendre l'impact de la pratique de la référence sur la qualité des liens enfants-professionnels (objectif n°3) et sur le développement de l'enfant (objectif n°4). Pour ce faire, une étude comparative a été envisagée entre des crèches pratiquant la référence et celles ne la pratiquant pas.

1.3.3. Hypothèses

La revue de littérature ci-dessus nous a amené à formuler quelques hypothèses.

1.3.3.1. Volet exploratoire

- Objectif n°1 : *décrire la pratique actuelle de la référence*

Puisqu'il existe une pauvreté des écrits décrivant la référence, nous supposons rencontrer des interprétations très diverses dans les crèches et donc des pratiques très hétérogènes.

- Objectif n°2 : *décrire les représentations des professionnelles et des parents quant aux enjeux liés à la pratique de la référence*

Nous faisons l'hypothèse que les résistances des professionnelles à pratiquer la référence sont essentiellement liées à son lien historique avec l'Institut Pikler Loczy et aux enjeux affectifs suscités par la relation enfant-référente, comme cela est proposé dans l'article n°1. Nous supposons que les professionnelles s'imaginent être mises en difficultés par la référence pour trouver une juste distance dans la relation à l'enfant.

Par ailleurs, nous nous attendons à ce que les parents et professionnelles perçoivent la référence comme procurant de la sécurité à l'enfant, comme le supposent les écrits relatifs à la théorie de l'attachement.

Les recherches internationales sur le sujet laissent penser que la référence est aussi importante pour les parents et que, de ce fait, ses bénéfices se reflètent sur la famille dans son ensemble.

Enfin, pour les professionnelles, nous faisons l'hypothèse que la pratique de la référence est parfois difficile à mettre en œuvre d'un point de vue organisationnel. De plus, notre première étude sur la référence en pouponnière lasse aussi imaginer que sa pratique est

peu sous-tendue par des formations initiales et continues et par des espaces/supports de soutien aux professionnelles dans le quotidien.

1.3.3.2. Volet expérimental

- Objectif n°3 : *évaluer l'impact de la pratique de la référence sur la qualité des liens enfants-professionnels*

Les apports théoriques de l'attachement laissent penser que la présence d'un référent favorise la création d'un lien d'attachement avec l'enfant, d'une part, et augmente la sécurité du lien, d'autre part.

Concrètement, grâce à l'emploi d'un questionnaire (Toddler Attention Questionnaire-TAQ) estimant la sécurité d'attachement à travers une évaluation de l'attention de l'enfant en situation d'exploration, nous prévoyons retrouver des scores de labilité et de détachement attentionnels plus faibles ainsi qu'un score de flexibilité attentionnelle plus élevé lorsque le questionnaire est rempli par :

- la référente de l'enfant, comparativement aux autres professionnelles de l'unité de vie ;
- l'ensemble des professionnelles prenant en charge les enfants accueillis en référence, comparativement aux professionnelles accueillant des enfants sans référence.

- Objectif n°4 : *évaluer l'impact de la pratique de la référence sur le développement de l'enfant*

Enfin, nous nous attendons à ce que la pratique de la référence, en augmentant la sécurité affective de l'enfant, ait un impact sur son développement.

Plus précisément, nous faisons l'hypothèse que l'emploi d'outils évaluant le développement de l'enfant (échelle Brunet-Lézine et questionnaire IDE) dévoile des quotients de développement plus élevés chez les enfants accueillis en crèche avec une référence, comparativement aux enfants accueillis sans référence. Nous supposons que cette différence sera d'autant plus importante dans le domaine de la socialisation.

De plus, nous pensons que le recours au questionnaire Brief Infant Toddler Social and Emotional Assessment (BITSEA) laissera apparaître un score de compétences socio-émotionnelles plus élevé et un score de problèmes socio-émotionnels plus faible chez les enfants ayant une référente.

2. MÉTHODOLOGIE

Dans ce deuxième chapitre de la thèse, nous proposons une description détaillée de la méthodologie de recherche employée. Tout d'abord, nous présenterons les participants puis le matériel utilisé avant de décrire la procédure suivie. Enfin, nous nous focaliserons sur les considérations éthiques et déontologiques entourant cette recherche pour finir par une présentation des analyses de données effectuées.

2.1. Participants

Les caractéristiques des crèches, des professionnelles et des parents participants sont présentées par la suite. Nous les avons détaillées minutieusement afin qu'elles puissent servir d'éclairage à la compréhension de nos résultats.

2.1.1. Les crèches participantes

2.1.1.1. Les critères de sélection

2.1.1.1.1. Critères d'inclusion

Plusieurs critères d'inclusion ont guidé le recrutement des crèches. Tout d'abord, comme cela a été précisé en introduction, nous nous sommes intéressées aux établissements proposant l'accueil d'enfant de moins de trois ans en journée, de façon régulière, en moyenne ou grande collectivité. Ainsi, parmi les Etablissements d'Accueil du Jeune Enfant (EAJE), nous nous sommes donc concentrées sur les structures dénommées « multi-accueil » et « crèches collectives » et avons exclu les petites collectivités (micro-crèches) ainsi que les haltes-garderies et crèches familiales.

Puis, nous avons fait le choix de solliciter uniquement les crèches situées dans notre département de résidence, le Loiret.

2.1.1.1.2. Critères d'exclusion

Par ailleurs, nous avons écarté de la recherche les crèches dans lesquelles l'expérimentatrice intervient en tant que psychologue clinicienne (2 crèches), ainsi que deux crèches ayant déjà participé à la validation d'un outil menée récemment par nos soins.

Enfin, nous avons ignoré les crèches situées à une trop grande distance de notre domicile (N= 15 crèches).

2.1.1.2. Les crèches sollicitées

Fortes de ces critères de sélection, nous avons sollicité la quasi-totalité des crèches collectives et multi-accueils du département du Loiret, à l'exception de ceux qui ne sont pas référencés dans le moteur de recherche Google.

Au total, nous avons contacté 47 crèches dont 38 gérées par 14 municipalités, 2 crèches appartenant à un centre hospitalier, ainsi que 7 crèches gérées par 5 groupes privés différents.

2.1.1.2.1. Présentation du territoire

Afin d'obtenir une idée de la représentativité des EAJE sollicités, nous avons organisé une rencontre avec une conseillère technique enfance/jeunesse de la Caisse d'Allocations Familiales (CAF) du Loiret, en août 2016. Celle-ci nous a permis de comprendre la spécificité du territoire du Loiret concernant l'offre et la demande de places d'accueil pour les moins de trois ans. Puis, pour compléter ces informations, nous avons étudié le Schéma Départemental des Services aux Familles (CAF du Loiret, 2017[5]).

Tout d'abord, le Loiret est le département le plus peuplé de la Région Centre (662 297 habitants en 2012 ; CAF du Loiret, 2017). Il compte près de 25 000 enfants de moins de 3 ans sur son territoire (24 982 enfants en 2014) et ce de façon relativement stable depuis le début des années 2000 (24 641 enfants en 2003). En 2013, dans le Loiret, les femmes ont en moyenne 2.13 enfants, ce qui est supérieur à la moyenne nationale (1.93 enfants par femme en 2016 ; CNAF, 2018).

Le département est constitué de 4 agglomérations : Orléans, « capitale régionale et principal pôle économique du département » (CAF du Loiret, 2017, p.5), Montargis, Gien et Pithiviers (CAF du Loiret, 2017, p.5). L'agglomération Orléanaise héberge 40% des enfants de moins de 18 ans du département.

Enfin, 62.4% des familles avec enfants de moins de trois ans (N= 15 006 familles) sont actives en 2014. Ce chiffre représente théoriquement le nombre de familles ayant besoin d'un mode d'accueil. Ce chiffre est équivalent à celui retrouvé à l'échelle nationale (CNAF, 2018).

[5] Document de travail dont la lecture nous a été proposée par la CAF du Loiret.

Par ailleurs, en 2012, 20.1% de familles monoparentales sont dénombrées en moyenne dans le département. Ce chiffre atteint presque 30% sur Orléans et 40% sur Montargis. A l'échelle nationale, seulement 10.1% des enfants de moins de 3 ans vivent en familles monoparentales (Observatoire National de la Petite Enfance, 2017).

2.1.1.2.2. L'offre d'accueil

A la fin de l'année 2015, 3 505 places d'accueil (collectif et individuel) étaient comptabilisées dans le Loiret (2 933 places d'accueil régulier et 572 places d'accueil occasionnel).

Plus précisément, 116 EAJE sont répartis dans le département : 42 crèches collectives, 37 haltes-garderies, 17 micro-crèches PAJE[6], 17 crèches familiales, 2 crèches parentales, et 1 micro-crèche PSU[7]. Au total, 64% des places se situent dans l'Agglomération et 28% sur la ville d'Orléans.

A l'heure actuelle, pour 100 enfants de moins de trois ans, l'ensemble des EAJE proposent 14 places dans le Loiret (données de 2015). Ce nombre est cependant inférieur à celui du niveau national (17.8 places; CNAF, 2018). La moyenne d'enfants accueillis par place[8] est de 2.4 en 2014 dans le département. Ce chiffre est identique au niveau national (ONPE, 2017).

L'offre d'accueil théorique des enfants en EAJE connaît une légère augmentation dans le Loiret : en 2012, 3 568 places sont proposées contre 3 630 en 2014. Ceci s'explique en partie par une création plus importante de crèches dès le début des années 2000 au sein du département.

2.1.1.2.3. Les spécificités de l'offre d'accueil

Le département comporte une offre insuffisante de places d'accueil collectif régulier pour satisfaire la demande des parents. En zone rurale, nous avons constaté une proportion très importante de haltes-garderies. En effet, 10 communautés de communes sur 26 ne

[6] Financement PAJE : versement par la CAF d'une aide directe aux familles qui finance l'intégralité du coût de la place.

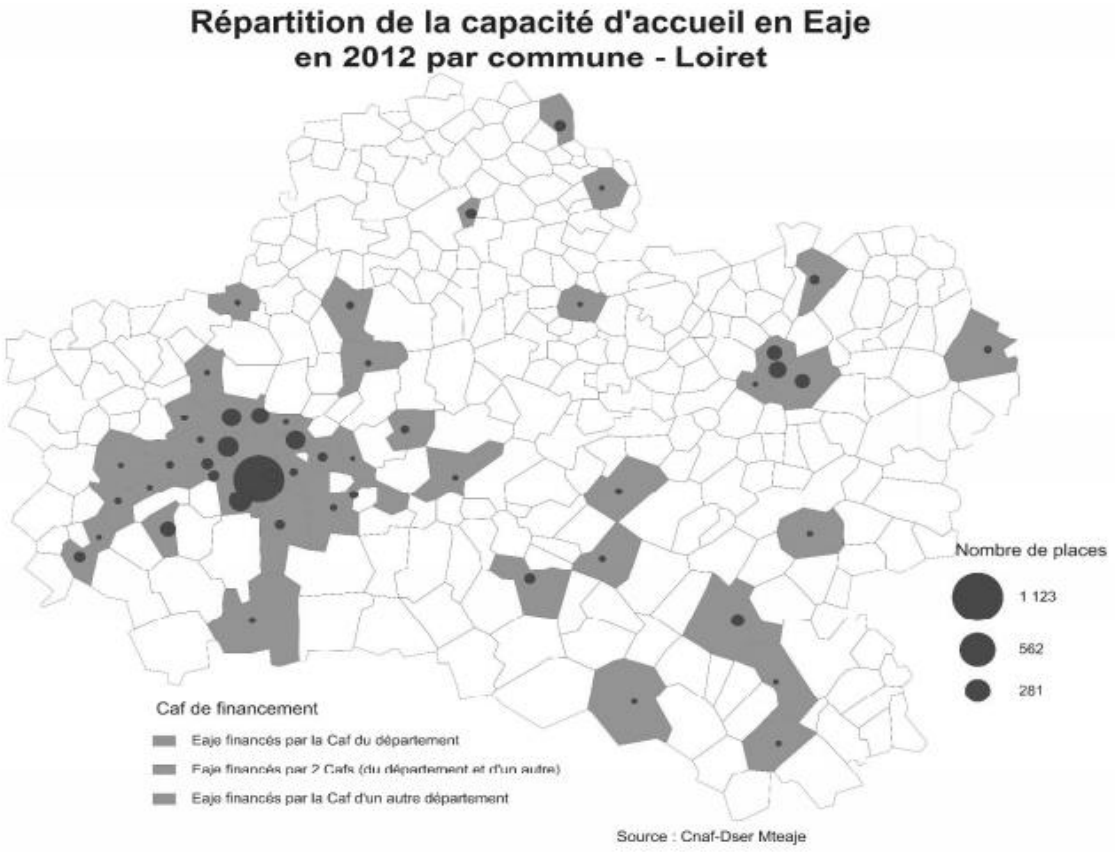
[7] Financement PSU : la famille paie la réservation de la place en fonction de ses ressources selon un barème national CNAF et la CAF verse une aide directe à la micro-crèche comme dans les crèches collectives.

[8] Un rapport est réalisé entre le nombre d'enfants inscrits en EAJE et le nombre de places agréées, théoriques (ONPE, 2017).

possèdent que des accueils occasionnels. Afin de correspondre davantage aux besoins des parents, ces crèches sont progressivement amenées à se transformer en multi-accueil.

Par ailleurs, les établissements d'accueil collectif ne sont pas répartis de façon homogène sur l'ensemble du département comme en témoigne la carte présentée ci-dessous.

Carte 1 : Nombre de places en accueil régulier, occasionnel et en crèche d'entreprise en 2012 sur le territoire du Loiret (CNAF, 2012)



De fortes disparités existent entre les agglomérations : 64 % des places (tous accueils confondus) sont situées sur l'agglomération Orléanaise. Puis, des déséquilibres sont aussi perceptibles au sein même des agglomérations puisque 6 des 22 communes de l'agglomération orléanaise et 11 des 13 communes de l'Agglomération Montargoise n'ont aucune crèche. Cela est aussi le cas au niveau des communautés de communes du département : 4 sur 26 n'ont pas de places d'accueil.

Enfin, si les parents ont besoin de modes de garde atypiques, il n'y a que 6 crèches d'accueil qui proposent des horaires élargis.

L’ensemble des crèches sollicitées n’ont pas accepté le projet de recherche. Les motifs de refus sont présentés ci-dessous, avant la description des crèches participantes.

2.1.1.3. Les crèches ayant refusé le projet

Sur les 47 crèches sollicitées, 18 n’ont pas fourni de réponse et 12 ont formulé un refus pour divers motifs :

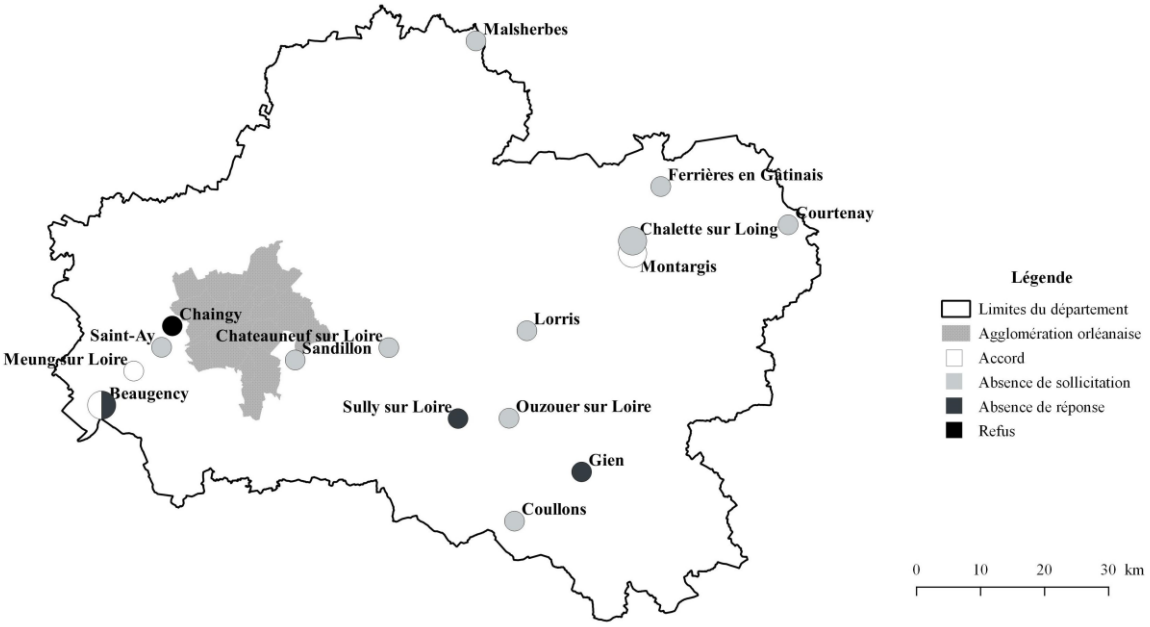
- refus de la municipalité de « prendre en charge une stagiaire » (6 crèches situées sur deux communes),
- arrêt maladie de la directrice ne permettant pas la réalisation d’un tel projet (1 crèche),
- taille de locaux ne permettant pas les passations des tests et entretiens (1 crèche),
- pour des raisons de temps, d’effectifs au niveau du personnel ou de réorganisation de la crèche (4 crèches sur une même commune).

Le refus le plus fréquent a donc été celui de la prise en charge d’un intervenant extérieur. Bien que les gestionnaires aient été avertis qu’il ne s’agissait pas d’un stage, certains eurent des difficultés pour savoir quel autre professionnel que le responsable des stages pourrait signer les conventions de recherche et donner son aval pour la mise en œuvre des entretiens.

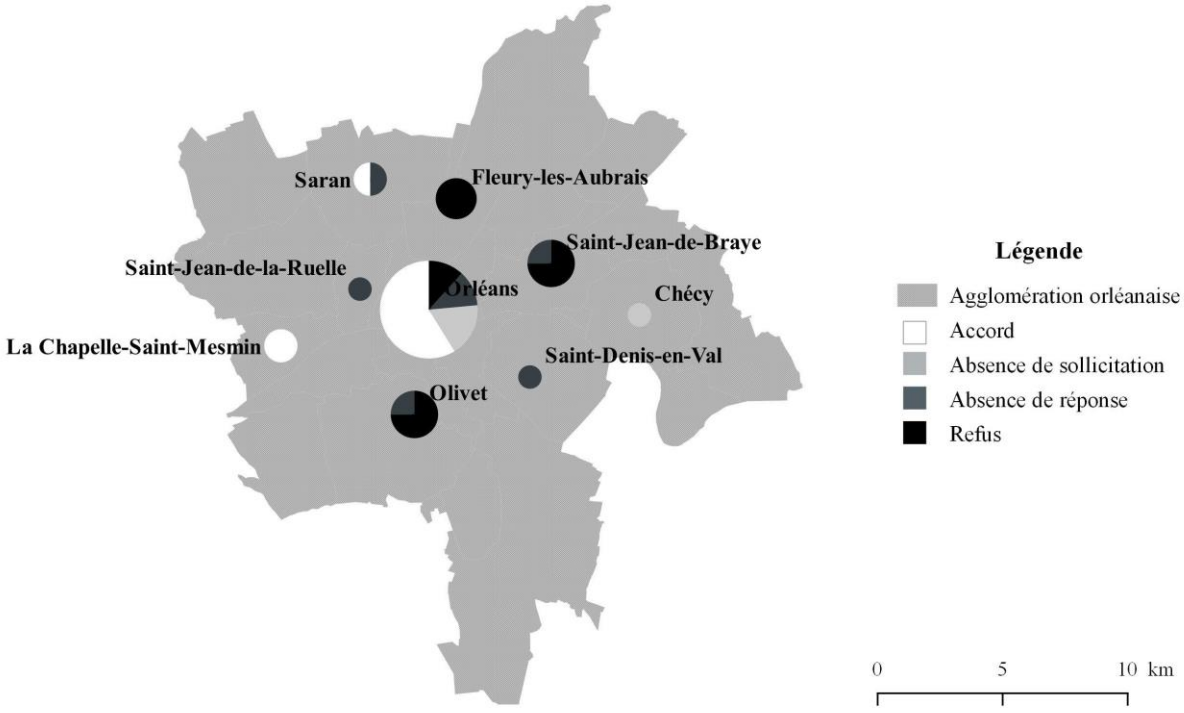
Le projet a été accepté dans 17 crèches présentées ci-après.

Pour résumer, nous présentons ci-dessous deux cartes représentant les crèches ayant accepté ou refusé le projet, ainsi que celles n’ayant pas répondu et celles non sollicitées au sein du département, puis au sein de l’Agglomération Orléanaise.

Carte 2 : Présentation de la participation à la recherche des crèches et multi-accueils du département du Loiret



Carte 3 : Présentation de la participation à la recherche des crèches et multi-accueils de l'Agglomération Orléanaise



2.1.1.4. Les crèches ayant adhéré au projet

2.1.1.4.1. Motifs d'acceptation

Parmi les 17 crèches ayant accepté de participer, 4 crèches ont particulièrement bien reçu le projet et y ont vu une façon de nous transmettre leurs connaissances ainsi qu'une opportunité pour amorcer une réflexion autour des pratiques professionnelles. Six crèches ont consenti au projet sans difficultés particulières mais se sont désintéressées de l'avancée du projet par la suite ; elles n'ont pas souhaité poursuivre les échanges sur la thématique travaillée. Nous imaginons que cela est lié à un manque de temps pour certaines et peut-être un manque d'intérêt pour le sujet de recherche pour d'autres. Enfin, 7 crèches ont été sollicitées par le réseau professionnel acquis avant ou pendant la thèse, ce qui a permis une acceptation facile du projet. Aucune des crèches n'avait participé à une recherche de cette ampleur auparavant.

2.1.1.4.2. Les caractéristiques des crèches

Nous proposons à présent de décrire en détail les 17 crèches volontaires. Pour des raisons d'anonymat, une lettre fixe, de A à Z, a été attribuée à chaque crèche.

Appellation

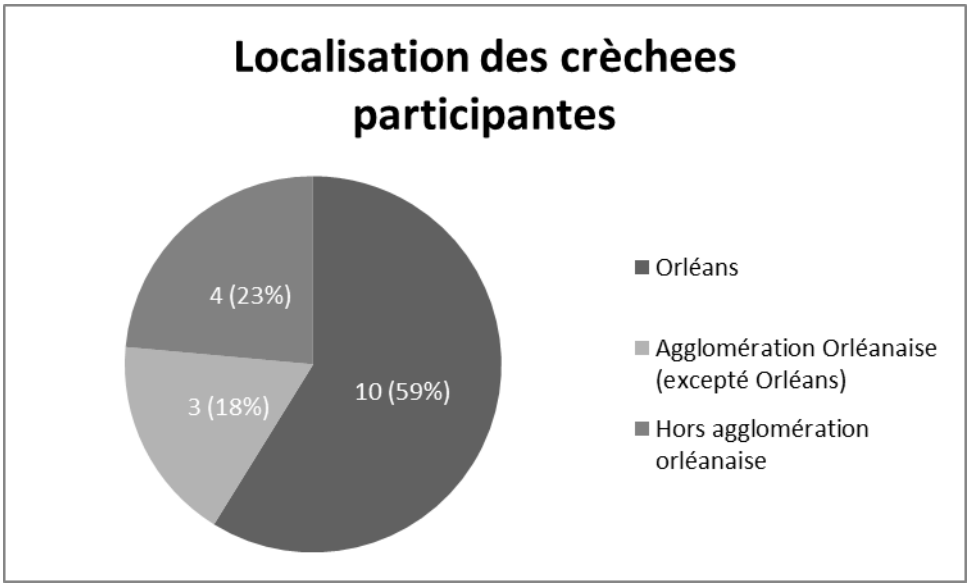
Toutes sont désignées comme des multi-accueils, sauf une qui conserve l'appellation « crèche collective ».

Temps de participation

Onze crèches ont participé au projet sur une année et 6 sur les deux années du recueil de données.

Localisation

Graphique 1: Répartition des crèches participantes selon leur localisation

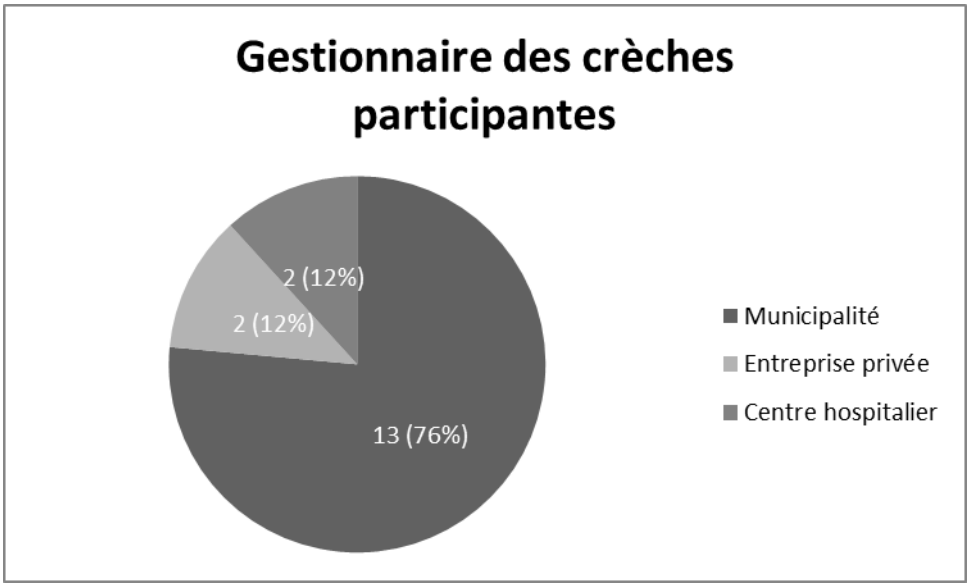


Dix crèches se situent sur la commune d'Orléans, 3 dans le reste de l'Agglomération Orléanaise et 4 crèches sur des territoires plus ruraux.

Comparativement à la répartition de l'ensemble des EAJE sur le département du Loiret, nous remarquons que les crèches de notre échantillon sont plus fréquemment localisées dans l'Agglomération Orléanaise (76% contre 64% pour l'ensemble des EAJE loirétains) et plus particulièrement dans la ville d'Orléans (59% contre 28%). La répartition obtenue par la CAF au niveau du département concerne les EAJE dans leur ensemble ; nous n'avons pas les données pour les crèches collectives et multi-accueils. Nous savons cependant que les établissements d'accueil collectif régulier sont moins fréquents dans les zones rurales du département.

Type de gestionnaire

Graphique 2: Répartition des crèches participantes selon leur type de gestionnaire



Les crèches sont gérées par trois types d'entités différentes : 6 municipalités ont participé (13 crèches : 1 commune avec 6 crèches / 2 communes avec 2 crèches / 3 communes avec 1 crèche), un centre hospitalier public (2 crèches) ainsi que deux groupes privés (2 crèches).

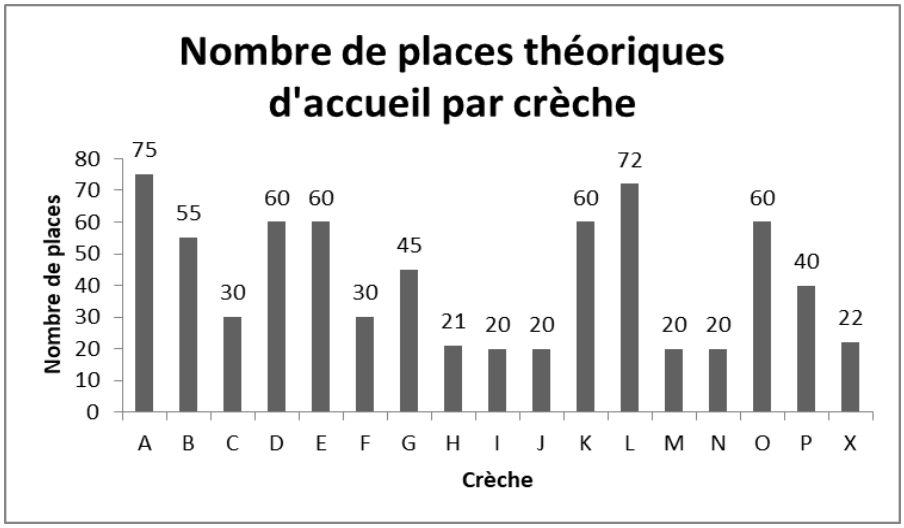
Un document de la CAF datant de 2012 (CNAF, 2012), précise que, dans le département du Loiret, 80% des EAJE proposant de l'accueil collectif sont gérés par une collectivité locale, 11% par des associations, 7% par des organismes privés et 2% par la CAF. Dans notre échantillon, nous retrouvons une proportion quasi équivalente de crèches administrées par des collectivités locales, mais un nombre plus élevé de crèche privées (12% contre 7% au niveau départemental). Nous n'avons pas de crèche associative ou gérée par la CAF.

Historique de la crèche

Les crèches ont un âge moyen de 40.44 ans avec une disparité importante, de plus de 25 ans (ET = 26.54) puisque la plus ancienne a été créée il y a 114 ans (en 1903) et la plus récente il y a 2 ans (2015).

Capacité d'accueil

Graphique 3: Nombre de places théoriques d'accueil par crèche



Les crèches ont entre 20 et 75 places, la moyenne se situant légèrement au-dessus de 41 places (M= 41.76, ET= 20.20). Huit crèches offrent entre 20 et 30 places ; 6 crèches ont une capacité d'accueil importante et proposent plus de 60 places. Trois crèches se situent dans une position centrale avec une capacité d'accueil variant entre 40 et 55 places.

Tranches d'âge accueillies

L'ensemble des crèches accueillent les enfants à partir de 10 semaines de vie, comme le spécifie la législation française. Six crèches possèdent un accueil périscolaire jusqu'à 4 ans et quatre crèches acceptent les enfants porteurs de handicap jusqu'à 5-6 ans.

Spécificité du public accueilli

Sept crèches affirment ne pas recevoir de public particulier de familles. Deux crèches proposent une ouverture sur 6 jours ainsi que des horaires journaliers élargis et attirent donc un type spécifique de travailleurs : des commerçants pour l'une des crèches et du personnel hospitalier pour l'autre. Enfin, 7 crèches disent s'adresser particulièrement à des familles précarisées, ne maîtrisant pas la langue française et en situation de multi-culturalité pour certaines. Parmi ces crèches, 3 sont situées dans un quartier prioritaire dans la politique de la ville d'Orléans, dit « en décrochage » car il héberge « au moins 1 000 habitants (et) où le revenu médian est de 60 % inférieur au revenu médian de référence (11 736 €) » (site web de la ville d'Orléans[9]).

[9] Site web : http://www.orleans-metropole.fr/1485/contrat-de-ville.htm, consulté le 13/05/2018.

Nombre de jours et d'heures d'ouverture par semaine

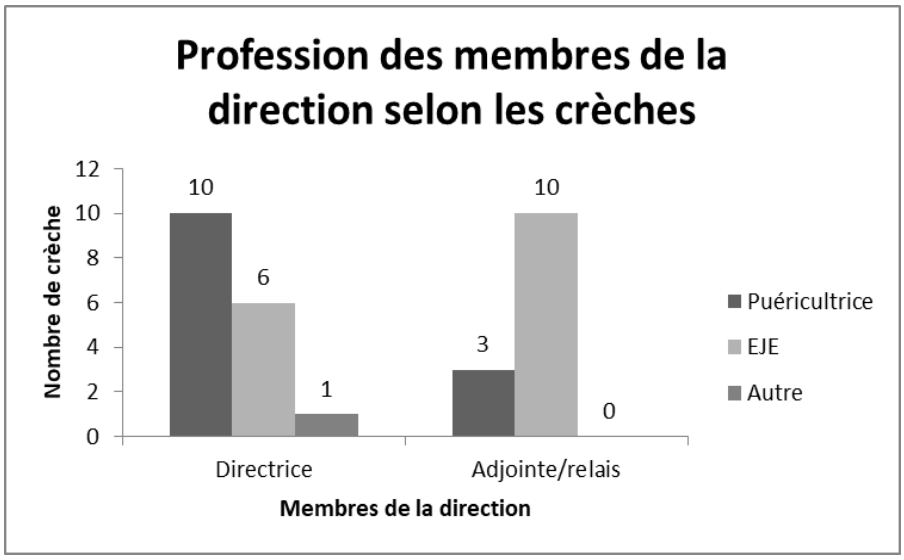
La quasi-totalité des crèches (N=15) offre un accueil 5 jours par semaine ; deux crèches seulement sont ouvertes le samedi en plus (une crèche privée en « délégation de service public » désignée comme la crèche proposant des horaires atypiques ; l'une des deux crèches hospitalières).

L'amplitude horaire d'ouverture des crèches participantes varie entre 9h et 15h45 par jour. La moyenne se situe à 11.13 heures (ET= 1.42 heures). Plus précisément, une crèche propose 9 heures d'accueil par jour, 13 entre 10 et 11heures et trois plus de 11 heures.

2.1.1.4.3. La composition des équipes

L'équipe de direction

Graphique 4: Répartition des crèches selon le diplôme des membres de la direction



Dix crèches sont dirigées par une infirmière puéricultrice, 6 crèches par une éducatrice de jeunes enfants (EJE) et 1 crèche par une sage-femme.

Dans treize crèches, la directrice est aidée d'une « adjointe » ou d'une « personne relais de direction ». Il s'agit d'une puéricultrice dans 3 crèches et d'une EJE dans 10.

Pour une crèche, le binôme (directrice et directrice adjointe) est constitué de deux puéricultrices et pour une autre de deux EJE. Pour les 15 autres, il s'agit d'un binôme mixte puéricultrice et EJE.

Dans une crèche, les deux membres de l'équipe de direction sont à 0.5 ETP (équivalent temps plein) chacune. Dans trois autres crèches, seule la directrice adjointe est à temps partiel (0.75 ETP pour une crèche et 0.80 ETP pour les deux autres).

Les professionnels de terrain

Le tableau 1 ci-dessous présente de façon générale le nombre de professionnelles intervenant auprès des enfants selon leur qualification ainsi que leur temps de travail dans les différentes crèches. Ces données seront décrites en détail par la suite.

Tableau 1 : Nombre de professionnelles intervenant auprès des enfants (en effectif et en ETP) en fonction des différentes crèches

	EJE terrain	**Puer terrain**	**AP**	**CAP PE**	**BEP SS**	**Sans diplôme**
A	2 (2ETP)	1 (0.25ETP)	7 (7ETP)	9 (8.6ETP)	0	0
B	1 (ETP variable)	1 (ETP variable)	9 (9ETP)	5 (5ETP)	0	1 (1ETP)
C	1 (ETP variable)	1 (ETP variable)	5 (4.9ETP)	2 (1.9ETP)	0	0
D	1 (ETP variable)	1 (0.5ETP)	13 (13ETP)	4 (4ETP)	0	0
E	1 (ETP variable)	1 (0.5ETP)	15 (15ETP)	5 (5ETP)	0	0
F	2 (ETP variable)	1 (ETP variable)	2 (2ETP)	4 (4ETP)	0	1 (1ETP)
G	1 (ETP variable)	1 (ETP variable)	7 (7ETP)	1 (1ETP)	0	3 (3ETP)
H	1 (ETP variable)	1 (ETP variable)	4 (4ETP)	1 (1ETP)	0	2 (2ETP)
I	2 (ETP variable)	0	2 (2ETP)	1 (1ETP)	0	1 (1ETP)
J	1 (ETP variable)	0	2 (2ETP)	2 (2ETP)	0	0
K	2 (1.4ETP)	1 (ETP variable)	18 (15.3ETP)	0	0	0
L	1 (1ETP)	0	13 (12.3ETP)	7 (7ETP)	0	0
M	1 (0.4ETP)	1 (0.1ETP)	2 (2ETP)	1 (1ETP)	0	0
N	2 (ETP variable)	0	5 (5ETP)	1 (1ETP)	0	0
O	2 (1.8ETP)	1 (ETP variable)	12 (12ETP)	4 (4ETP)	0	1 (1ETP)
P	1 (1ETP)	0	7 (6.6ETP)	1 (1ETP)	1 (1ETP)	2 (2ETP)
X	1 (ETP variable)	1 (1ETP)	3 (3ETP)	1 (1ETP)	0	0
Total	23	12	126	47	1	11

Légende

EJE : éducateur de jeune enfant

Puer : puéricultrice

CAP PE : certificat d'aptitude professionnelle « Petite Enfance »

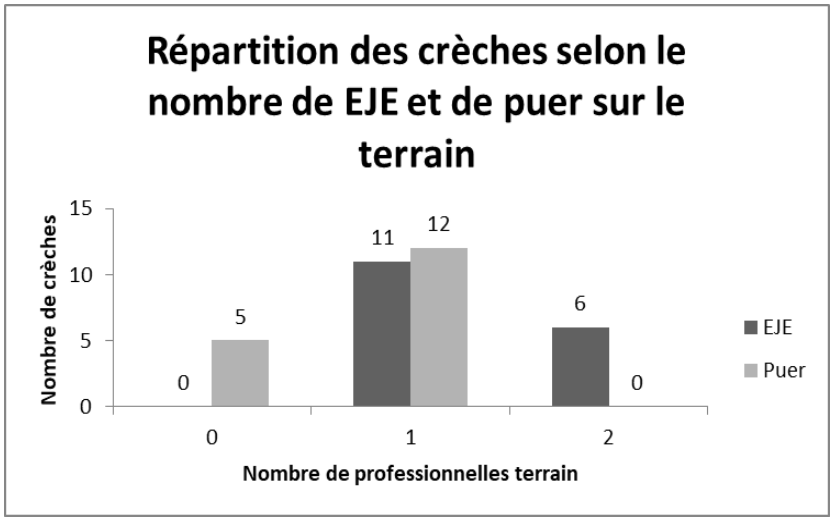
BEP SS : brevet d'études professionnelles « Sanitaire et social »

ETP : équivalent temps plein

Deux groupes de professionnelles interviennent auprès des enfants : d'un côté, des puéricultrices et EJE qui ont souvent un rôle d'encadrement et de soutien sous forme d'intervention ponctuelle dans l'unité de vie ; de l'autre, des professionnelles de terrain comme les auxiliaires de puériculture régulières et stables.

Les puéricultrices et éducatrices de jeunes enfants intervenant ponctuellement dans les unités de vie

Graphique 5 : Répartition des crèches selon le nombre de professionnelles éducatrices de jeunes enfants et puéricultrice intervenant auprès des enfants



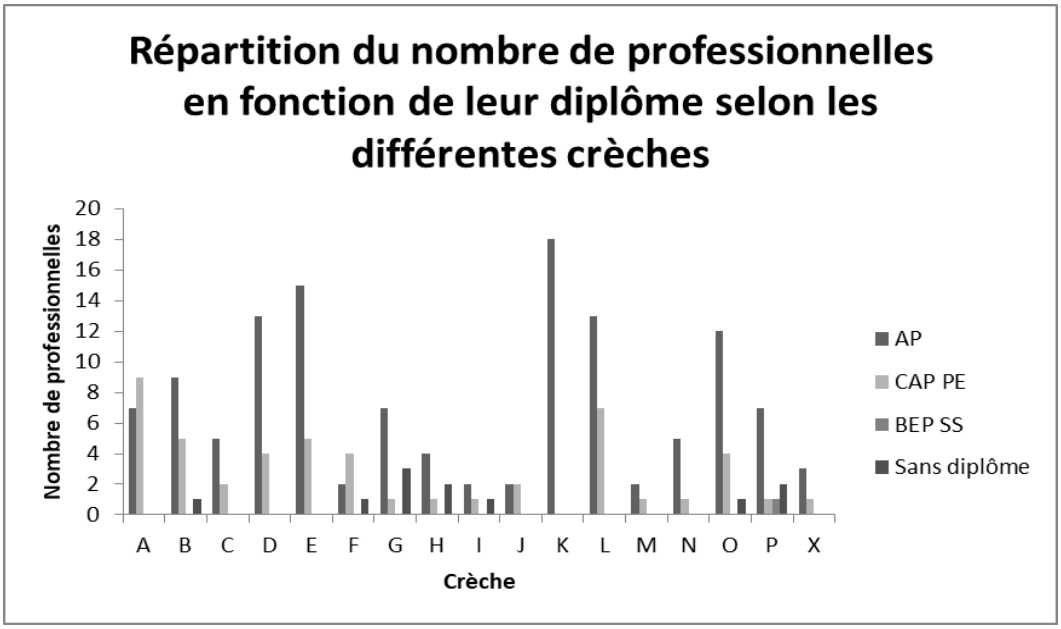
Dans 5 crèches, aucune puéricultrice n'est présente aux côtés des enfants alors qu'il en existe une dans 12 autres crèches. Une EJE est présente dans 11 crèches et 2 dans 6 crèches. Ces données sont cohérentes avec le code de la santé publique rendant obligatoire la présence d'un EJE pour les établissements de plus de 25 places d'accueil (article 2324-41).

Dans la majorité des crèches (N=13), ce sont les EJE et/ou puéricultrices composant l'équipe de direction qui interviennent auprès des enfants. Cette intervention est ponctuelle et variable en fonction des besoins des équipes, mais aussi de la charge administrative que représente la gestion d'une crèche. Sur ce point, le décret du 20/02/2007 recommande un tiers du temps de travail (12h environ) accordé à la fonction de direction dans une crèche de 20 places ou moins, deux tiers du temps de travail (environ 24h) entre 21 et 40 places et un temps plein pour les crèches de plus de 41 places.

Par ailleurs, 8 crèches déclarent avoir une ou deux EJE/puéricultrices (à temps plein ou partiel) en plus de l'équipe de direction.

Les professionnelles de terrain stables dans les unités de vie

Graphique 6: Répartition du nombre de professionnelles des différentes crèches selon leur diplôme



Légende

AP : auxiliaire de puériculture

CAP PE : certificat d'aptitude professionnelle « Petite Enfance »

BEP SS : brevet d'études professionnelles « Sanitaire et social »

Dans les unités de vie, la majorité des professionnelles intervenant auprès des enfants sont des auxiliaires de puériculture (126 professionnelles sur l'ensemble des 17 crèches) et, dans une bien moindre mesure, des professionnelles ayant un CAP Petite Enfance (N=47). Deux seules crèches (A, F) ont plus de professionnelles diplômées d'un CAP Petite enfance que d'auxiliaires de puériculture ; il s'agit des deux crèches privées de notre échantillon.

Une seule crèche possède une professionnelle ayant un BEP Sanitaire et Social et sept crèches emploient une à trois professionnelles non qualifiées dans le domaine de la petite enfance (11 professionnelles au total).

Le décret du 06/07/2010 relatif aux établissements et services d'accueil des enfants de moins de 6 ans stipule que 40 % de l'effectif total de l'équipe intervenant auprès des enfants doit être constitué de puéricultrices ou infirmières diplômées d'Etat, d'éducateurs de jeunes enfants, d'auxiliaires de puériculture et de psychomotriciens et 60% au plus de « titulaires ayant une qualification définie par arrêté du ministre chargé de la famille, qui doivent justifier

d’une expérience ou bénéficier d’un accompagnement défini par le même arrêté » (article R2324-42). L’arrêté de décembre 2000 précise qu’il peut s’agir de personnes titulaires du CAP Petite enfance, du Certificat de travailleuse familiale ou du Diplôme d’Etat de technicien de l’intervention sociale et familiale (TISF), du Brevet d’Etat d’animateur technicien de l’éducation populaire et de la jeunesse (option petite enfance), du BEP option Sanitaire et social, du Certificat d’aptitude aux fonctions d’aide à domicile. Il inclut aussi les personnes ayant une expérience en tant qu’assistante maternelle agréée d’au moins cinq années ou justifiant de trois ans de pratique auprès de jeunes enfants dans un établissement d’accueil (article 3, arrêté de Décembre 2000).

Tableau 2 : Nombre de professionnelles (effectif et pourcentage) selon leur crèche d'origine et leur catégorie professionnelle

Crèche	Professionnelles de la « 1ère catégorie »		Professionnelles de la « 2ème catégorie »		Total	
	N	%	N	%	N	%
A	10	52,63	9	47,37	19	100
B	11	64,71	6	35,29	17	100
C	7	77,78	2	22,22	9	100
D	15	78,95	4	21,05	19	100
E	17	77,27	5	22,73	22	100
F	5	50	5	50	10	100
G	9	69,23	4	30,77	13	100
H	6	66,67	3	33,33	9	100
I	4	66,67	2	33,33	6	100
J	3	60	2	40	5	100
K	21	100	0	0	21	100
L	14	66,67	7	33,33	21	100
M	4	80	1	20	5	100
N	7	87,5	1	12,5	8	100
O	15	75	5	25	20	100
P	8	66,67	4	33,33	12	100
X	5	83,33	1	16,67	6	100

Légende

« 1ère catégorie » : regroupe les métiers d'éducateurs de jeune enfant, puéricultrices, auxiliaires de puériculture (40% minimum de l'effectif total selon la loi).

« 2ème catégorie » : regroupe les professionnelles ayant le diplôme CAP Petite enfance ou BEP Sanitaire et social et les professionnelles sans diplôme de la petite enfance (60% maximum de l'effectif total selon la loi).

Le tableau 2 ci-dessus permet de comprendre que les crèches de notre échantillon ont toutes plus de 40% de professionnelles de la « première catégorie » (puéricultrices, EJE, auxiliaires de puériculture) comme stipulé dans la loi. Cette proportion s'échelonne entre 50% et 100% de l'effectif. Concernant les professionnelles de la « deuxième catégorie » (CAP Petite enfance, BEP Sanitaire et social et autres diplômes), leur nombre ne dépasse jamais 60% de l'effectif total comme le prévoit la loi.

Dans la majorité des crèches, le pourcentage de professionnelles de la « deuxième catégorie » reste inférieur à celui des professionnelles de la « première catégorie ». Deux crèches seulement ont un léger écart entre les proportions de ces deux catégories de professionnelles : 50% de chaque dans la crèche F et 53%/47% dans la crèche A. Il s'agit des deux seules crèches privées de notre échantillon.

Temps de travail hebdomadaire des professionnelles

Dans 7 crèches, les professionnelles ont un temps de travail effectif de 35h par semaine, il est de 37h30 pour 2 crèches, 38h pour une, 39h pour 5 crèches ou 40h pour 2 crèches.

D'une crèche à l'autre, les professionnelles ont des plannings très variables. Pour 7 crèches, les horaires changent d'une semaine à l'autre mais restent fixent du lundi au vendredi. Pour 6 autres crèches, au contraire, les horaires changent tous les jours, mais les semaines se ressemblent. Enfin, 3 crèches proposent un roulement au mois et une un roulement sur deux-trois jours.

Dans 14 crèches, la pause quotidienne dure entre 15 à 30 minutes et est comptée dans le temps de travail (astreinte). Seule 3 crèches imposent aux professionnelles une pause allant de 30 minutes à deux heures en dehors de leur temps de travail.

Professionnelles spécialisées

Plus de la moitié des crèches (N=9) disent ne pas avoir de psychologue intervenant au sein de leur crèche. Pour les autres, le temps de présence du psychologue est de une heure/une heure trente par mois (4 crèches), 7 à 8 heures par mois (3 crèches) ou 6 heures par semaine (une crèche). Aucune crèche ne déclare bénéficier de la présence d'un psychomotricien ou autre professionnel spécialisé. Ces éléments vont à l'encontre du code de la santé publique dont l'article 2324-38 précise que « les établissements et services d'une capacité supérieure à dix places veillent à s'assurer, compte tenu du nombre, de l'âge et des besoins des enfants qu'ils accueillent et de leur projet éducatif et social, le concours d'une équipe

pluridisciplinaire composée de professionnels qualifiés, notamment dans les domaines psychologique, social, sanitaire, éducatif et culturel ».

Au sein des crèches, le temps de présence des pédiatres ou médecins généralistes oscillent entre 30 minutes et 1h30 par semaine (quatre crèches) ou par mois (quatre crèches). Six crèches participants, ainsi qu'une vingtaine d'autre crèches petite enfance appartenant à la même municipalité, se partagent un pédiatre sur 6 heures. Aucun médecin généraliste ou pédiatre n'intervient dans l'une des crèches ; dans deux autres, cette intervention se fait à la demande.

2.1.1.4.4. Les différents types d'accueils

L'accueil régulier

Toutes les crèches de l'échantillon proposent de l'accueil régulier. Un contrat d'accueil à temps complet ou partiel est signé avec les parents pour une durée pouvant atteindre un an. Les places sont attribuées suite à une commission généralement menée par le gestionnaire de la crèche (municipalité, direction de l'hôpital, etc.), en fonction de différents critères (lieu de résidence, activité professionnelle des parents, etc.).

L'accueil occasionnel

L'accueil occasionnel est aussi pratiqué dans plusieurs crèches. Néanmoins sa définition est moins consensuelle que celle de l'accueil régulier et semble donc recouvrir des réalités différentes. En effet, certains responsables conçoivent l'accueil occasionnel comme un accueil régulier à temps partiel. Par exemple, pour deux des crèches, un enfant peut être accueilli sous l'appellation « occasionnel » si son contrat d'accueil comprend moins de 2 jours par semaine et ce même s'il est accueilli de façon régulière sur l'année. Parfois, une durée maximale d'accueil par semaine est définie pour l'accueil régulier (par exemple, 2 jours dans une crèche ou 3.5 jours dans une autre). Pour certaines crèches, anciennement nommées « crèches collectives », l'ensemble des places d'accueil sont allouées à de l'accueil régulier ; la signature de contrats occasionnels vient alors compléter les places vacantes. Dans d'autres crèches, un quota de places régulières et occasionnelles est défini d'avance. Enfin, certaines directions entendent par « occasionnel » un accueil qui n'est pas anticipé, sans réservation préalable et qui serait davantage de l'ordre du « dépannage ». D'autres encore appellent cela un « accueil d'urgence ».

L'accueil d'urgence

Concernant l'accueil d'urgence, les directions évoquent pour beaucoup l'accueil ponctuel d'enfants dont les parents sont (ou le mode d'accueil habituel est) dans l'incapacité temporaire de les prendre en charge (hospitalisation, arrêt maladie, etc.), ou lorsque la famille est en situation de précarité psycho-sociale ; les enfants sont alors souvent orientés par la Protection Maternelle et Infantile (PMI) ou d'autres services sociaux. Ces accueils sont toujours exceptionnels et ponctuels. Il s'agit très souvent d'enfants non-inscrits dans la crèche.

Un consensus semble exister quant à l'attribution de ces places d'accueil occasionnel et d'urgence : elles ne sont pas attribuées suite à une commission, contrairement aux places régulières. Les critères d'attribution sont plus souples et définis par la direction de la crèche elle-même.

Autres types de places

Neuf crèches déclarent avoir d'autres places réservées pour la PMI, pour le pôle emploi ou pour des familles en réinsertion sociale et professionnelle orientées par les Centres communaux d'action sociale (CCAS), comme c'est le cas pour des enfants porteurs de handicap. La capacité d'accueil varie de 1 à 5 jours par semaine d'accueil à temps complet en fonction de l'établissement.

2.1.1.4.5. L'organisation interne de la crèche

Les unités de vie

Tableau 3 : Répartition des différentes unités de vie des crèches participantes en fonction de leur appellation et de l'âge des enfants accueillis

Appellations	Bébés	Moyens	Grands	Bébés-moyens	Moyens-Grands	Bébés-grands moyens	Petits moyens-grands	Multi âge	Total
Ages	0-12 mois	12-24 mois	24-36 mois	0-24 mois	12-36 mois	0-12 mois + 18-24 mois	12-18 mois + 24-36 mois	0-36 mois	-
Nombre d'unité de vie	10	9	9	2	5	4	4	5	48

Deux crèches ont une seule pièce de vie (I, J) ; quatre crèches en ont deux (C, F, M, P) ; 7 crèches ont trois sections (B, G, H, K, N, O, X) et trois crèches en possèdent 4 (D, E, L)

et enfin une seule crèche à 5 unités de vie (A). Au total, il existe 48 unités de vie au sein des 17 crèches participantes.

Huit crèches (A, B, G, H, K, N, O, X) proposent des unités de vie différentes en fonction de la tranche d'âge (bébés / moyens / grands) alors que 6 (C, D, E, L, M, P) proposent des sections à double niveau (bébés-moyens / moyens-grands). Parmi ces 6 crèches, deux proposent des doubles niveaux avec des tranches d'âge qui ne se suivent pas (exemple : petits moyens et grands / bébés et grands moyens ; D, E). Enfin, 3 crèches (F, I, J) fonctionnent avec des pièces de vie accueillant toutes les tranches d'âge à la fois.

Le nombre d'enfants par professionnelle (ratio)

Tableau 4 : Nombre d'enfants par professionnelle au sein des unités de vie des crèches participantes

Unités de vie	Bébés	Moyens	Grands	Bébés-moyens	Moyens-Grands	Bébés-grands moyens	Petits moyens-grands	Multi âge	Total
Moyenne	3,52	4,97	5,34	4,2	5,42	6,13	5,94	3,76	4.8
Ecart-type	0,75	1,07	1,02	1,13	1	0,25	0,13	0,29	1.2
Minimum	2,5	3,3	4	3,4	4,3	6	5,75	3,3	2.5
Maximum	5	7	7	5	7	6,5	6	4	7

Le ratio moyen (nombre d'enfants par professionnelle) pour toutes les unités de vie se situe à 1 professionnelle pour 4.8 enfants (ET = 1.2).

Plus précisément, le nombre moyen d'enfants par professionnelle augmente avec l'âge de l'enfant. Ainsi, il est de 3.52 enfants (ET = 0.75) dans les 10 unités de « bébés » (2.5-12 mois), de 4.97 (ET = 1.07) dans les 9 unités de « moyens » (12-24 mois) et de 5.34 (ET=1.02) dans les 9 unités de « grands » (24-36 mois).

Les 2 unités mixtes de « bébés-moyens » (2.5-24 mois) ont un nombre d'enfants moyen par professionnelle de 4.2 (ET = 1.13) se situant ainsi entre les unités classiques de bébés et de moyens. Cependant, les 5 unités de « moyens-grands » (12-36 mois) ont un ratio moyen de 5.42 (ET = 1) qui est plus important que dans les unités de grands.

Dans la section multi-âge, les professionnelles prennent en charge entre 3 et 4 enfants (M= 3.76, ET = 0.29), ce qui les situent entre les unités plus classiques de bébés et de moyens.

Enfin, les 8 unités accueillant deux tranches d'âge non consécutives ont les ratios moyens les plus importants : moyenne de 6.13 (ET= 0.25) pour les 4 unités accueillant des

« bébés » (2.5-12 mois) et des « grands moyens » de 18 à 24 mois, moyenne de 5.94 (ET= 0.13) dans les 4 unités accueillant des « petits moyens » de 12 à 18 mois et des « grands » (24-36 mois).

L'unité de bébés de la crèche X a le ratio le plus faible : une professionnelle pour 2.5 enfants. Le ratio le plus important, celui de l'unité des moyens et des grands de la crèche H et de l'unité des moyens-grands de la crèche M, est d'une professionnelle pour 7 enfants.

L'ensemble de ces ratios reste relativement supérieur aux dispositions réglementaires. Pour rappel, le code de la santé publique exige 1 professionnelle pour cinq enfants qui ne marchent pas et une professionnelle pour 8 enfants qui marchent (article R2324-43).

2.1.1.4.6. La participation des crèches aux différentes évaluations

Les crèches ont eu le choix de participer à l'ensemble des évaluations ou à une partie seulement. Ainsi, en fonction de chaque outil, nous ne retrouvons pas une homogénéité dans le nombre de crèches participantes comme le montre le tableau 5 ci-dessous.

Tableau 5 : Répartition des crèches participantes selon les différentes évaluations

	Total	**Entretien professionnelles**	**Questionnaire TAQ**	**Entretien parents**	**Questionnaires IDE et BITSEA**	**Tests de développement BLR et BLC**
Crèches participantes (N)	17	14	11	10	17	14

Au total, 17 crèches ont participé à l'étude mais selon différentes manières : 14 d'entre elles ont proposé des entretiens à leurs professionnelles, 10 aux parents, 11 crèches ont accepté de faire passer le questionnaire TAQ aux professionnelles et la totalité des crèches les questionnaires IDE et BITSEA aux parents. Enfin, 14 crèches ont consenti à ce que le test de développement soit proposé aux parents et enfants dans leurs locaux.

Afin de présenter différemment l'information, nous pouvons comptabiliser le nombre d'outils auxquels les différentes crèches ont participé.

Tableau 6 : Répartition des crèches selon le nombre d'outils réalisé

	1 outil	**2 outils**	**3 outils**	**4 outils**	**5 outils**
Crèches participantes (N)	1	2	2	5	7

Nous remarquons que 7 crèches sur 17 ont collaboré à l'ensemble des outils de la recherche (entretiens parents et professionnelles + questionnaires parents et professionnelles +

test de développement) et 5 crèches ont refusé un seul outil (les questionnaires TAQ pour 3 crèches ou les entretiens parents pour 2 autres). De plus, 2 crèches ont participé à trois outils (entretien professionnelles + questionnaires parents et professionnelles) et deux autres à deux (questionnaires parents + test de développement). Enfin, une seule crèche n'a accepté qu'un seul outil : les questionnaires parents.

Les variations observées dans le nombre d'outils réalisés au sein de chaque crèche dépendent de deux aspects : un choix de notre part de ne pas réaliser la passation de certains outils (en gris foncé dans le tableau 7 ci-dessous), un refus exprimé par la crèche (en gris clair).

Tableau 7: Raisons explicatives de la non-participation de certaines crèches aux différents outils

Crèche	Entretien professionnelles	Questionnaire TAQ	Entretien parents	Questionnaires IDE et BITSEA	Tests de développement BLR et BLC
A					
B					
C		TAQ non validé			
D		TAQ non validé			
E		TAQ non validé			
F		Questionnaires non rendus par la crèche			
G	Souhait de la crèche	TAQ non validé	Souhait de la crèche		
H			Souhait de la crèche		
I			Souhait de la crèche		
J	Distance géographique	Participation étude de validation	Distance géographique		
K					
L					
M		Questionnaires non rendus par la crèche			
N					
O	Souhait de la crèche	Participation étude de validation	Distance géographique		Distance géographique
P			Distance géographique		Distance géographique
X			Distance géographique		Distance géographique

Tout d'abord, nous avons fait le choix de ne pas proposer tous les outils dans certaines crèches pour une raison de distance géographique : seuls les outils nécessitant des déplacements peu fréquents (questionnaires) ou pour lesquels les passations pouvaient être groupées (entretiens professionnelles) ont été retenus lorsque la crèche se situait à plus de 40 kilomètres de notre domicile. Dans 4 crèches, le questionnaire TAQ n'a pas pu être soumis puisque l'étude de validation n'était encore terminée lors du recueil de données. Il ne l'a pas été non plus dans deux autres crèches qui avaient déjà participé à l'étude de validation de la version francophone dans l'année.

Le second aspect est lié aux crèches : 2 crèches ont refusé la réalisation des entretiens parents, 1 autre les entretiens professionnelles et une dernière l'ensemble des entretiens. Enfin, deux crèches n'ont pas rendu les questionnaires TAQ remplis par les professionnelles dans le temps imparti.

2.1.2. Les participants

Après cette description détaillée des crèches participantes, nous présentons ci-dessous l'échantillon global de professionnelles et de familles (enfants et parents) ayant pris part aux évaluations.

2.1.2.1. Les professionnelles

2.1.2.1.1. Critères d'inclusion

Seules les professionnelles intervenant directement auprès des enfants ont été sollicitées, ce qui exclut donc les membres de la direction n'ayant pas de temps de présence fixe et régulier aux cotés des enfants, ainsi que le personnel administratif et technique (cuisinier, agent d'entretien, etc.) et les stagiaires.

Ces professionnelles devaient maîtriser la langue française (écrite et orale) pour pouvoir participer.

2.1.2.1.2. Professionnelles sollicitées

Sur les 17 crèches participantes, près de 140 professionnelles ont été sollicitées pour réaliser un entretien et 113 (certaines sont les mêmes que pour les entretiens) un questionnaire.

2.1.2.1.3. Taux d'acceptation et de refus

Le tableau 8 ci-dessous présente l'évolution entre le nombre de professionnelles sollicitées et le nombre de professionnelles participantes à la recherche en fonction des deux outils.

Les entretiens professionnels

Tableau 8 : Evolution du nombre de professionnelles (pourcentage et effectif) ayant participé à l'entretien

Crèches	Professionnelles sollicitées pour l'entretien		Professionnelles ayant accepté l'entretien		Professionnelles ayant refusé l'entretien		Professionnelles n'ayant pas répondu	
	NB	%	NB	%	NB	%	NB	%
A	18	100	3	16,67	0	0	15	83,33
B	12	100	8	66,67	1	8,33	3	25
C	6	100	6	100	0	0	0	0
D	16	100	6	37,5	2	12,5	8	50
E	20	100	2	10	2	10	16	80
F	8	100	5	62,5	1	12,5	2	25
G								
H	5	100	5	100	0	0	0	0
I	6	100	3	50	3	50	0	0
J								
K	25	100	14	56	2	8	9	36
L	23	100	17	73,91	0	0	6	26,09
M	7	100	3	42,86	1	14,29	3	42,86
N	7	100	5	71,43	0	0	2	28,57
O								
P	12	100	6	50	6	50	0	0
X								
Total	140	100	83	59,29	18	12,86	39	27,86

Plus de la moitié des professionnelles (59.29%) sollicitées ont accepté de participer à un entretien (N=83), 12.86% ont refusé (N=18) et 27.86% n'ont pas rendu le coupon-réponse (N=39).

La variation des taux d'acceptation de l'entretien dans les différentes crèches semble être liée à la reconnaissance ou non de cette rencontre comme temps de travail. Plus précisément, c'est dans les établissements dans lesquels la durée de l'entretien n'a pas été

reconnue et comptabilisée comme du temps de travail que la participation des professionnelles a été la plus faible (A, D, E, M).

Le questionnaire Toddler Attention Questionnaire (TAQ)

Tableau 9 : Evolution du nombre de professionnelles (pourcentage et effectif) ayant participé au questionnaire

Crèches	Professionnelles sollicitées pour le questionnaire		Professionnelles ayant accepté le questionnaire		Professionnelles ayant refusé le questionnaire		Professionnelles n'ayant pas répondu	
	NB	%	NB	%	NB	%	NB	%
A	8	100	8	100	0	0	0	0
B	10	100	10	100	0	0	0	0
C								
D								
E								
F	16	100	16	100	0	0	0	0
G								
H	5	100	5	100	0	0	0	0
I	6	100	5	83,33	1	16,67	0	0
J								
K	25	100	12	48	0	0	13	52
L	13	100	13	100	0	0	0	0
M	7	100	3	42,86	0	0	4	57,14
N	6	100	6	100	0	0	0	0
O								
P	12	100	7	58,33	0	0	5	41,67
X	5	100	5	100	0	0	0	0
Total	113	100	90	79,65	1	0,88	22	19,47

La soumission du questionnaire a été très bien reçue par les professionnelles puisque près de 80% des personnes sollicitées ont accepté de le remplir (N=90). Une seule personne a refusé et 22 professionnelles n'ont pas répondu (19.47%).

2.1.2.1.4. Professionnelles participantes

Seul le profil des professionnelles participantes à l'entretien peut être présenté car aucune donnée sociodémographique n'a été recueillie lors du remplissage du questionnaire.

Au total, 81 professionnelles ont été rencontrées pour réaliser un entretien (76 entretiens et une réunion collective de 5 personnes). Cependant, nous nous concentrerons uniquement sur 20 de ces entretiens qui ont pu être analysés dans le temps imparti de cette

thèse. Les caractéristiques des participantes sont présentées en amont des résultats de l'analyse qualitative menée sur ce matériel, dans l'article n°4 (cf. Chapitre « Discussion »).

2.1.2.2. Les parents et leurs enfants

Nous décrivons à présent l'ensemble des familles ayant participé à la recherche.

2.1.2.2.1. Critères de sélection des familles

2.1.2.2.1.1. Critères d'inclusion

Tout d'abord, afin de participer à la recherche, les familles devaient avoir un enfant accueilli régulièrement dans l'une des 17 crèches ayant accepté le projet, c'est-à-dire durant toute l'année scolaire en cours. De plus, la durée d'accueil par semaine devait être d'au moins 20 heures. Nous avons choisi ce seuil grâce aux études de Belsky (2001) qui ont mis en avant l'influence de la quantité de temps passé en garde sur le bien-être de l'enfant à partir de 20 heures par semaine.

Ensuite, il était indispensable que les familles maîtrisent la langue française (écrite et orale).

2.1.2.2.1.2. Critères d'exclusion

Puisqu'elle cherche en partie à évaluer le développement de l'enfant, cette recherche ne nous a pas paru adaptée pour des enfants porteurs de handicap. Ils n'ont donc pas été inclus dans la recherche.

Enfin, il ne nous a pas semblé pertinent d'exclure les enfants prématurés puisque cette donnée n'est pas souvent répertoriée par la crèche. Nous avons donc choisi de recueillir systématiquement le terme de la grossesse auquel a eu lieu l'accouchement afin de pouvoir, si besoin, contrôler cette variable.

2.1.2.2.2. Familles sollicitées

Au total, plus de 900 familles répondaient aux critères d'inclusion/exclusion présentés ci-dessous. En fonction des crèches, entre 10 et 120 familles ont été sollicitées, avec une moyenne de 45 familles par établissement (ET = 32.25).

2.1.2.2.3. Taux d'acceptation et de refus

Le tableau 10 ci-dessous présente l'évolution entre le nombre de familles sollicitées et le nombre de familles participant à la recherche en fonction des outils.

Les entretiens parents

Tableau 10 : Evolution du nombre de parents (pourcentage et effectif) ayant participé à l'entretien

Crèches	Parents sollicités pour l'entretien		Parents ayant accepté l'entretien		Parents ayant refusé l'entretien		Parents n'ayant pas répondu	
	NB	%	NB	%	NB	%	NB	%
A	100	100	14	14	1	1	85	85
B	56	100	17	30,36	12	21,43	27	48,21
C	45	100	8	17,78	3	6,67	34	75,56
D	100	100	18	18	8	8	74	74
E	120	100	10	8,33	9	7,5	101	84,17
F	50	100	10	20	7	14	33	66
G								
H								
I								
J								
K	60	100	21	35	3	5	36	60
L	75	100	12	16	5	6,67	58	77,33
M	20	100	5	25	2	10	13	65
N	20	100	2	10	0	0	18	90
O								
P								
X								
Total	904	100	117	12,94	50	5,53	737	81,53

Sur les 904 familles sollicitées pour la passation d'un entretien, 12.94% ont accepté sa réalisation (N=117), 5.53% l'ont refusé (N=50) et 81.53% n'ont pas souhaité répondre (N=737).

Les questionnaires « Inventaire de Développement de l'Enfant » (IDE) et « Brief Infant Toddler Social and Emotional Assessment » (BITSEA)

Tableau 11 : Evolution du nombre de parents (pourcentage et effectif) ayant participé aux questionnaires

Crèches	Parents sollicités pour les questionnaires		Parents ayant accepté les questionnaires		Parents ayant refusé les questionnaires		Parents n'ayant pas répondu	
	NB	%	NB	%	NB	%	NB	%
A	100	100	16	16	0	0	84	84
B	76	100	41	53,95	4	5,26	31	40,79
C	45	100	10	22,22	1	2,22	34	75,56
D	100	100	26	26	0	0	74	74
E	120	100	20	16,67	0	0	100	83,33
F	80	100	22	27,5	0	0	58	72,5
G	45	100	23	51,11	3	6,67	19	42,22
H	19	100	13	68,42	1	5,26	5	26,32
I	14	100	9	64,29	0	0	5	35,71
J	20	100	9	45	0	0	11	55
K	60	100	22	36,67	2	3,33	36	60
L	75	100	15	20	2	2,67	58	77,33
M	20	100	7	35	0	0	13	65
N	20	100	2	10	0	0	18	90
O	45	100	20	44,44	3	6,67	22	48,89
P	45	100	13	28,89	1	2,22	31	68,89
X	20	100	6	30	0	0	14	70
Total	904	100	274	30,31	17	1,88	613	67,81

Concernant les questionnaires, 30.31% des parents ont été favorables à cette participation (N=274), 1.88% ont refusé (N=17) et 67.81% n'ont pas répondu (N=613).

Les tests de développement : Brunet-Lézine Révisé et Complémentaire

Tableau 12 : Evolution du nombre de parents (pourcentage et effectif) ayant participé au test de développement

Crèches	Parents sollicités pour le test		Parents ayant accepté le test		Parents ayant refusé le test		Parents n'ayant pas répondu	
	NB	%	NB	%	NB	%	NB	%
A	100	100	16	16	0	0	84	84
B	56	100	22	39,29	10	17,86	24	42,86
C	45	100	9	20	2	4,44	34	75,56
D	100	100	19	19	7	7	74	74
E	120	100	13	10,83	7	5,83	100	83,33
F	50	100	15	30	2	4	33	66
G	45	100	18	40	8	17,78	19	42,22
H	19	100	12	63,16	2	10,53	5	26,32
I	14	100	7	50	2	14,29	5	35,71
J	10	100	4	40	2	20	4	40
K	60	100	23	38,33	1	1,67	36	60
L	75	100	14	18,67	3	4	58	77,33
M	20	100	7	35	0	0	13	65
N	20	100	2	10	0	0	18	90
O								
P								
X								
Total	904	100	181	20,02	46	5,09	677	74,89

Enfin, 20.02% ont accepté la passation d'un test de développement (N=181), 5.09% ont refusé (N=46) et 74.89% n'ont pas répondu (N=677).

En bref, sur les 904 familles sollicitées, 13% des parents ont accepté la réalisation d'un entretien (N=117), 30.44% le remplissage d'un questionnaire (N=274) et 20.11% la passation d'un test de développement (N=181).

L'outil le plus refusé par les parents a été l'entretien (50 refus), puis le test de développement (N=46). Le remplissage du questionnaire n'a été refusé que par 17 parents. Ce dernier outil a été le plus facilement accepté par les participants. Ceci s'explique certainement par son aspect moins couteux en termes de temps de passation que les autres.

2.1.2.2.4. Les familles participantes

L'échantillon global pour tous les outils confondus comporte 237 enfants. Des données sociodémographiques sont présentées ci-dessous afin de décrire ces enfants (âge, sexe, terme de naissance, antécédents médicaux) et leur mode d'accueil (niveau de référence, âge d'arrivée à la crèche, nombre d'heures et de jours par semaine). Cependant, avant de décrire les enfants, nous détaillerons le profil des parents participants (âge, diplômes, catégorie socioprofessionnelle) ainsi que leur situation familiale.

2.1.2.2.4.1. Caractéristiques des parents

Age

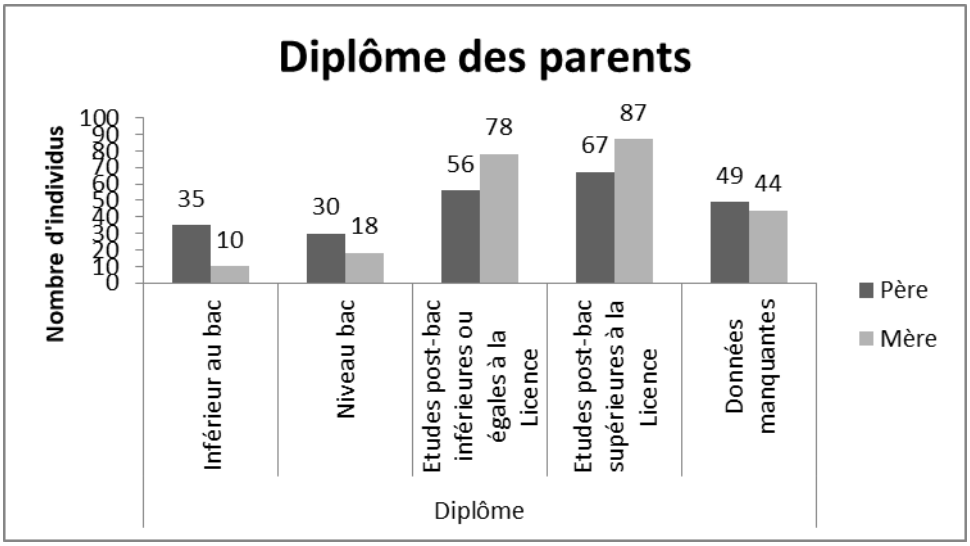
L'âge de 178 parents sur 237 a été renseigné. En moyenne, les pères des enfants ont 35.51 ans (ET = 5.44). De leur côté, les mères ont un âge moyen de 33.89 (ET = 4.59).

L'âge des pères et des mères de l'échantillon est très corrélé (=0.738, $p<0.01$), c'est à dire que plus les pères sont âgés, plus les mères le sont aussi et inversement.

Une comparaison entre l'âge des mères et celui des pères a été réalisé avec un test T de Student (t=5.816). Celui-ci révèle que les mères de notre échantillon sont plus jeunes que les pères et ce de manière significative ($p<0.01$).

Diplôme

Graphique 7: Répartition des parents (pères et mères) selon leur niveau d'étude



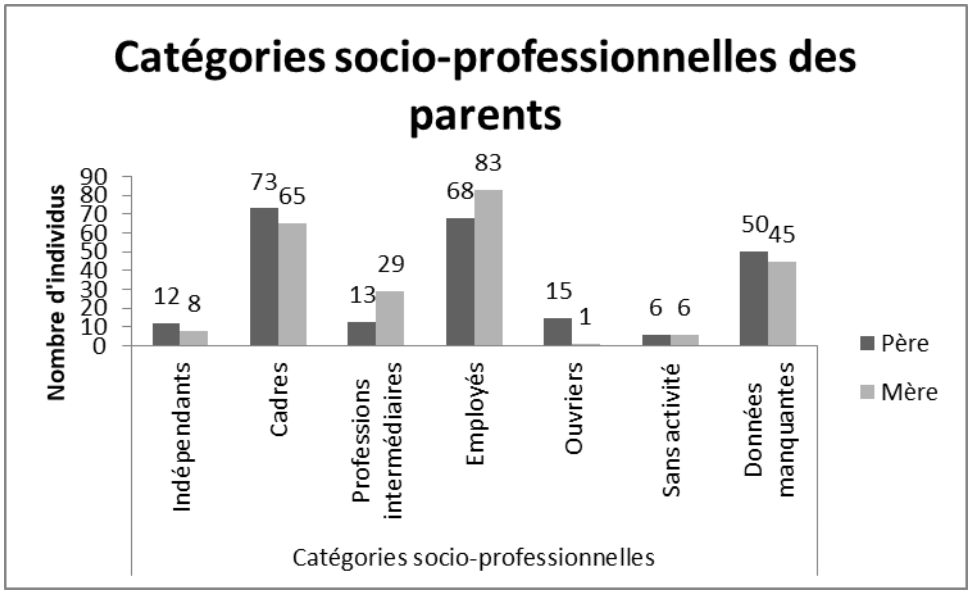
Dans notre échantillon, le niveau d'étude a été mentionné pour 188 pères et 193 mères sur 237. Concernant les pères, 18.6% ont un diplôme inférieur au baccalauréat, 16% un niveau Baccalauréat et 65.4% ont fait des études supérieures (29.8% jusqu'à la licence et

35.6% après). Les mères ont un niveau inférieur au Baccalauréat pour 5.2% d'entre elles et 9.3% ont seulement obtenu le Baccalauréat. Elles sont 85.5% à avoir fait des études supérieures : 40.4% ont obtenu au maximum une Licence et 45.1% un diplôme plus élevé.

Une comparaison entre le niveau d'étude des pères et des mères de notre échantillon a été réalisée grâce à un test de Khi² (= 23,037). Ce test révèle une différence significative ($p<.01$) dans le sens où les mères de notre échantillon sont davantage diplômées que les pères.

Catégorie socio-professionnelle

Graphique 8 : Répartition des parents (pères et mères) selon leur catégorie-socioprofessionnelle



La catégorie socioprofessionnelle (CSP) de 187 pères et 192 mères a été définie (95 données manquantes) selon les catégories de l'INSEE. Pour augmenter la lisibilité de ces résultats, ces CSP ont été regroupés selon six catégories : indépendants (agriculteurs + artisans) ; cadres et professions intellectuelles supérieures ; professions intermédiaires ; employés ; ouvriers ; sans activité professionnelle actuelle (retraités, étudiants, parents au foyer, sans activité professionnelle).

Dans notre échantillon, les CSP les plus représentées chez les pères sont celles des cadres (39.04%, N=73) et des employés (36.36%, N=68). Une faible proportion d'ouvriers (8.02%, N=15), de professions intermédiaires (6.95%, N=13), d'indépendants (6.42%, N=12), et des personnes sans activité professionnelle (3.21%, N=6) apparaît.

Quant aux mères, elles sont en majorité employées (43.23%, N=83) et cadres (33.85%, N=65), alors que 29 appartiennent à la CSP Professions intermédiaires (15.10%). Enfin,

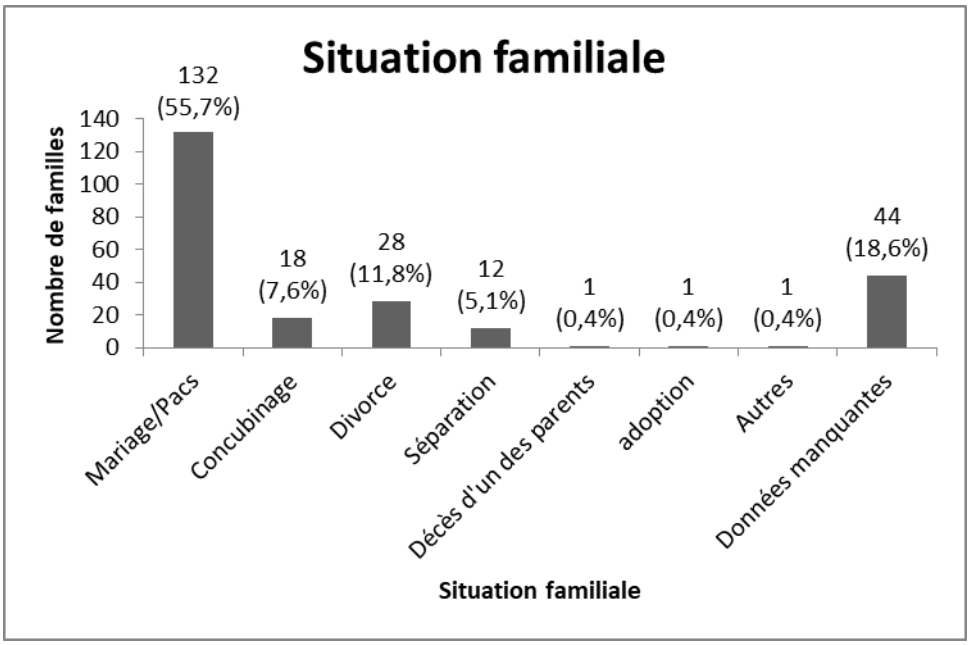
seules 8 femmes sont indépendantes (4.17%), 6 sans activité professionnelle actuelle (3.13%) et une est ouvrière (0.52%).

A l'échelle nationale, nous avons seulement trouvé les informations concernant la CSP des mères dont l'enfant est accueilli en EAJE : 10% sont indépendantes, 30% cadres, 19% professions intermédiaires et 29% employées. Nous remarquons alors que notre échantillon comporte moins de mère indépendantes, un peu moins de professions intermédiaires, un peu plus de cadres et davantage d'employées.

Un test de Khi² a permis de réaliser une comparaison entre la CSP des pères et des mères de l'échantillon. Les résultats (=21.037) dévoilent une différence significative (à p<.01) entre la CSP des deux parents : les pères se révèlent plus souvent ouvriers que les mères et ces dernières, davantage employées que les pères.

Situation familiale

Graphique 9 : Répartition des familles selon leur situation familiale

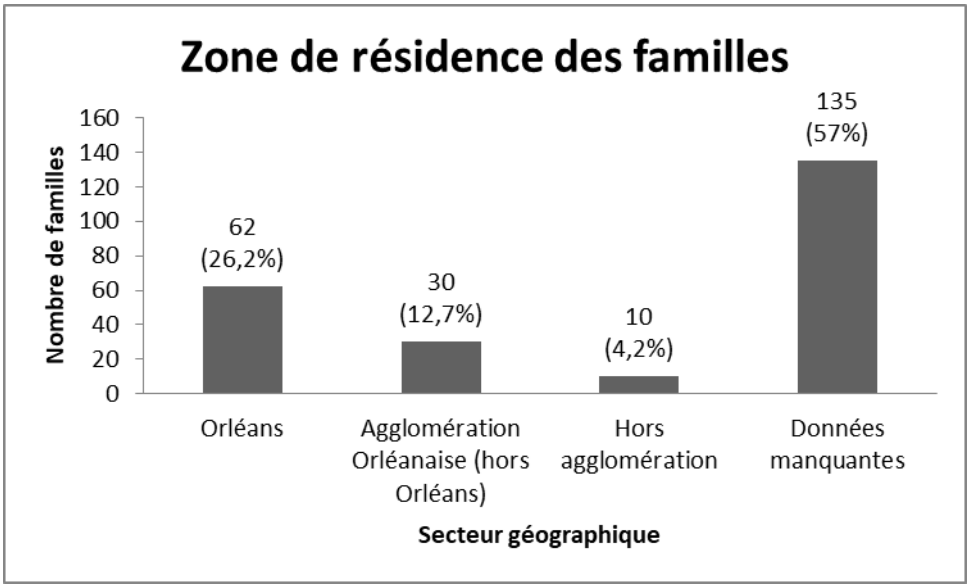


La situation familiale a été renseignée pour 193 enfants sur 237 (44 valeurs manquantes). Dans notre échantillon global, 63.3% des enfants vivent avec leurs deux parents (132 couples mariés ou pacsés et 18 en concubinage) tandis que 17.3% enfants vivent avec seulement l'un des deux parents pour des raisons de divorce (28 enfants), séparation (12 enfants), décès de l'un des parents (1 enfant). Par ailleurs, un enfant a été adopté. La situation d'un enfant a été classée comme « autres » sans plus de précision.

Au niveau national, 86% des enfants de moins de 6 ans vivent avec leur deux parents (86% ; CNAF, 2018).

Ville de résidence

Graphique 10 : Répartition des familles selon leur zone de résidence



Les données concernant le lieu de résidence des familles de notre échantillon sont difficilement analysables puisque la ville de résidence a été renseignée pour seulement 43% des 237 enfants (N=102). Plus précisément, 26.2% résident sur la commune d'Orléans (N=62), 12.7% dans l'Agglomération Orléanaise (N=30) et 4.2% habitent en dehors de l'Agglomération (N=10).

2.1.2.2.4.2. Caractéristiques concernant l'enfant

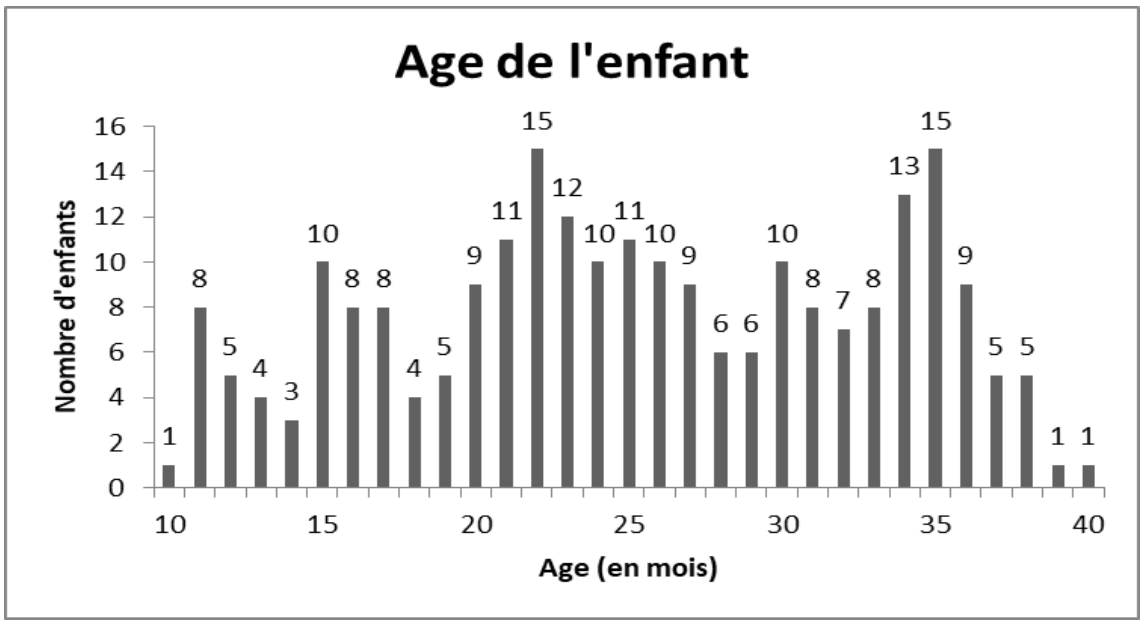
Sexe

Notre échantillon global se compose de 46.8% d'enfants de sexe masculin (N=111) et 53.2% de sexe féminin (N=126).

Age

L'âge des enfants de notre échantillon est compris entre 10 et 40 mois. La moyenne se situe à 25.28 mois (ET= 7.68).

Graphique 11 : Répartition des enfants selon leur âge



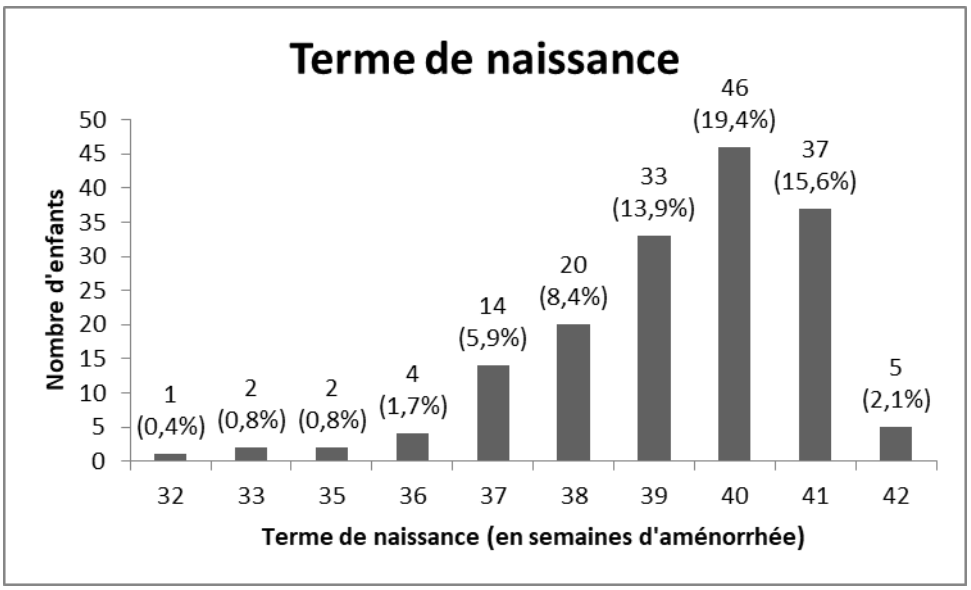
Deux âges sont davantage représentés : 22 mois et 35 mois (N=15 enfants). Entre ces deux âges, se trouve 59.07% de l'échantillon (N=140).

Si l'on regroupe l'âge des enfants selon les catégories souvent retrouvées en crèche - bébés (jusqu'à 11 mois), moyens (12-23 mois), grands (dès 24 mois) - nous pouvons alors dire que notre échantillon comporte 3.80% de bébés (N=9), 39.66% de moyens (N=94) et 56.54% de grands (N=134).

Terme de naissance

Sur les 237 enfants de l'échantillon, le terme de naissance (en semaines d'aménorrhée ; SA) est connu pour 164 d'entre eux (69% des enfants). En moyenne, les enfants sont nés à 39.29SA (ET= 1.73).

Graphique 12 : Répartition des enfants selon leur terme de naissance



Le terme de naissance le plus petit se situe à 32 SA (prématurité moyenne) et le plus grand à 42 SA (une semaine après le terme théorique de naissance)[10]. Dans notre échantillon, 9 enfants (3.80%) ont un terme de naissance inférieur à 37SA et sont donc nés prématurés (INSERM[11]).

Complications obstétricales

De plus, 41 parents (17%) ont rapporté avoir eu des complications médicales lors de la grossesse et l'accouchement tels qu'une menace d'accouchement prématuré ou une césarienne en urgence.

Antécédents médicaux

Un antécédent médical a été signalé pour 71 enfants de l'échantillon total. Nous remarquons que près d'un tiers des déclarations faites par les parents concernent des affections courantes chez l'enfant tel que l'otite, les intolérances et allergies alimentaires, le reflux gastro-œsophagien. Puis, deux tiers d'antécédents médicaux plus graves sont signalés comme des affections répétées nécessitant des traitements médicamenteux sur du long terme, des hospitalisations précoces (e.g. néonatologie), des opérations chirurgicales (par ex. suite à une hernie, une obstruction des canaux lacrymaux).

[10] https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/prematurite. Site consulté le 05/12/2017.

[11] https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/prematurite. Site consulté le 08/06/2018

Eléments particuliers

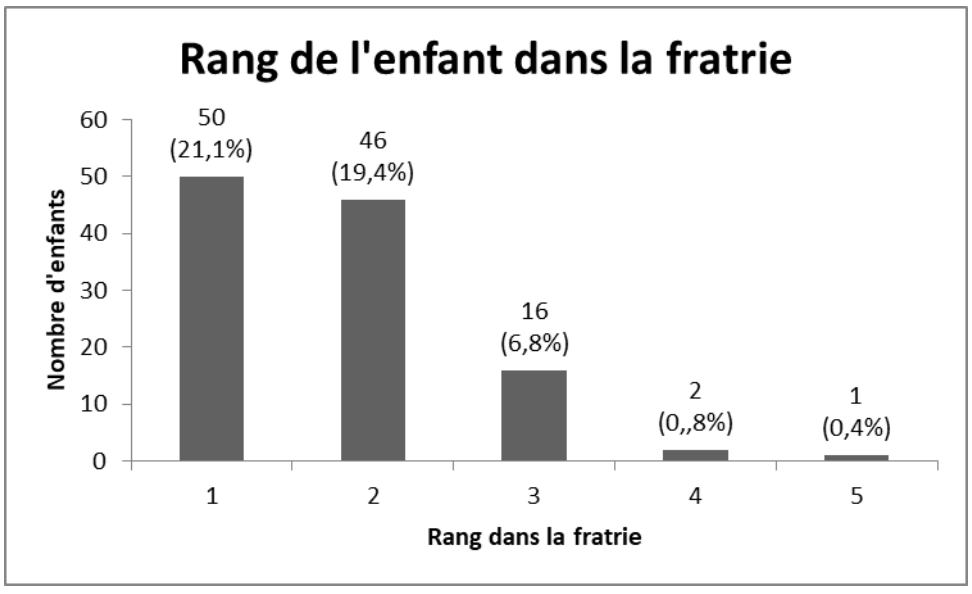
Sur les 237 familles, 22 parents ont fait part d'« éléments particuliers » concernant l'enfant (9% de l'échantillon) :

- absence du père de façon permanente (N=7) : suite à une décision de justice pour certains (N=2), une non reconnaissance civile de l'enfant (N=1), un décès (N=1),
- absence du père ou de la mère la semaine pour des raisons professionnelles (N=6),
- présence d'une psychopathologie mentale diagnostiquée ou de difficultés psychiques plus transitoires chez la mère (N=2),
- présence d'une pathologie physique chez la mère (N=2) dont l'une avec de longues hospitalisations,
- des évènements violents : maltraitance vécue chez une assistante maternelle (N=1), climat de violence intrafamiliale (N=1), suivi PMI avec mise en place d'un Projet d'Accueil Individualisé (PAI) pour raisons sociales (N=1), placement de l'enfant chez ses grands-parents (N=1),
- adoption à l'étranger après un séjour en orphelinat (N=1),

Rang dans la fratrie

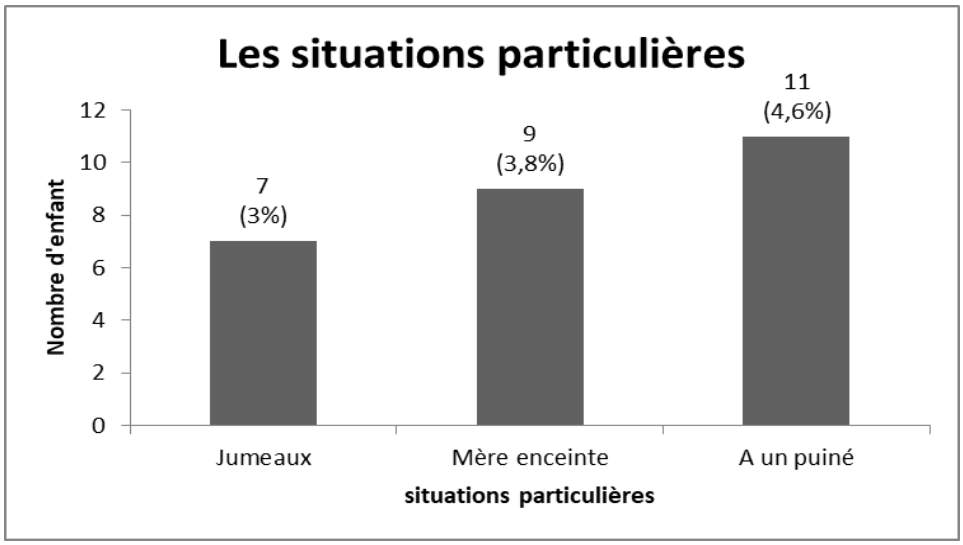
Seuls 115 parents (48.52%) ont renseigné le rang dans la fratrie de l'enfant concerné par la recherche.

Graphique 13 : Répartition des enfants selon leur rang dans la fratrie



Parmi ces 115 enfants, 50 sont le premier enfant de la famille alors que 65 enfants ont un (N=46), deux (N=19), trois (N=2) ou quatre aînés (N=1).

Graphique 14 : Répartition des enfants confrontés à une situation familiale particulière

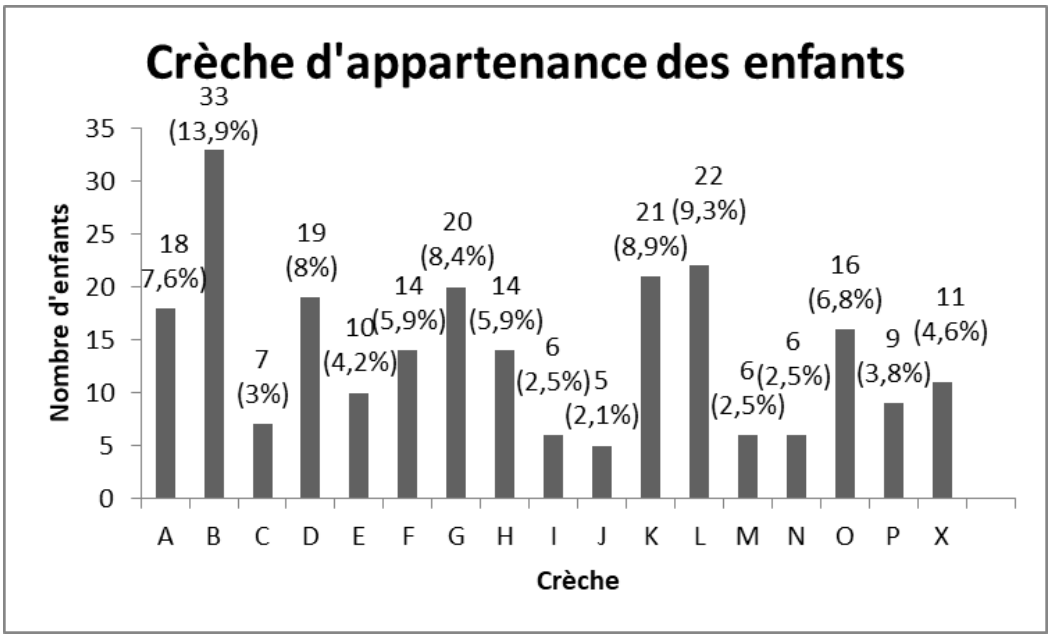


De plus, 4.6% des enfants de notre échantillon sont des puînés (N=11) et 3% ont un frère jumeau ou une sœur jumelle (N=7). Enfin, 3.8% des enfants ont une mère enceinte au moment de la recherche (N=9).

2.1.2.2.4.3. Caractéristiques de l'accueil de l'enfant en crèche

Crèche

Graphique 15: Répartition des enfants selon leur crèche d'accueil

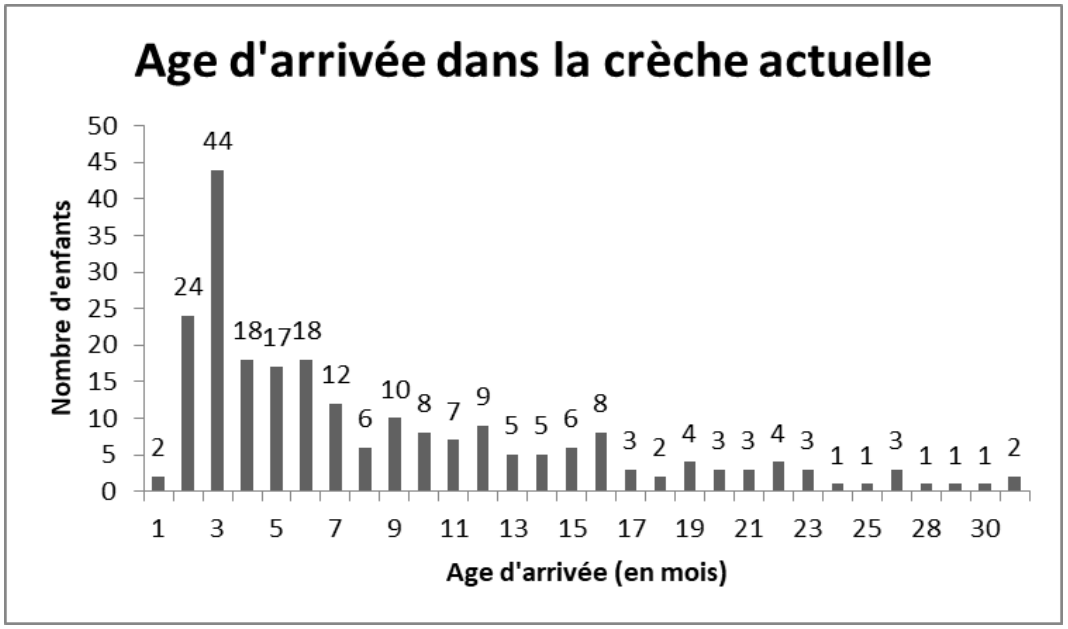


La répartition des enfants n'est pas équitable d'une crèche à l'autre. Ainsi, 13.9% des enfants de l'échantillon proviennent de la crèche B (N=33) contre 2.5% de la crèche M ou N (N=6) par exemple.

Age d'arrivée dans la crèche actuelle

En moyenne, les enfants de l'échantillon sont arrivés à la crèche à l'âge de 8.70 mois (ET = 6.97).

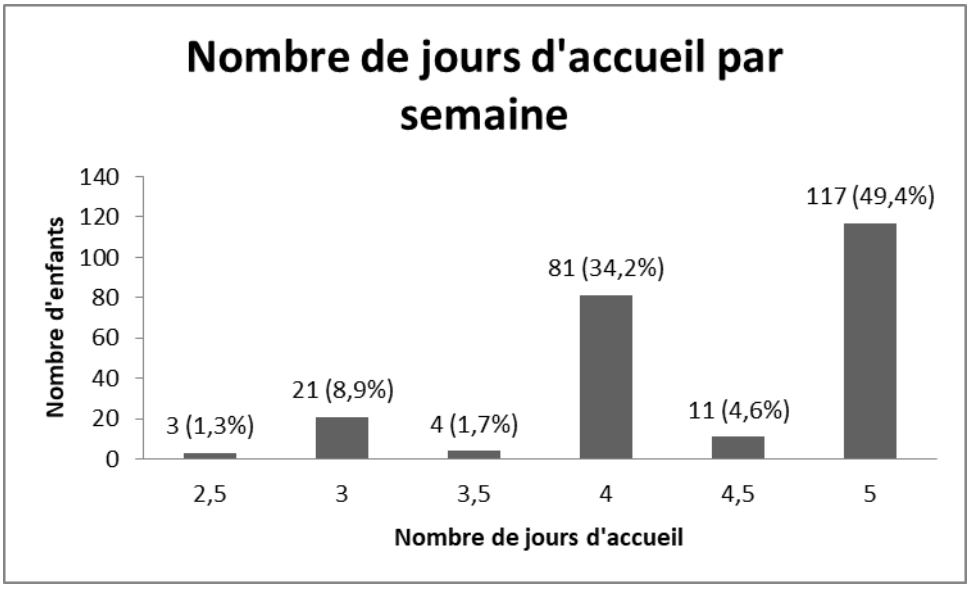
Graphique 16 : Répartition des enfants selon leur âge d'arrivée dans la crèche actuelle



L'âge d'entrée le plus précoce est de 1 mois. Cette donnée est étonnante, et peut-être erronée, sachant que l'âge d'entrée réglementaire en France est de 10 semaines de vie (2.5 mois). L'âge le plus tardif d'entrée est de 31 mois. L'âge d'entrée le plus représenté est 3 mois, ce qui correspond à la fin du congé maternité en France. Au total, 74, 26 % de notre échantillon est entré en crèche avant l'âge de 1 an (N=176) et 23.21% avant 2 ans (N=55). Seuls 4.22% des enfants sont entrés en crèche entre 2 et 3 ans (N=10). Comme on pouvait s'y attendre, l'arrivée de l'enfant en crèche est de moins en moins fréquente au fur et à mesure qu'il grandit.

Nombre de jours d'accueil par semaine

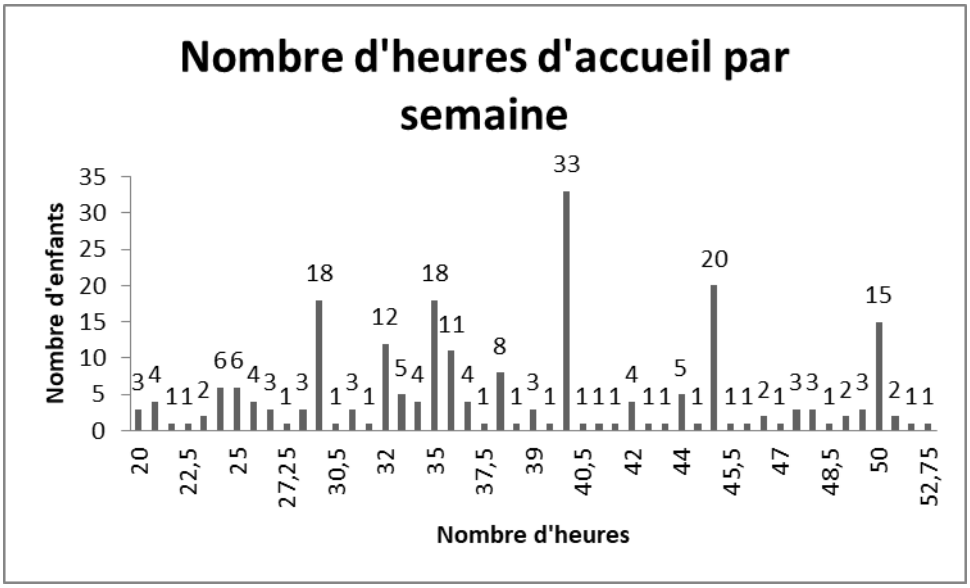
Graphique 17 : Répartition des enfants selon leur nombre de jours d'accueil à la crèche par semaine



Les enfants sont accueillis entre 2.5 et 5 jours à la crèche, avec une moyenne de 4.4 jours (ET = 0.68). La moitié des enfants de notre échantillon sont présents 5 jours par semaine (49.4%, N=117). Si nous ajoutons à cela les enfants qui passent 4 jours et 4.5 jours au sein de la crèche, nous regroupons alors presque 90% de notre échantillon (88.19%, N=209).

Nombre d'heures d'accueil par semaine

Graphique 18 : Répartition des enfants selon leur nombre d'heures d'accueil à la crèche par semaine



Les enfants restent entre 20 et 52.75 heures par semaine en crèche, avec une moyenne de 37.32 heures (ET = 8.06). Ce chiffre est cohérent avec la moyenne d'heures passées en EAJE par semaine au niveau national (38.54 heures ; Villaume & Legendre, 2014). Le nombre d'heures de fréquentation de la crèche le plus fréquent est de 40 heures (N=33).

Plus précisément, 14.36% enfants sont accueillis entre 20 et 29 heures par semaine (N=34), 38.4% entre 30 et 39 heures (N=91), 35.86% entre 40 et 49 heures (N=85) et 8.02% plus de 50 heures (N=19). Ainsi, près des trois quarts (74.26%, N=176) de notre échantillon d'enfants sont reçus entre 30 et 49 heures par semaine.

Autres modes d'accueil

Au total, 13 enfants seulement connaissent un second système de garde additionné à la crèche dans laquelle nous les avons rencontrés : 2.5% des enfants sont gardés de façon régulière en dehors de leur famille (N=6) et 2.1% au sein de leur famille (N=5). A cela s'ajoutent deux enfants hébergés occasionnellement par un autre mode d'accueil collectif (0.8% de l'échantillon). Aussi, pour 94.5% des enfants de notre échantillon global, aucun autre mode d'accueil n'a été signalé par les parents ou professionnelles. Il est à noter que nous ne pouvons pas exclure une absence de réponse de la part des participants (parents/professionnelles n'ayant pas signalé un autre mode d'accueil pourtant existant).

2.2. Matériel

Notre recueil de données a comporté six outils : des entretiens semi-directifs, trois questionnaires (l'Inventaire de Développement de l'Enfant, IDE ; la Brief Infant Toddler Social and Emotional Assessment, BITSEA ; le Toddler Attention Questionnaire, TAQ) ainsi que deux versions d'un test de développement (Brunet-Lézine Révisé et Complémentaire). L'ensemble des outils est présenté en annexe (Annexe 2). Avant de réaliser une description détaillée de chaque outil, nous souhaitons décrire succinctement le choix de nos méthodes et le processus de sélection des outils.

2.2.1. Le choix des méthodes

Le choix des méthodes a été fortement induit par deux éléments. Tout d'abord, nous avons dû prendre en compte la faisabilité de la recherche, menée sur trois ans par une seule expérimentatrice et sans financement pour l'étude. De ce fait, nous avons été contraintes de limiter l'utilisation d'outils couteux en temps de formation et d'administration et financièrement. Puis, la rareté des études sur le sujet nous a amenées à nous positionner dans une perspective davantage descriptive et générale (volet exploratoire) et opter pour la

réalisation d'entretiens. Ainsi, les méthodes d'observation demandant des temps réguliers sur place et les études de cas individuels ont été écartées dans cette étude.

Enfin, nous avons tenté de réduire au maximum la lourdeur du protocole afin de ne pas mobiliser les crèches plus que nécessaire et induire des refus. La plupart des établissements rencontrés ont rapidement montré des signes d'appréhension à participer à une recherche, alors que le manque d'effectifs et le turnover est important chez les professionnelles de terrain.

2.2.2. Le processus de sélection des outils

Il est important de souligner que les outils utilisés diffèrent en partie de ceux initialement prévus pour répondre à nos objectifs. Lors de la rédaction initiale du projet de recherche, nous souhaitions utiliser des échelles d'évaluation du stress, du bien-être ou de la qualité de vie au sens large du jeune enfant en crèche, d'une part, et mesurer la présence et la qualité des liens d'attachement enfant-professionnels, d'autre part. Cependant, nous avons dû faire face à plusieurs difficultés méthodologiques.

Tout d'abord, nous avons été limitées par la rareté des outils validés à disposition pour les moins de trois ans destinés à l'évaluation du stress, du bien-être et de la qualité de vie de l'enfant en crèche. Parmi ceux existant, deux questionnaires ont attiré notre attention : le questionnaire Infant Toddler Quality of Life (ITQOL, Raat et al., 2007) et le questionnaire de qualité de vie du nourrisson QUALIN (Manificat et al., 2000). Malgré leur pertinence pour notre sujet, ces outils nous ont paru comporter une part importante d'items faisant appel à une évaluation très subjective du participant (par exemple : « il est pénible », « il joue/mange/parle/dort bien », « il est épanoui » pour le QUALIN). L'utilisation de l'échelle Alarme Détresse Bébé (ADBB, Guédeney et al., 2001), évaluant le retrait relationnel du jeune enfant, aurait pu être une alternative intéressante puisqu'elle nécessite une observation directe de l'enfant. Elle n'est cependant pas utilisable au-delà de 24 mois et donc restreignait significativement l'étendue de notre échantillon.

Nous avons donc fait le choix de partir de l'angle du développement qui paraît être un des indicateurs de la qualité de vie et du bien-être de l'enfant comme le rappelle l'Organisation Mondiale de la Santé : « le développement au cours de la petite enfance représente une phase particulièrement importante de la vie qui va déterminer la qualité de la

santé, le bien-être, l'apprentissage et le comportement tout au long de la vie » (OMS, 2018[12]). Parmi les outils d'évaluation validés en version francophone à disposition, nous avons sélectionné le baby-test du Brunet-Lézine (Brunet & Lézine, 1983), seul outil validé disponible à ce jour et largement utilisé en France. Il s'adresse aux enfants jusqu'à 30 mois dans sa version révisée (Brunet & Lézine, 2001) et jusqu'à 6 ans dans sa forme complémentaire (Brunet & Lézine, 1983). Nous avons complété le recueil de données par la passation d'un questionnaire proposant un inventaire de développement de l'enfant de 15 à 72 mois (IDE ; version originale : Ireton, 1992 ; traduction francophone : Duyme & Capron, 2010) et l'utilisation de la Brief Infant Toddler Social and Emotionnal Assessment Questionnaire (BITSEA ; version originale : Briggs-Gowan & Carter, 2006 ; traduction francophone : Wendland et al., 2014) qui se focalise essentiellement sur le développement émotionnel et social.

Par ailleurs, nous avons décidé de ne pas utiliser d'outils évaluant la qualité de l'accueil des crèches afin de limiter les variables étudiées, les refus potentiels (crainte d'être évalués) et la lourdeur des passations. A titre d'exemple, nous étions intéressées par l'échelle d'évaluation de l'environnement des nourrissons et des tout-petits. Cet outil, issu de l'Infant Toddler Environment Rating Scale (ITERS) de Harms, Cryer et Clifford (2006 ; traduction française en 2009 par Pomerleau, Bigras, Seguin, Malcuit, Japel, Mousseau), apporte une évaluation de la qualité des lieux d'accueil pour les enfants de 0 à 30 mois à travers 39 items et 7 sous-échelles. Cependant, au moins trois heures d'observation dans l'unité de vie sont nécessaires ainsi que deux séances préalables de formation et de cotation inter-juges. Aucun formation n'est disponible ne France où cet outil n'a jamais encore été utilisé à notre connaissance.

Concernant l'étude de la relation d'attachement enfant-professionnelle, les méthodologies classiquement utilisées telles que la Situation Etrange (Ainsworth et Wittig, 1969) ou l'Attachment Q-Sort (Waters et Deane, 1985) ont été écartées en raison de leur coût (financier, de formation et d'administration) et de l'impossibilité de les utiliser en large échelle. Nous avons donc cherché un outil plus simple à utiliser et moins onéreux, pour des jeunes enfants (moins de 3 ans) et validé en crèche ou a minima auprès de figures d'attachement secondaires. Nous n'avons trouvé que deux échelles dans la littérature qui correspondaient à ces critères. Tout d'abord, le Kindship Center Attachment Questionnaire

[12] http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/child/development/fr/, consulté le 17/04/2018.

(KCAQ, Kappenberg et Halpern, 2006) est un outil américain qui propose une évaluation quantitative de la création du lien d'attachement de l'enfant de moins de 6 ans à sa famille d'accueil. Après une analyse détaillée de cet outil, nous avons fait le choix de ne pas l'utiliser car beaucoup d'items concernaient des symptômes socio-émotionnels et était destiné à des enfants en famille d'accueil (par exemple : « Mon enfant tourmente, blesse ou est cruel envers les autres enfants » ; « mon enfant vole des choses et ne semble pas se sentir mal à propos de son comportement » ; « mon enfant parait particulièrement intéressé par le feu et le sang »). Dans un deuxième temps, nous avons découvert le Toddler Attachment Questionnaire, un outil italien récemment créé pour des professionnelles de crèches (Pallini et Laghi, 2012). Ce questionnaire permet d'étudier la qualité du lien d'attachement enfant-professionnelle à travers une évaluation, faite par les professionnelles, de la qualité du système exploratoire de l'enfant. Nous avons alors procédé à sa validation française afin de pouvoir l'utiliser dans notre étude.

2.2.3. Présentation des outils utilisés

2.2.3.1. Les entretiens

2.2.3.1.1. Les entretiens directifs

Un entretien directif a été réalisé avec chaque équipe de direction des crèches participantes grâce à une grille de questions élaborées pour l'occasion. L'entretien avait pour objectif de connaître l'identité (date de création, gestion, historique, etc.) et le fonctionnement (capacité d'accueil, qualification des professionnelles, taux horaires, amplitude d'ouverture, organisation des unités de vie, supports pédagogiques, etc.) de chaque crèche. Il permettait ensuite de questionner les directions sur leur pratique de la référence (historique et raison de sa mise en application, mode d'attribution des enfants par référente, missions et encadrement institutionnel, etc.) ou, à défaut, sur leurs attentes institutionnelles liées aux relations professionnelles-enfants.

2.2.3.1.2. Les entretiens semi-directifs

Des entretiens semi-directifs ont ensuite été soumis aux parents et professionnelles de crèche à partir d'une grille de questions construite par nos soins. Quatre grilles, présentées en annexe (Annexe 2), ont été élaborées pour servir d'appui aux entretiens avec les deux groupes de participants (parents et professionnelles) issus des crèches avec une référence « marquée » pour la moitié d'entre eux et sans référence pour l'autre moitié. En moyenne, ces grilles comportaient entre vingt et trente questions portant sur les liens enfant et parents-référente, les

liens aux autres professionnelles, les avantages et inconvénients de la référence ainsi que l'apprentissage de la référence et la pratique au quotidien pour les professionnelles, le choix du mode d'accueil pour les parents. Les grilles étaient plus fournies dans les crèches avec référence classique.

Une majorité de questions étaient communes aux deux groupes de participants bien que les formulations aient été adaptées. Par exemple, tous les participants ont été interrogés sur leurs représentations et leur vécu de la pratique de la référence en crèche ou des autres organisations mises en place en l'absence de cette pratique. De plus, les entretiens ont permis de questionner chacun sur l'impact perçu de la référence sur les relations enfants-professionnelles, le bien-être et le développement de l'enfant.

Certaines questions plus spécifiques ont été adressées à chaque groupe de participants. Par exemple, les professionnelles ont été sondées sur l'apprentissage théorique et pratique reçu autour de la référence. De leur côté, les parents ont eu à expliquer les raisons du choix d'un accueil en crèche pour leur enfant.

2.2.3.2. Les outils évaluant le développement du jeune enfant

2.2.3.2.1. Les questionnaires

2.2.3.2.1.1. L'Inventaire du développement de l'enfant

Histoire

L'inventaire de développement de l'enfant (IDE) est un questionnaire proposant une appréciation du niveau de développement de l'enfant à travers le recueil des observations de parents d'enfants de 15 à 72 mois. Il s'agit d'une adaptation française (Duyme et Capron, 2010) d'un questionnaire américain nommé Child Development Inventory (CDI) mis au point par Ireton en 1992.

L'IDE permet de situer le développement d'un enfant par rapport aux enfants de son âge et de repérer d'éventuelles difficultés ou retards. Il a été créé à partir de l'idée que le repérage et la prise en charge précoce des difficultés et retards peuvent réduire leur incidence sur le développement ultérieur (Duyme et Capron, 2010). Il semble posséder une légitimité certaine aux Etats Unis puisqu'il est recommandé en 2001 par l'Association Américaine de Pédiatrie et décrit par Glascoe et Dworkin en 1995 comme étant le meilleur inventaire parental au vu de ses qualités à détecter les enfants présentant un retard du développement » (Duyme et Capron, 2010, p.15).

Présentation

L'IDE permet d'apporter, en une trentaine de minutes, une appréciation du développement de l'enfant de façon globale et par secteurs. Pour ce faire, il comporte 270 items distribués selon 8 échelles : l'autonomie (40 items), la socialisation (40 items), la motricité globale (30 items), la motricité fine (30 items), le langage compréhensif (50 items), le langage expressif (50 items) ainsi que l'apprentissage des lettres (15 items) et des nombres (15 items). Le calcul d'un score de développement global est possible à partir des réponses obtenues à 70 items spécifiques (10 items de chaque échelle auxquels s'ajoutent 5 items pour les échelles « apprentissage des lettres et des nombres »).

Grâce à une formulation des items et une présentation simple du questionnaire, le parent peut le remplir seul. Chaque item présente un comportement particulier (par exemple : « mâche la nourriture », « prend les objets d'une main ») ; le parent doit évaluer si l'enfant maîtrise ou non ce comportement dans le quotidien. Il coche alors la réponse « oui » ou « non ». Lorsque le parent répond « non » à tous les items d'une page/d'une section, il est invité à rendre le questionnaire.

Un score est calculé pour chaque échelle en décomptant le nombre de « oui » cochés par le parent. Une table de correspondance permet ensuite d'associer un âge de développement au score obtenu aux différentes sous-échelles et pour l'échelle globale. Si besoin, un profil de développement peut être dessiné et un quotient de développement calculé en rapportant l'âge de développement obtenu à l'âge réel de l'enfant.

Etude de validation

L'étude de validation francophone a été réalisée en France en 2010 sur un échantillon non clinique de plus de 1300 enfants âgés de 9 mois à 6 ans. Les parents ont été rencontrés en crèche et dans les écoles maternelles ainsi que chez le pédiatre.

Cette étude de validation a permis de révéler des qualités psychométriques très bonnes pour la version francophone. Le coefficient de fidélité inter-informant entre parents et enseignants est de 0.78 et celui de la fidélité intra-informant est de 0.97. Par ailleurs, un test de validité convergente a été effectué avec le Brunet-Lézine Révisé (Josse, 1997) pour les enfants de moins de 30 mois et avec l'échelle de Weschler pour les plus âgés (la WWPSI III ; Wechsler, 2004). Le coefficient de corrélation obtenu est de 0.83 entre les trois QD/QI. Cependant, ces qualités psychométriques seraient un peu moins satisfaisantes pour les enfants en deçà de 24 mois. Ce point a déjà été relevé dans l'étude de validation originale.

Utilisation dans la recherche française et internationale

Dans sa version francophone, l'IDE a été utilisé dans la recherche deux fois (Grevesse, 2015 ; Zorman et al., 2011). Dans sa version originale, sa réputation semble plus importante. En effet, l'utilisation des termes « child development inventory » génère quant à lui plus 266 résultats sur Psychinfo en juin 2018.

2.2.3.2.1.2. La Brief Infant Toddler Social and Emotional Assessment

Histoire

Le Brief Infant Toddler Social and Emotionnal Assessment Questionnaire, abrégé BITSEA, est une version simplifiée d'un autre questionnaire, le Infant Toddler Social and Emotional Assessment (ITSEA), mis au point par Briggs-Gowan et Carter, aux Etats-Unis, en 2006. La BITSEA propose une évaluation rapide (en 5 à 7 minutes) des compétences sociales et émotionnelles d'enfants âgés de 12 à 36 mois et de percevoir d'éventuelles difficultés, retards ou déficits dans ce domaine.

Une version francophone a été validée en 2014 par Wendland et ses collaborateurs sur 589 enfants. Elle a montré de bonnes qualités psychométriques, tout à fait comparables à la version américaine.

Présentation

La BITSEA est complétée par les parents ou toute personne s'occupant de l'enfant. La version française possède 42 items séparés en deux sous-échelles : les compétences sociales et émotionnelles (11 items) et les problèmes socio-émotionnels (31 items). Deux questions additionnelles permettent d'évaluer les inquiétudes des parents concernant les comportements, sentiments et émotions de leur enfant d'une part (Question A) et le développement du langage d'autre part (Question B).

Pour chaque item, le participant doit entourer le chiffre correspondant le mieux à la fréquence d'apparition du comportement décrit chez l'enfant ou à sa présence/absence (0 = pas vraiment / rarement, 1 = parfois vrai/parfois, 2 = très vrai / souvent). Un score total est calculé pour chacune des deux sous-échelles en faisant la somme des scores obtenus à chaque item. Un tableau est présenté dans la feuille de cotation avec des scores seuils par tranche d'âge et par genre permettant de détecter d'éventuelles difficultés ou retards dans le développement socio-émotionnel.

Utilisation dans la recherche française et internationale

La BITSEA est, dans sa version originale, un outil qui a été utilisé sur de nombreuses populations et dans différents pays. Cet outil est utilisé dans la recherche internationale : 88 résultats apparaissent sur la base de données Psychinfo avec les mots clés « brief infant toddler social and emotional assessement ») en juin 2018. Dans sa version francophone, la BITSEA ne semble pas avoir fait l'objet de recherches si l'on s'en tient à l'absence de citation de l'article de validation francophone sur Psychinfo et à l'absence de résultats sur la plateforme CAIRN.

2.2.3.2.2. Les tests de développement

2.2.3.2.2.1. Le Brunet-Lézine révisé

Présentation

Le Brunet-Lézine est un outil édité par les Editions du Centre de Psychologie Appliquée (ECPA- Pearson France) permettant d'étudier la vitesse de développement du jeune enfant. Il propose ainsi un repérage précoce et rapide d'éventuels difficultés et retards. Cet outil est considéré comme un baby-test offrant la possibilité d'appréhender la variabilité intra et interindividuelle à travers une analyse du profil de développement global de l'enfant et selon quatre secteurs : motricité, coordination oculo-manuelle, langage et socialisation.

Histoire

Le Brunet-Lézine porte le nom des deux psychologues françaises qui en sont les auteures : Odète Brunet et Irène Lézine. La première version de l'outil date de 1951, éditée aux Presses Universitaires de France (PUF), et puise ses origines dans les travaux de psychologues du début du XXème siècle tels qu'Arnold Gesell aux USA ou Henri Wallon et son élève, René Zazzo, en France, jetant les bases de l'observation directe des comportements du bébé et du jeune enfant.

Le Brunet-Lézine a très vite été reconnu pour la pertinence de l'évaluation suggérée et la prise en compte de l'environnement global de l'enfant dans une approche à la fois quantitative et qualitative. Cependant, bien que sa visée diagnostique soit appréciée, cet outil n'est pas recommandé pour sa valeur prédictive.

Dès le début, le Brunet-Lézine a entretenu des liens étroits avec notre terrain de recherche, les crèches collectives. Tout d'abord, il a été élaboré à partir d'observations d'enfants accueillis en crèche collective dès 1943 par Irène Lézine. Puis son étude de

validation a porté sur un important panel d'enfants de crèches (40%). Enfin, il s'est très vite montré particulièrement pertinent pour étudier l'impact des conditions d'accueil collectif sur le développement de l'enfant.

Dans notre étude, nous avons opté pour la version révisée de l'outil, éditée en 1997 (Josse). Celle-ci, qui concerne les enfants de 2 à 30 mois et est étalonnée sur un échantillon de 1055 enfants, est présentée ci-dessous.

Présentation du test

Le Brunet-Lézine révisé se compose d'une mallette standardisée comprenant différents objets (livre, poupées, ballon, objets de dinette, planche d'encastrement, petits objets divers, etc.).

Les items du Brunet-Lézine révisé sont scindés en quatre sous-échelles : posturale, coordination oculo-manuelle, langage, socialisation. Chaque sous-échelle comporte un ou plusieurs items pour chaque tranche d'âge définie par la feuille de passation. Par exemple, à l'âge de 9 mois, il y a trois items posturaux (exemple : « se tient debout avec appui »), 4 items de coordination oculo-manuelle (par ex : « saisit la pastille entre le pouce et l'index »), 1 item de langage (« émet des syllabes redoublées ») et 2 items de socialisation (e.g. « comprend une défense »).

Plus précisément, chaque niveau d'âge contient 10 items. L'enfant devra répondre à des items de sa tranche d'âge mais aussi des âges inférieurs et supérieurs. La passation commence par les épreuves de motricité fine (coordination oculo-manuelle). La réussite ou l'échec de l'enfant pour chaque épreuve est reportée dans une feuille de passation fournie dans la mallette.

De plus, l'expérimentateur recueille différentes informations concernant l'enfant telles que son état de santé, le contexte de la grossesse et la naissance, la qualité de son alimentation et son sommeil depuis bébé.

Tout au long de la rencontre, l'ensemble du comportement verbal et non verbal de l'enfant est observé (comportements spontanés de l'enfant, relation avec son parent, avec l'expérimentateur, intérêt pour le matériel, les épreuves, capacité de concentration, etc.) ; ces observations sont notées dans la feuille de passation.

Attribution des points

Une feuille de passation permet de noter, avec l'aide du manuel de passation, la réussite ou l'échec aux items. Puis une feuille de niveau attribue, à partir des items réussis par l'enfant, un nombre de points pour chaque secteur du développement étudié. Un tableau de conversion est ensuite utilisé pour déterminer un âge de développement. A partir de 4 mois de vie, cinq quotients de développement peuvent être calculés (pour chaque secteur et pour l'échelle globale) en divisant l'âge de développement par l'âge chronologique et en le multipliant par 100. L'âge réel de l'enfant est corrigé si son terme de naissance est inférieur ou égal à 36 semaines d'aménorrhée.

Les qualités psychométriques du BLR

L'étude de validation du BLR a révélé de bonnes qualités psychométriques pour cet outil. Nous pouvons citer ici comme exemple une bonne fidélité test-retest (90% des coefficients de stabilité supérieurs à .70), une bonne fidélité interne pour chaque dimension (alpha de Cronbach situé entre .69 et .87 pour toutes les dimensions à tous les âges sauf 4 mois), une proportion importante de corrélations significatives (supérieures à .20) entre la réussite à l'item et la réussite à la dimension d'appartenance (trois exceptions : item C19 à 7 mois, item L6 à 5 mois et item L17 à 14 mois). Enfin, en ce qui concerne la validité interne, le QD coordination oculo-manuelle se trouve fortement corrélé au QD global (.73), tout comme le QD postural et langage, dans une moindre mesure (respectivement .62 et .61). Le QD socialisation est le moins corrélé avec le QD global (.55).

Utilisation dans la recherche française et internationale

Dès 1996, Castro, Maljac et Jouvert estiment qu'il s'agit d'un test très utilisé par les cliniciens. Néanmoins, la base de données internationale Psychinfo fait apparaître 36 résultats en juin 2018, avec les mots clés « Brunet-Lézine » et un seul lorsque l'on ajoute « révisé ». Ces chiffres augmentent fortement lorsque l'on utilise la plateforme française Cairn : 139 résultats pour « Brunet-Lézine » et 42 pour « Brunet-Lézine révisé ». Ces résultats regroupent à la fois des articles de recherche et des écrits cliniques qui confirment son implantation dans le champ des méthodologies reconnues en France pour l'étude du développement du jeune enfant.

2.2.3.2.2.2. Le Brunet-Lézine Complémentaire

Histoire

La version complémentaire du Brunet-Lézine s'adresse à des enfants de 24 mois à 6 ans. Cette version comporte deux formules : l'ancienne est présente dans la version originale du Brunet-Lézine en 1951 (30 items, 2-5ans) et la nouvelle est remaniée en 1965 (24 items, 2-6 ans). Cette dernière apparaît moins verbale et permet une transition plus en douceur du baby-test, très axé sur les capacités sensori-motrices, vers ces épreuves complémentaires.

Présentation

La nouvelle formule du BLC se compose de 6 niveaux d'âge (24 et 30 mois puis 3, 4, 5 et 6 ans) comportant chacun quatre épreuves : une épreuve de construction de cubes et une épreuve graphique à chaque âge, une épreuve d'encastrement pour les 24-30 mois remplacée par une épreuve de puzzle dès 3 ans, des épreuves verbales (nommer des images à 24 et 30 mois, décrire une image à 3 ans, exprimer des actions à 4 ans) ou de dénombrement pour les plus grands (5 et 6 ans).

L'ancienne formule comportait, quant à elle, 6 items par tranche d'âge et n'était utilisable que jusqu'aux 5 ans de l'enfant. Les items supplémentaires étaient essentiellement des épreuves de langage : obéir à des propositions (3 et 4 ans), répéter des syllabes (3, 4 et 5 ans), décrire une image et connaître des verbes d'action (4 ans), compter (5 ans). La présence de certains items de motricité fine tels que le pliage du papier (24 mois et 4 ans) ou de motricité globale (équilibre ; 30 mois) différait aussi de la nouvelle formule.

Dans notre recherche, nous avons voulu soumettre les items des deux versions du BLC aux enfants de plus de 30 mois. Mais, face à une plus grande difficulté à répondre aux items verbaux de l'ancienne formule, nous avons coté seulement la réussite aux items de la version remaniée.

La mallette du BLC contient des objets identiques à ceux du BLR (cubes, images, planches d'encastrement) et de nouveaux (morceaux de puzzle en papier ou bois, modèles de formes géométriques à reproduire, images à commenter). Nous avons utilisé une mallette datant de 1999.

Attribution des points (formule remaniée)

Lors de l'étude du manuel de passation de cet outil, nous nous sommes aperçues que tous les éléments ne sont pas fournis pour réaliser la cotation des données. Nous nous sommes

alors appuyées sur la lecture d'autres documents, le manuel de passation présent dans la mallette du BLC, le manuel du Brunet-Lézine (classique, complémentaire et épreuves de vision) datant de 1981, le livre « Le développement psychologique de la première enfance » de Brunet et Lézine de 1983, qui nous ont apporté quelques éléments complémentaires et mais aussi parfois contradictoires. Nous en avons déduit une procédure, présentée ci-dessous, que nous avons fait valider par le Professeur Emérite Jean-Louis Adrien qui a une large expérience dans l'utilisation et la construction d'outils d'évaluation du jeune enfant.

Tout d'abord, la réussite à l'intégralité des items de la tranche d'âge 24 mois sert de point de départ à la cotation. Ainsi, les enfants qui ont échoué à une ou plusieurs épreuves n'ont pas été cotés (la passation du BLR a alors été suggérée si les enfants avaient moins de 30 mois). Ensuite, chaque réussite aux items des tranches d'âge 30 mois et 3 ans correspond à une valeur de 1 mois et 15 jours alors que cette dernière est de 3 mois pour les items des âges 4, 5 et 6 ans. Puis, sur le même principe que pour le BLR, l'échec aux items des tranches d'âges inférieures est compensé par les réussites aux items des âges supérieurs (voir Brunet & Lézine, 1983, p.37). Par exemple, l'échec d'un item à l'âge de 3 ans est compensé par la réussite à un item de l'âge de 4 ans. Ce dernier permet donc de générer 1 mois et 15 jours (et non 3 mois). Enfin, pour calculer l'âge de développement, nous avons ajouté à l'âge de 24 mois (point de départ du test) la somme des mois crédités par les réussites aux items de 30 mois, 3, 4, 5 et 6 ans.

Comme pour le BLR, un quotient de développement peut ensuite être calculé à partir de l'âge de développement obtenu.

Les qualités psychométriques du BLC

Nous n'avons pas trouvé les éléments psychométriques pour cet outil.

Utilisation dans la recherche française et internationale

La recherche des mots clés « Brunet-Lézine complémentaire » sur la base de données Psychinfo et Cairn ne permet d'obtenir aucun résultat en juin 2018. Cependant, il se peut que cette version ait été utilisée sous l'appellation « Brunet-Lézine » simple.

2.2.3.3. Le questionnaire d'évaluation des liens d'attachement enfant-professionnelle : Le Toddler Attention Questionnaire

Présentation

Le Toddler Attention Questionnaire est un outil italien élaboré en 2012 (Pallini & Laghi, 2012) pour des enfants de 20 à 36 mois accueillis en crèche collective. Ce questionnaire de 29 items se propose d'appréhender la qualité du lien d'attachement enfants-professionnelles à partir d'une analyse des capacités d'attention de l'enfant en situation d'exploration. Le questionnaire est rempli pour un enfant, par une professionnelle de l'unité de vie dans laquelle évolue l'enfant grâce aux observations collectées dans le quotidien. Des comportements attentionnels sont listés et le participant doit évaluer leur fréquence d'apparition (selon une échelle de Likert en 5 points) dans le quotidien (exemple : « Il /elle s'intéresse à ce qui se passe autour de lui/d'elle »).

Présentation de l'outil et de ses qualités psychométriques

La version française du TAQ se compose de 23 items répartis en trois dimensions recouvrant différents processus attentionnels : la flexibilité (« capacité d'alterner l'orientation du focus attentionnel d'un objet à un autre selon sa pertinence dans le contexte environnemental »), la labilité (« difficulté à sélectionner les informations pertinentes dans l'environnement, à inhiber les distractions et à maintenir un niveau d'attention sur les activités ou les personnes ») et le détachement (« difficulté à maintenir un niveau de vigilance ou d'alerte » ; Violon et al., sous presse). La somme des scores obtenus au sein de chaque dimension permet de fournir un aperçu de la sécurité d'attachement de l'enfant dans le lien au professionnel. Par exemple, « un score élevé en Flexibilité reflète l'aptitude à transférer son attention entre deux activités, le jeu et l'environnement par exemple » (Violon et al., sous presse).

Pour les besoins de cette recherche, nous avons nous-mêmes réalisé l'étude de validation de sa version francophone courant 2016-2017 (Violon et al., sous presse). L'article n°3 est présenté ci-après et propose une présentation détaillée de cette version de l'outil ainsi que les éléments statistiques.

G Model
AMEPSY-2492; No. of Pages 8
ARTICLE IN PRESS

Annales Médico-Psychologiques xxx (2018) xxx–xxx

Disponible en ligne sur
ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com

Mémoire

Validation francophone du Toddler Attention Questionnaire, un questionnaire d'attention des jeunes enfants

The French validation of the Toddler Attention Questionnaire

Margot Violon *, Cristina Calso, Rozenn Travers, Geoffroy Gagliardi, Gerane Le Quentrec-Creven, Fiorenzo Laghi, Susanna Pallini, Jacqueline Wendland

Laboratoire de Psychopathologie et Processus de Santé, Université Paris-Descartes, 71, avenue Édouard-Vaillant, 92100 Boulogne-Billancourt, France

INFO ARTICLE

Historique de l'article :
Reçu le 23 avril 2017
Accepté le 17 août 2017

Mots clés :
Crèche
Enfant
Questionnaire
Toddler attention questionnaire (TAQ)
Trouble de l'attachement
Trouble de l'attention

RÉSUMÉ

Objectifs. – Le Toddler Attention Questionnaire (TAQ) est un outil italien évaluant la relation d'attachement du jeune enfant à des professionnels de crèche. Ce questionnaire s'inscrit dans le champ théorique de l'attachement et se situe au carrefour de trois disciplines (psychologie clinique, cognitive et du développement). Son intérêt particulier pour l'attention de l'enfant en situation d'exploration a mené à une validation francophone.
Matériel et méthode. – La version traduite a été remplie pour 148 enfants (20–36 mois) par des professionnels de crèches françaises évaluant la fréquence de 29 comportements attentionnels répartis en quatre dimensions (labilité, flexibilité, détachement, désorientation).
Résultats. – Une analyse factorielle en Composantes Principales a été réalisée conjointement à l'étude des remarques émises par les participantes lors du remplissage. Des modifications ont été effectuées dans la formulation de 4 items ainsi que dans la structure même du questionnaire : suppression d'une dimension contribuant peu à la variance totale, de 6 items ne contribuant pas/peu à l'une des dimensions et changement de dimension d'appartenance pour 9 items. La version francophone finale composée de 3 dimensions et 23 items possède des alphas de Cronbach (0,64, 0,82, 0,83) témoignant d'une fidélité satisfaisante.
Conclusions. – L'étude de validation a montré des qualités psychométriques très satisfaisantes pour la version francophone du TAQ. Ce questionnaire se révèle donc être un outil prometteur en clinique et en recherche en petite enfance de par sa rapidité d'utilisation et la mise en parallèle des concepts d'attention et d'attachement.

© 2018 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Keywords:
Attachment disorder
Attention disorder
Child
Nursery
Survey
Toddler attention questionnaire (TAQ)

ABSTRACT

Objectives. – There is a lack of tools for non-parental caregivers and in the French language to assess the quality of the attachment relationship with toddlers. The Toddler Attention Questionnaire (TAQ) is an Italian scale created for caregivers in day care centers. By its focus on the exploration system, the TAQ offers the opportunity to study the relation between attention characteristics and attachment behavior in toddlers. In the attachment theory, a link is often assumed between these two concepts. Mary Main has described the different attachment patterns (secure, insecure avoidant, insecure ambivalent-resistant, disorganized) by using cognitive psychology dimensions relying on attentional processes. However, this relation is hardly proven scientifically and study results in this field are not always congruent. The validation of the TAQ in French, main purpose of this study, is likely to add new contributions to this field.

* Auteur correspondant.
Adresse e-mail : margot.violon@etu.parisdescartes.fr (M. Violon).

https://doi.org/10.1016/j.amp.2017.08.013
0003-4487/© 2018 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Pour citer cet article : Violon M, et al. Validation francophone du Toddler Attention Questionnaire, un questionnaire d'attention des jeunes enfants. Ann Med Psychol (Paris) (2018), https://doi.org/10.1016/j.amp.2017.08.013

© 2018 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés. - Document téléchargé le 09/03/2018 par SCD Paris Descartes (292681). Il est interdit et illégal de diffuser ce document.

Materials and methods. – The Toddler Attention Questionnaire is composed of 29 self-reported items and four dimensions which describe 4 attentional processes: lability, flexibility, detachment, disorientation. The items present different behaviors and measure, on a five-point Likert scale, the quality of children's attention during exploration. The French translation was made by two native bilingual persons following the back translation procedure and was administered to the primary caregiver, who was in charge of each child in 13 French daycare centers. The questionnaires were completed for 148 children aged from 20 to 36 months who attended to the daycare center at least 20 hours per week.
Results. – The analyses show a robust structure into three dimensions: the disorientation subscale was deleted because of its reduced contribution to the total variance. Some items were also shifted (9 items) or deleted (6 items) compared to their contribution to the different dimensions. Moreover, a qualitative analysis of the remarks from the participants allowed to adapt some items' formulation (4 items). The final French version of the TAQ, composed of 23 items, explained 46.94% of the variance. The Cronbach's Alphas ranged from 0.64 (Flexibility) to 0.83 (Lability). The TAQ is a dimensional tool: the sum of the scores gives a position of the child behavior in a continuum of attachment security in each dimension.
Conclusions. – Two main differences between the present validation and the original study may limit generalization and comparability. First, we adopted large selection criteria, including children who attended to a daycare center at least 20 hours per week, instead of 36 hours per week of the original study. This choice allowed to collect more questionnaires and to be closer to the total rate of hours attended by French children in daycare center. Second, our sample of professional participants was more heterogeneous than the Italian sample regarding the professional experiences and the seniority in the daycare center. With few items, well-defined questions and easy administration, the TAQ seems to be a cost-effective alternative to the traditional methods used to assess attachment behaviors such as the Strange Situation or the Attachment Q-Sort. Hence, the major advantage of our validation is to allow French researchers to carry out studies with large samples in the attachment field, particularly with toddlers and professional caregivers. Studying the secondary attachment relationship is essential to highlight how a child copes with the absence of his primary attachment figure in the daycare center. Moreover, the focus on attention processes is important to prevent attention deficits and learning difficulties and to reduce its potential effect on the child's development. Nevertheless, further research would be needed to extend its psychometric proprieties (convergent, discriminant and test-retest validity) and to examine its clinical usefulness.
© 2018 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

1. Introduction

Le Toddler Attention Questionnaire [33] se situe au carrefour de la psychologie clinique, cognitive et du développement en faisant le lien entre la théorie de l'attachement et les processus attentionnels de l'enfant en situation d'exploration. Cet article fait une brève revue de littérature de ces notions, puis présente l'outil et son étude de validation francophone.

2. La théorie de l'attachement

2.1. Le concept d'attachement

La théorie de l'attachement [10–12] repose sur l'idée que l'enfant, dès son plus jeune âge, possède de façon innée un système comportemental s'activant face à un danger menaçant son intégrité physique ou psychique (ex. maladie, séparation, faim, fatigue). Cette activation lui permet de rechercher et de maintenir le contact avec un adulte (la figure d'attachement) indispensable pour l'apaiser et le protéger.

Selon Bowlby [10], un enfant en situation de détresse ne peut explorer son environnement puisque ses ressources psychiques sont mobilisées par le système d'attachement. Désactiver ce dernier lui est donc indispensable pour que puisse s'activer ensuite son système d'exploration [17].

2.2. Les différents patterns d'attachement

Les travaux de Mary Ainsworth [3–5] et de Mary Main [21,27,28] ont mis en avant différentes façons d'articuler cette balance entre attachement et exploration.

La plupart des enfants sont en capacité d'alterner entre la prise de réconfort auprès de l'adulte et l'exploration de l'environnement. Cet équilibre entre les systèmes d'attachement et d'exploration est caractéristique de l'attachement sécure [18].

Lorsqu'un déséquilibre existe entre ces systèmes, l'attachement est dit « insécure » [3]. Ces enfants s'apaisent difficilement et les modifications de l'environnement (imprévus, sollicitations) viennent accentuer leur détresse. Chez les enfants insécures « évitants », les comportements d'exploration sont suractivés : centrés sur le jeu, ils ne portent que peu d'attention aux adultes présents, montrent peu leur détresse et recherchent rarement un réconfort. À l'inverse, les enfants insécures « ambivalents-résistants » sont focalisés sur la figure d'attachement (suractivation des comportements d'attachement), et face à l'incertitude d'obtenir une satisfaction à leurs besoins, ils signalent fortement leur détresse.

Un quatrième type d'attachement, nommé « désorganisé » [27] décrit des enfants présentant des comportements paradoxaux face à la figure d'attachement (recherche du contact/évitement de celui-ci), des émotions contradictoires (peur/joie), voire une certaine désorganisation comportementale (stéréotypies, figements, etc.).

Main [21,28] a décrit ces patterns d'attachement en prenant en compte les capacités attentionnelles des enfants lors du jeu, laissant ainsi envisager un lien étroit entre attachement et attention.

3. Les processus attentionnels

3.1. Le concept d'attention

Tout comme l'attachement, l'attention se développe au fur et à mesure que l'enfant grandit. Au plus jeune âge, elle se manifeste comme une réaction face à des stimuli, puis devient un phénomène plus contrôlé [20]. L'attention contrôlée et volontaire permet d'adapter et de réguler nos pensées, actions et comportements [36] afin de faciliter nos interactions avec les individus et l'environnement [37].

Pour citer cet article : Violon M, et al. Validation francophone du Toddler Attention Questionnaire, un questionnaire d'attention des jeunes enfants. Ann Med Psychol (Paris) (2018), https://doi.org/10.1016/j.amp.2017.08.013
© 2018 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés. - Document téléchargé le 09/03/2018 par SCD Paris Descartes (292681). Il est interdit et illégal de diffuser ce document.

3.2. Les processus attentionnels

L'attention constitue un large domaine théorique au sein duquel coexistent différentes entités et modèles théoriques. Seuls les plus pertinents pour notre sujet seront présentés ici.

En 2008, Posner et Fan établissent un modèle neuropsychologique du fonctionnement attentionnel et postulent l'existence de trois grandes fonctions : l'Orientation, l'Alerte et le Contrôle Exécutif [35,37]. La première consiste à sélectionner et diriger le *focus* attentionnel vers les stimuli pertinents au sein de l'environnement sensoriel. La deuxième renvoie à l'état d'éveil d'un organisme, permettant de se mobiliser pour répondre à une information endogène ou exogène [26,37]. Elle se divise en deux sous-ensembles : l'alerte phasique (mobilisation à court terme suite à une stimulation externe) et l'alerte tonique (évolution de l'état physiologique de l'individu au cours du cycle veille/sommeil ; [26]). Enfin, la troisième gère les conflits, les comportements volontaires et dirigés vers un but grâce aux processus d'inhibition [29], de flexibilité [39], de planification et de mémoire de travail [37,42,43].

D'autres auteurs précisent ces notions et proposent l'existence d'autres compétences attentionnelles. Par exemple, la vigilance, associée à l'attention soutenue ou rapprochée du concept d'alerte tonique, correspond à la capacité d'un sujet à maintenir son attention sur une tâche durant plus de 10 minutes [26,33,43], ou encore l'attention sélective ou focalisée. Cette dernière module l'information sensorielle pour filtrer les informations de l'environnement pertinentes pour la tâche en cours [8,26,43]. Cette notion peut, en fonction du contexte, être rapprochée des concepts d'orientation et de contrôle exécutif de Posner et Fan [35].

3.3. Influence du pattern d'attachement sur les processus attentionnels de l'enfant

Les quatre patterns d'attachement semblent mobiliser différemment les processus attentionnels présentés ci-dessus [21,28]. Les enfants sécures se montrent capables d'orienter leur *focus* attentionnel vers les stimuli pertinents de leur environnement et de faire preuve de flexibilité, c'est-à-dire d'alterner leur attention entre leur figure d'attachement et l'exploration. Ils sont capables de se concentrer (attention soutenue) pour mener à bien une activité sans prêter attention aux distracteurs (attention sélective). Au contraire, les enfants insécures sont plus rigides dans l'orientation de leur *focus* attentionnel (orientation excessive vers l'environnement ou l'adulte) et sont davantage en difficulté pour maintenir un niveau d'alerte et une attention soutenue sur une tâche. Les enfants désorganisés, quant à eux, montrent souvent une absence d'organisation et de direction de leur *focus* attentionnel.

Cette connexion entre attachement et attention [3,27] n'a pourtant que rarement fait l'objet d'études (environ une dizaine selon Pallini et Laghi [33]). Certaines recherches confirment l'existence d'un lien entre le degré de sécurité de l'attachement et l'utilisation de stratégies de flexibilité attentionnelle [1], le niveau de vigilance [16,34,41], ou encore les capacités de persistance/focalisation attentionnelle [22,24]. Cependant, leurs résultats ne sont pas toujours significatifs, voire parfois contradictoires [32]. Des recherches futures sont donc indispensables pour apporter des éléments de compréhension face aux difficultés d'attention des jeunes enfants, leur lien avec la relation d'attachement, et pour mettre en place des interventions précoces adaptées, limitant l'incidence de ces déficits sur le développement ultérieur.

4. Le Toddler Attention Questionnaire

Un outil original récent propose une mise en parallèle des concepts d'attention et d'attachement : le Toddler Attention Questionnaire (TAQ ; [33]). Il s'agit d'un auto-questionnaire créé spécifiquement pour apprécier la qualité du lien d'attachement entre l'enfant, de 20 à 36 mois, et un professionnel de crèche. Le TAQ se démarque par l'intérêt qu'il porte à l'exploration et par son administration simple et peu coûteuse. À travers l'appréciation de la qualité d'exploration de l'enfant, il permet d'obtenir une idée de la qualité d'attachement au professionnel. L'étude de validation originale [33] a montré une bonne validité interne et convergente testée avec l'Attachement Q-Sort [40] et l'Italian Questionnaire on Temperament [6].

Dans le domaine de l'attachement, cet outil se présente comme une alternative intéressante aux méthodologies habituellement employées : l'analyse des narratifs d'attachement (par exemple : les Histoires à Compléter [14]) et l'observation des comportements d'attachement (par exemple : la Situation Étrange [4]). Malgré leur pertinence méthodologique, ces dernières sont généralement chronophages en termes de formation et d'administration, sont financièrement coûteuses, et requièrent souvent la présence de plusieurs observateurs et cotateurs.

En se centrant sur la période de la petite enfance et en s'adressant à des professionnels de crèches, le TAQ permet d'enrichir le peu d'outils créés pour évaluer le lien d'attachement entre le jeune enfant et des *caregivers* non parents [32]. Il s'intéresse ainsi aux liens d'attachement secondaires que l'enfant développe en l'absence de ses parents [2,11,13,18,19]. Ce champ d'étude est primordial car les recherches récentes en neuropsychologie montrent l'impact délétère du stress sur le développement du cerveau [25].

Cet article présente les résultats de l'étude de validation francophone du TAQ menée en France.

5. Méthodes

5.1. Traduction

Un collectif pluridisciplinaire de chercheurs et cliniciens a traduit et adapté le TAQ en français. Une démarche de traduction et de rétro-traduction a été effectuée par deux personnes bilingues italiennes et françaises [38]. Pour augmenter la pertinence de cette traduction, chaque traductrice a réalisé une traduction vers sa langue maternelle [9]. La conformité de la version française a été attestée par les auteurs italiens.

5.2. Matériel

Le Toddler Attention Questionnaire (TAQ[1]) se compose de 29 items. Le participant remplit seul le questionnaire grâce aux observations de l'enfant réalisées de manière informelle dans le quotidien. Des items simples et descriptifs, limitant les biais de subjectivité, décrivent des comportements d'enfants dans les temps de jeux. Le professionnel est invité à évaluer leur fréquence d'apparition sur une échelle de Likert en 5 points.

La version originale [33] comporte quatre dimensions reflétant différents processus attentionnels. La « Flexibilité » (8 items) correspond à la capacité d'alterner l'orientation du *focus* attentionnel d'un objet à un autre selon sa pertinence dans le contexte environnemental. La « Labilité » (10 items) décrit une difficulté à sélectionner les informations pertinentes dans l'environnement, à inhiber les distractions et à maintenir un niveau d'attention sur les activités ou les personnes. Le « Détachement » (6 items) caractérise des difficultés à maintenir un niveau de vigilance ou d'alerte. Enfin, la « Désorientation » (5 items) renvoie à un problème d'orientation de l'attention vers l'environnement présent.

[1] Le titre de l'outil a été conservé en anglais afin d'augmenter sa visibilité et sa reconnaissance internationale.

Pour citer cet article : Violon M, et al. Validation francophone du Toddler Attention Questionnaire, un questionnaire d'attention des jeunes enfants. Ann Med Psychol (Paris) (2018), https://doi.org/10.1016/j.amp.2017.08.013

© 2018 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés. - Document téléchargé le 09/03/2018 par SCD Paris Descartes (292681). Il est interdit et illégal de diffuser ce document.

5.3. Participants

Treize établissements se trouvant dans trois départements (Loiret : huit crèches ; Paris : trois crèches ; Nord : deux crèches) ont participé à l'étude. Cinquante-quatre professionnelles de crèche maîtrisant le français écrit et travaillant directement au contact des enfants ont accepté de participer. Elles avaient en moyenne 37,15 ans (ET = 11,41 ; [21 ; 59][2]). La moitié avait un diplôme d'Auxiliaire de Puériculture (n = 27) et près d'un tiers un CAP Petite Enfance et/ou un BEP Sanitaire et Social (n = 15). Sept étaient éducatrices de jeunes enfants et trois diplômées du champ de l'animation (BAFA/D). Enfin, trois personnes n'avaient aucun diplôme en lien avec la petite enfance.

Certaines professionnelles venaient d'obtenir leur diplôme alors que d'autres atteignaient 41 années d'exercice (M = 14,32 années, ET = 11,69). Les professionnelles avaient entre 0 et 39 années d'expérience en crèche (M = 11,69, ET = 9,99) et travaillaient dans cette même structure depuis 7,56 ans en moyenne (ET = 9,04 ; [0 ; 39]).

Ces professionnelles exerçaient dans des unités de vie accueillant en moyenne 21,55 enfants (ET = 7,33 ; [10 ; 37]) et gérées par 3,94 professionnelles en moyenne (ET = 1,21 ; [2 ; 6]).

5.4. Procédure

Pour chaque enfant, le TAQ a été renseigné par la professionnelle référente. Dans les crèches où ce système de référence n'était pas mis en place (n = 4), une discussion en équipe a permis de désigner la professionnelle la plus à même de remplir le questionnaire pour chaque enfant. Les enfants avaient entre 20 et 36 mois et étaient accueillis au moins trois jours ou 20 heures par semaine.

Des données sociodémographiques concernant la professionnelle (par ex : niveau d'étude et d'expérience), l'enfant (par ex : temps d'accueil et date d'arrivée à la crèche) et sa famille (par ex : situation familiale) ont été recueillies.

Une note d'information a été distribuée et un formulaire de consentement a été signé avant le remplissage des questionnaires. Dans les questionnaires, les professionnelles avaient la possibilité de reporter toutes les difficultés rencontrées pour répondre et, si besoin, de contacter l'investigateur de la recherche.

5.5. Analyses statistiques

L'ensemble des analyses statistiques a été réalisé sur le logiciel SPSS 24.0 et conjointement avec les auteurs italiens.

Des analyses descriptives ont été réalisées en premier lieu (moyenne, écart-type, étendue) pour établir le profil des enfants pour lesquels le questionnaire a été rempli. Ensuite, des alphas de Cronbach ont été calculés sur la base des résultats bruts du test puis recalculés après l'analyse factorielle exploratoire (méthode d'extraction en composantes principales ; méthode de rotation *Oblimin* avec normalisation de Kaiser) ayant modifié la structure du questionnaire. Par ailleurs, les remarques des participants ont été prises en compte pour l'amélioration de la version francophone du TAQ.

6. Résultats

Cent quarante-quatre questionnaires ont été recueillis. En moyenne, un peu plus de 11 questionnaires ont été remplis par crèche (ET = 7,44 ; [3 ; 29]) et 2,67 par professionnelle (ET = 1,85 ; [1 ; 8]).

[2] Les chiffres entre crochets indiquent l'étendue des valeurs [valeur minimale ; valeur maximale].

6.1. Analyses statistiques des données

6.1.1. Profil des enfants

Plus de la moitié (55 %) des questionnaires ont été remplis pour des garçons (n = 79) et 45 % pour des filles (n = 64). L'échantillon italien était composé de 47 % de garçons (n = 34) et 53 % de filles (n = 38). La différence n'est pas statistiquement significative (p = 0,312).

Les enfants avaient en moyenne 30,11 mois (ET = 4,27 ; [20 ; 39]). Deux tiers des parents (75 %) vivaient en couple (n = 107) contre 9,7 % familles monoparentales (n = 14).

En moyenne, les enfants entraient en crèche à 18,34 mois (ET = 9,57 ; [2 ; 33]) et y passaient 37,31 heures par semaine (ET = 9,38 ; [20 ; 55]) sur 4,28 jours (ET = 0,79, [2 ; 5]).

6.1.2. Alphas de Cronbach – version préliminaire

Des alphas de Cronbach ont été calculés : 0,72 pour Labilité, 0,58 pour Flexibilité, 0,85 pour Détachement et 0,01 pour Désorientation. Mise à part l'échelle de Labilité et Détachement, ces alphas se sont retrouvés très inférieurs à ceux de la version originale (respectivement : 0,70, 0,70, 0,85, 0,68).

6.1.3. Analyse factorielle

Une analyse factorielle (en Composantes Principales avec rotation *Oblimin*) a ensuite permis de montrer une organisation des données en trois dimensions (46,94 % de la variance expliquée), plutôt qu'en quatre comme dans la version italienne (54,4 %). La dimension Détachement y représente 24,03 % de la variance, la Labilité 15,64 %, et la dimension Flexibilité 7,27 %. En contribuant peu à la variance totale, la dimension Désorientation a été supprimée. Des modifications, présentées ci-dessous, ont donc été apportées dans la structure du questionnaire et ont amené un nouveau calcul des Alphas de Cronbach.

6.1.4. Alphas de Cronbach – version finale

La dimension Détachement possède désormais un alpha de 0,82 (0,85 dans la version italienne) ; la dimension Labilité a un alpha de 0,83 (0,70 dans sa version originale) ; l'alpha est de 0,64 pour la dimension Flexibilité (0,70 dans la version originale). Globalement, il s'agit de coefficients légèrement plus faibles que dans la version italienne.

6.2. Analyses qualitatives des remarques émises par les participantes

Les participants ont eu la possibilité de reporter les difficultés rencontrées dans le remplissage du questionnaire. Ainsi, la majorité des items jugés comme difficiles ou très difficiles à remplir ont subi des modifications. Comme présenté dans le paragraphe ci-dessous, 6 items ont été supprimés. Deux exemples entre parenthèses ont été ajoutés aux items 6 et 10 afin d'apporter plus de précisions, suivant les demandes des participants. Enfin, deux items ont été reformulés : l'item 16 a évolué de « il/elle se distrait » à « il/elle est distrait » afin d'être moins équivoque en français ; la formulation de l'item 14 (« Si un camarade lui pose une question, il/elle répond, puis se reconcentre immédiatement sur ce qu'il/elle était en train de faire ») a été modifiée afin de le rendre applicable à des enfants ne maîtrisant pas encore le langage oral (« Si un camarade le/la sollicite, il/elle lui prête attention, puis se reconcentre immédiatement sur ce qu'il/elle était en train de faire »). Les autres items (items 11 et 12) ont été conservés tels quels puisqu'aucune incohérence dans les réponses n'a été relevée par les analyses.

Le Tableau 1 présente les items dans leur version française finale.

Pour citer cet article : Violon M, et al. Validation francophone du Toddler Attention Questionnaire, un questionnaire d'attention des jeunes enfants. Ann Med Psychol (Paris) (2018), https://doi.org/10.1016/j.amp.2017.08.013

© 2018 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés. - Document téléchargé le 09/03/2018 par SCD Paris Descartes (292681). Il est interdit et illégal de diffuser ce document.

Tableau 1
Présentation des items de la version française du TAQ.

Numéro	Item
1	Il/elle s'intéresse à ce qui se passe autour de lui/d'elle
2	Si ses camarades changent de jeu, il/elle reste sur le précédent
3	Lorsqu'il/elle est absorbé(e) par son jeu, si le/la professionnel(le) l'appelle même plusieurs fois, il/elle semble ne pas s'en apercevoir
4	Si il/elle est en train de faire quelque chose et qu'il arrive un évènement imprévu, il/elle s'en rend tout de suite compte, puis retourne à ses jeux
5	L'expression de son visage ne correspond pas à ce qui se passe autour de lui/elle
6	Il/elle perd facilement ses affaires (comme son jouet, sa tétine ou ses affaires personnelles)
7	Lorsqu'il/elle est concentré(e) sur l'activité qu'il/elle est en train de faire, il/elle ne se rend pas compte de ce qui se passe autour de lui/elle
8	Il/elle change constamment d'activité
9	Il/elle se comporte comme si il/elle était seul(e) dans la pièce
10	Si le/la professionnel(le) l'appelle alors qu'il/elle est en train de jouer (par exemple pour aller faire pipi ou changer sa couche), il/elle l'écoute, puis retourne rapidement jouer
11	Lorsque le/la professionnel(le) lui demande de faire quelque chose, il/elle oublie de le faire
12	Il/elle laisse traîner tous les jouets
13	Si le/la professionnel(le) change d'activité, il/elle s'en rend immédiatement compte
14	Si un camarade le/la sollicite, il/elle lui prête attention, puis se reconcentre immédiatement sur ce qu'il/elle était en train de faire
15	Il/elle semble rêver les yeux ouverts
16	Il/elle est distrait
17	Il/elle semble ne pas s'apercevoir de ce qui se passe autour de lui/elle
18	Il/elle ne termine pas une activité
19	Il/elle est attentif à toute chose
20	Pendant que le/la professionnel(le) lui parle, il/elle joue ou fait autre chose
21	Il/elle montre son jeu au/à la professionnel(le)
22	Il/elle est agité(e)
23	Il/elle semble se tenir à l'écart

TAQ : Toddler Attention Questionnaire.

6.3. Modifications de la version francophone

L'ensemble des analyses (qualitatives et quantitatives) a engendré des modifications dans la structure du questionnaire : suppression de la dimension Désorientation, redistribution de ses items dans d'autres dimensions, changement de dimension d'appartenance pour certains items, suppression de six items.

Comme préconisé par Kline [23], lors de l'analyse en composantes principales, les items ne contribuant pas à au moins 0,40 à l'une des dimensions ont été supprimés de la version traduite. De plus, les items ayant une implication dans plusieurs dimensions ont été supprimés lorsqu'ils participaient à plus de 0,40 dans deux dimensions [23]. Six items ont donc été supprimés dans l'étude de validation pour ces deux raisons. Ces six items étaient considérés par ailleurs par les participantes comme « difficiles » (deux items, par exemple : « il/elle se perd facilement ») ou « très difficiles » à remplir (quatre items, par exemple : « il/elle parle au mauvais moment »).

Ensuite, les items conservés ont été rattachés à la dimension à laquelle ils contribuaient le plus. Ainsi, neuf items ont changé de dimension d'appartenance entre la version originale italienne et la version francophone finale. Par exemple, l'item 15 (« il/elle semble rêver les yeux ouverts »), rattaché originellement à la dimension Flexibilité, a saturé ici dans la dimension Détachement (0,61).

Une nouvelle structure a été éditée, composée de 23 items et de 3 dimensions : « Labilité » (8 items), « Flexibilité » (4 items) et « Détachement » (11 items). Les items ont été renumérotés et leur ordre de présentation modifié afin de ne pas présenter deux items de la même dimension à la suite. Les modifications, présentées dans le Tableau 2, ont toutes été validées par les auteurs italiens.

6.4. Calcul et interprétation des scores

Le calcul des scores est réalisé par dimension en faisant la somme des scores obtenus (« jamais » équivaut à 1 et « toujours » à 5). Certains items (items 1, 2, 13, 21) sont à inverser dans le calcul du score (6-score obtenu à l'item). Par exemple, pour un score de 4 (« souvent ») obtenu à l'item 2, le score inversé sera de 2.

Le TAQ évalue la sécurité de l'attachement selon un continuum allant de la sécurité à l'insécurité pour chaque dimension (perspective dimensionnelle). Un score élevé en Flexibilité reflète l'aptitude à transférer son attention entre deux activités, le jeu et l'environnement par exemple. Du point de vue de l'attachement, ce score caractériserait particulièrement les enfants sécures. En revanche, un score élevé en Labilité ou en Détachement traduirait davantage un attachement insécure. Pour ces enfants, le maintien de l'attention sur une activité peut être difficile (Labilité), ou bien l'attention peut être uniquement focalisée sur un aspect de l'environnement ou sur la figure d'attachement (Détachement).

6.5. Scores moyens par dimension et en fonction du genre des enfants

Le Tableau 3 présente les scores moyens obtenus pour chaque dimension et en fonction du genre des enfants.

Les scores moyens les plus élevés sont retrouvés dans l'échelle de Flexibilité (M = 3,57, ET = 0,65), puis en Labilité (M = 2,88, ET = 0,69) et, enfin, en Détachement (M = 2,45, ET = 0,59). Pour chaque dimension, le score des garçons est comparable à celui des filles, sauf pour la Labilité dans laquelle le score des garçons (M = 3,08, ET = 0,66) est supérieur à celui des filles (M = 2,65, ET = 0,65) et ce de façon significative ($p < 0{,}001$). Globalement, les scores moyens obtenus pour les dimensions Détachement et Labilité sont plus élevés que ceux de l'étude originale (respectivement 2,27 (0,65) et 2,30 (0,38) pour l'étude italienne). Cependant, pour la Flexibilité, ils sont plus faibles (3,82 [0,42]).

Le Tableau 4 présente les corrélations entre les scores moyens et les caractéristiques des professionnelles et des enfants. Il est à noter que l'âge de l'enfant corrèle négativement et faiblement avec le score de Labilité ($r = -0{,}278$, $p < 0{,}01$) et que le nombre d'heures en crèche est lié négativement avec le score de détachement ($r = -0{,}201$, $p < 0{,}05$).

7. Discussion

7.1. Retour sur les analyses

La version francophone du TAQ présente des qualités psychométriques satisfaisantes. La collaboration française et italienne ainsi que pluridisciplinaire permet d'accroître sa validité d'apparence et de contenu [9]. Une très bonne cohérence interne au sein des dimensions Détachement et Labilité ($\alpha > 0{,}70$; [30]) est aussi relevée. L'alpha de la Flexibilité, quoique plus faible, reste acceptable ($\alpha > 0{,}60$). Cela pourrait s'expliquer par le peu d'items (seulement quatre) au sein de cette dimension, comparativement aux autres dimensions.

La réalisation conjointe des analyses statistiques et l'étude des commentaires laissés par les participants ont engendré des modifications dans la structure du questionnaire ainsi que dans la formulation des items. En effet, la suppression d'une des dimensions originales (Désorientation), contribuant peu à la variance totale, et le réaménagement de certains items (dans la formulation et la dimension de rattachement) ont permis de faire émerger une nouvelle version francophone plus robuste.

Pour citer cet article : Violon M, et al. Validation francophone du Toddler Attention Questionnaire, un questionnaire d'attention des jeunes enfants. Ann Med Psychol (Paris) (2018), https://doi.org/10.1016/j.amp.2017.08.013

© 2018 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés. - Document téléchargé le 09/03/2018 par SCD Paris Descartes (292681). Il est interdit et illégal de diffuser ce document.

Tableau 2
Présentation de l'évolution de la formulation, la numérotation et de la dimension d'appartenance de chaque item avant et après l'étude de validation.

Première version du questionnaire (avant l'étude de validation)			Dernière version du questionnaire (après l'étude de validation)		
Items	*n*	Dimension	Items	*n*	Dimension
Si ses camarades changent de jeu, il/elle reste sur le précédent	1	Désorientation	Si ses camarades changent de jeu, il/elle reste sur le précédent	2	Labilité
Il/elle perd facilement ses affaires	2	Désorientation	Il/elle perd facilement ses affaires (comme son jouet, sa tétine ou ses affaires personnelles)	6	Labilité
Il/elle change constamment d'activité	3	Labilité	Il/elle change constamment d'activité	8	Labilité
Il/elle s'intéresse à ce qui se passe autour de lui/d'elle	4	Flexibilité	Il/elle s'intéresse à ce qui se passe autour de lui/d'elle	1	Détachement
Lorsqu'il/elle est absorbé(e) par son jeu, si le/la professionnel(le) l'appelle même plusieurs fois, il/elle semble ne pas s'en apercevoir	5	Détachement	Lorsqu'il/elle est absorbé(e) par son jeu, si le/la professionnel(le) l'appelle même plusieurs fois, il/elle semble ne pas s'en apercevoir	3	Détachement
L'expression de son visage ne correspond pas à ce qui se passe autour de lui/elle	6	Détachement	L'expression de son visage ne correspond pas à ce qui se passe autour de lui/elle	5	Détachement
Il/elle se perd facilement	7	Détachement	Supprimé		
Il/elle parle au mauvais moment	8	Labilité	Supprimé		
Lorsqu'il/elle est concentré(e) sur l'activité qu'il/elle est en train de faire, il/elle ne se rend pas compte de ce qui se passe autour de lui/elle	9	Labilité	Lorsqu'il/elle est concentré(e) sur l'activité qu'il/elle est en train de faire, il/elle ne se rend pas compte de ce qui se passe autour de lui/elle	7	Détachement
Il/elle se comporte comme s'il/elle était seul(e) dans la pièce	10	Détachement	Il/elle se comporte comme s'il/elle était seul(e) dans la pièce	9	Détachement
Lorsque le/la professionnel(le) lui demande de faire quelque chose, il/elle oublie de le faire	11	Désorientation	Lorsque le/la professionnel(le) lui demande de faire quelque chose, il/elle oublie de le faire	11	Détachement
Il/elle parle sans attendre son tour	12	Labilité	Supprimé		
Si le/la professionnel(le) change d'activité, il/elle s'en rend immédiatement compte	13	Flexibilité	Si le/la professionnel(le) change d'activité, il/elle s'en rend immédiatement compte	13	Détachement
Un conte peut l'émouvoir profondément	14	Désorientation	Supprimé		
Il/elle semble rêver les yeux ouverts	15	Flexibilité	Il/elle semble rêver les yeux ouverts	15	Détachement
Il/elle laisse traîner tous les jouets	16	Désorientation	Il/elle laisse traîner tous les jouets	12	Labilité
S'il/elle est en train de faire quelque chose et qu'il arrive un évènement imprévu, il/elle s'en rend tout de suite compte, puis retourne à ses jeux	17	Flexibilité	S'il/elle est en train de faire quelque chose et qu'il arrive un évènement imprévu, il/elle s'en rend tout de suite compte, puis retourne à ses jeux	4	Flexibilité
Il/elle se distrait	18	Labilité	Il/elle est distrait	16	Labilité
Il/elle semble ne pas s'apercevoir de ce qui se passe autour de lui/elle	19	Détachement	Il/elle semble ne pas s'apercevoir de ce qui se passe autour de lui/elle	17	Détachement
Il/elle montre son jeu au/à la professionnel(le)	20	Flexibilité	Il/elle montre son jeu au/à la professionnel(le)	21	Détachement
Il/elle semble se tenir à l'écart	21	Détachement	Il/elle semble se tenir à l'écart	23	Détachement
Il/elle ne se souvient pas d'avoir fait quelque chose	22	Labilité	Supprimé		
Il/elle ne termine pas une activité	23	Labilité	Il/elle ne termine pas une activité	18	Labilité
Si le/la professionnel(le) l'appelle alors qu'il/elle est en train de jouer, il/elle l'écoute, puis retourne rapidement jouer	24	Flexibilité	Si le/la professionnel(le) l'appelle alors qu'il/elle est en train de jouer (par exemple pour aller faire pipi ou changer sa couche), il/elle l'écoute, puis retourne rapidement jouer	10	Flexibilité
Pendant que le/la professionnel(le) lui parle, il/elle joue ou fait autre chose	25	Labilité	Pendant que le/la professionnel(le) lui parle, il/elle joue ou fait autre chose	20	Labilité
Si un camarade lui pose une question, il/elle répond, puis se reconcentre immédiatement sur ce qu'il/elle était en train de faire	26	Flexibilité	Si un camarade le/la sollicite, il/elle lui prête attention, puis se reconcentre immédiatement sur ce qu'il/elle était en train de faire	14	Flexibilité
Pendant qu'il/elle est en train de jouer ou de faire une activité, il/elle ne semble pas se rendre compte du temps qui passe	27	Labilité	Supprimé		
Il/elle est attentif à toute chose	28	Flexibilité	Il/elle est attentif à toute chose	19	Flexibilité
Il/elle est agité(e)	29	Labilité	Il/elle est agité(e)	22	Labilité

De plus, la participation d'un nombre important de professionnelles et de crèches, ainsi que la prise en compte de leur remarques lors du remplissage, ont permis d'ajuster davantage la version traduite à la population de professionnelles des crèches françaises. Enfin, il est intéressant de noter que le remplissage du questionnaire a suscité un intérêt particulier chez l'ensemble des participants : le recrutement des crèches et des professionnels ainsi que leur participation ont été aisés et rapides.

7.2. Limites du processus de validation

Quelques différences méthodologiques entre notre étude et celle originale doivent être soulignées, car elles peuvent limiter la généralisation et la comparabilité des résultats. Tout d'abord, nous avons sélectionné des enfants accueillis au moins 20 heures par semaine, contre 36 heures en Italie [33]. Ce seuil a été choisi d'après les écrits de Belsky [7] qui montrent que dès 20 heures par semaine, la fréquentation de la crèche peut comporter des risques pour le développement de l'enfant, si l'accueil n'est pas de qualité suffisante. Avec une moyenne de 37,37 heures et 4,29 jours par semaine, notre échantillon est aussi plus proche de la population générale d'enfants français accueillis en crèche [31]. De plus, ceci a permis de recueillir 148 questionnaires, contre 72 en Italie.

Ensuite, l'échantillon de professionnelles françaises est plus hétérogène en ce qui concerne l'expérience professionnelle (M = 11,69 ans et ET = 9,99 en France contre M = 9 ans et

Pour citer cet article : Violon M, et al. Validation francophone du Toddler Attention Questionnaire, un questionnaire d'attention des jeunes enfants. Ann Med Psychol (Paris) (2018), https://doi.org/10.1016/j.amp.2017.08.013

© 2018 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés. · Document téléchargé le 09/03/2018 par SCD Paris Descartes (292681). Il est interdit et illégal de diffuser ce document.

Tableau 3
Scores moyens (et écarts-types) pour chaque dimension du TAQ en fonction du genre et pour l'ensemble des enfants.

	Garçons (n = 79)		Filles (n = 64)		t	ddl	Sig. (bilatéral)	Total (n = 144)	
	M	E-T	M	E-T				M	E-T
Détachement	2,53	0,57	2,36	0,61	1,733	130,575	0,086	2,45	0,59
Labilité	3,08	0,66	2,65	0,65	3,895	135,684	0,000	2,88	0,69
Flexibilité	3,49	0,65	3,66	0,63	−1,604	136,676	0,111	3,57	0,65

TAQ : Toddler Attention Questionnaire ; M : Moyenne ; E-T : Écart-Type.

Tableau 4
Corrélations entre les scores moyens au TAQ et les caractéristiques des enfants et des professionnelles.

	Détachement_ Moyenne	Labilité_ Moyenne	Flexibilité_ Moyenne
Détachement_Moyenne	1	0,185[a]	−0,447[b]
Labilité_Moyenne	0,185[a]	1	−0,321[b]
Flexibilité_Moyenne	−0,447[b]	−0,321[b]	1
Nombre_Questionnaire	−0,016	−0,051	0,048
Âge	0,011	0,007	−0,005
Expérience_Professionnelle	−0,004	0,000	−0,021
Expérience_Crèche	−0,041	0,022	0,078
Enfant_Âge	−0,020	−0,278[b]	0,115
Durée_en_crèche	−0,164	−0,124	0,146
Situation_familiale	0,058	0,066	−0,017
Nombre_heures_crèche	−0,201[a]	0,098	0,073
Nombre_jours_crèche	−0,149	0,082	0,142
Nombre_enfants_section	−0,080	−0,097	0,013
Nombre_Professionnels_section	−0,081	−0,116	0,002

TAQ : Toddler Attention Questionnaire.
[a] La corrélation est significative au niveau 0,05 (bilatéral).
[b] La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

ET = 0,88 en Italie) et l'ancienneté dans l'établissement (en France : M = 7,56 ans ; ET = 9,4 versus en Italie : M = 7,4 ans ; ET = 1,45).

Enfin, la possibilité de remplir plusieurs questionnaires par participante a pu induire un biais de fatigue et/ou de comparaison entre enfants [15]. Néanmoins, aucune corrélation linéaire significative entre le nombre de questionnaires remplis et les scores moyens n'est apparue dans les analyses (Tableau 4).

8. Perspectives

De par la simplicité et la clarté des items, la souplesse et la rapidité de son administration, le TAQ se présente comme une alternative intéressante aux méthodologies classiques évaluant le comportement d'attachement, plus coûteuses et complexes. Cependant, face aux limites engendrées par le recours à un questionnaire (réponses reflétant peu la richesse individuelle, biais de subjectivité), la pertinence de son utilisation se trouve plutôt dans la complémentarité avec ces méthodologies classiques.

De plus, la dimensionnalité de ce questionnaire en fait un outil particulièrement intéressant en recherche, permettant d'apprécier plus finement les difficultés/capacités attentionnelles des enfants qu'à travers un outil catégoriel.

Cependant, d'autres études sont indispensables pour préciser et affiner ses qualités psychométriques (fidélité test-retest, validité discriminante). Par exemple, tester la validité convergente de cette version francophone avec l'instrument utilisé en Italie dans cet objectif (l'AQS) pourrait être intéressant afin de préciser davantage la pertinence de son utilisation au regard des méthodologies reconnues et validées en français. Cependant, le TAQ ouvre déjà des perspectives fructueuses de travaux inter- et transdisciplinaires en collaboration avec les acteurs de terrain. Cette étude de validation a mis au jour une lacune de passerelles théoriques entre les concepts d'attachement et d'attention chez le jeune enfant. Or, étudier plus finement l'impact de l'attachement sur les capacités attentionnelles des enfants pourrait permettre de proposer des propositions de soutien rapides et adéquates garantissant la poursuite d'un développement optimal chez le jeune enfant.

9. Conclusion

Cette étude permet de mettre à disposition des chercheurs francophones un outil simple et rapide d'utilisation dans un champ de recherche encore pauvre : l'étude des processus attentionnels de l'enfant dans le jeu au regard de ses liens d'attachement en crèche.

Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Remerciements

Les auteurs remercient particulièrement l'intérêt et la participation des directrices et professionnelles de crèches sans qui ce travail n'aurait pu aboutir.

Références

[1] Aber L, Baker A. Security of attachment in toddlerhood. In: Greenberg MT, Cicchetti D, Cummings EM, editors. Attachment in the preschool years: theory, research, and intervention. Chicago: University of Chicago Press; 1990. p. 427–60.
[2] Ahnert L, Gunnar MR, Lam ME, Barthel M. Transition to child care: associations with infant–mother attachment, infant negative emotion, and cortisol elevations. Child Dev 2004;73:639–50.
[3] Ainsworth MDS, Blehar MC, Waters E, Wall S. Patterns of attachment: a psychological study of the strange situation. Hillsdale: Herlbaum; 1978.
[4] Ainsworth MDS, Wittig BA. Attachment and exploratory behaviour of one-year-olds in a strange situation. In: Foss BM, editor. Determinants of infant behaviour IV. London: Methuen; 1969. p. 111–36.
[5] Ainsworth MDS. Infancy in Uganda. Infant care and the growth of attachment. Baltimore: John Hopkins University Press; 1967.
[6] Axia G. Questionari italiani del temperamento. Trento: Erikson; 2002.
[7] Belsky J. Emanuel Miller lecture: developmental risks (still) associated with early child care. J Child Psychol Psychiatry 2001;42:845–59.
[8] Berquin P. Le trouble déficitaire d'attention avec hyperactivité. In: Hommet C, Jambaqué I, Billard C, Gillet P, editors. Neuropsychologie de l'enfant et troubles du développement. Marseille: Solal; 2005. p. 131–48.
[9] Bouletreau A, Chouanière D, Wild P, Fontana JM. Concevoir, traduire et valider un questionnaire : à propos d'un exemple Euroquest. Vandœuvre: Institut National de Recherche et de Sécurité; 1999.
[10] Bowlby J. Attachment and loss: attachment. New York: Basic Books; 1969.
[11] Bowlby J. Attachment and loss: separation: anxiety and danger. New York: Basic Books; 1973.
[12] Bowlby J. Attachment and loss: loss: sadness and depression. New York: Basic Books; 1980.
[13] Bowlby R. Babies and toddlers in non-parental daycare can avoid stress and anxiety if they develop a lasting secondary attachment bond with one carer who is consistently accessible to them. Attach Hum Dev 2007;9:307–19.
[14] Bretherton I, Ridgeway D. Story completion task to assess young children's internal working: models of child and parents in the attachment relationship. In: Greenberg MT, Cicchetti D, Cummings EM, editors. Attachment in the preschool years. Chicago: University of Chicago Press; 1990. p. 300–8.
[15] Dias P, Soares I, Freire T. Percepção do comportamento de vinculação da criança aos 6 anos: construção de uma escala para professores. RPE 2004; 17:191–207.
[16] Ding YH, Xu X, Wang ZY, Li HR, Wang WP. Study of mother–infant attachment patterns and influence factors in Shanghai. Early Hum Dev 2012;88:295–300.
[17] Grossmann K, Grossmann K, Zimmermann P. A wider view of attachment and exploration: stability and change during the years of immaturity. In: Cassidy J, Shaver PR, editors. Handbook of attachment: theory, research, and clinical applications. New York: Guilford Press; 1999. p. 760–86.
[18] Guedeney N. L'attachement, un lien vital. Bruxelles: Fabert; 2010.
[19] Gunnar MR, Larson MC, Hertsgaard L, Harris ML, Brodersen L. The stressfulness of separation among nine-month-old infants: effects of social context variables and infant temperament. Child Dev 1992;63:290–303.
[20] Harman C, Rothbart MK, Posner MI. Distress and attention interactions in early infancy. Motiv Emot 1997;21:27–44.
[21] Hesse E, Main M. Disorganized infant, child, and adult attachment: collapse in behavioral and attentional strategies. J Am Psychoanal Assoc 2000;48:1097–127.

Pour citer cet article : Violon M, et al. Validation francophone du Toddler Attention Questionnaire, un questionnaire d'attention des jeunes enfants. Ann Med Psychol (Paris) (2018), https://doi.org/10.1016/j.amp.2017.08.013

© 2018 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés. - Document téléchargé le 09/03/2018 par SCD Paris Descartes (292681). Il est interdit et illégal de diffuser ce document.

[22] Hopkins J, Lavigne JV, Gouze KR, LeBailly SA, Bryant FB. Multi-domain models of risk factors for depression and anxiety symptoms in preschoolers: evidence for common and specific factors. J Abnorm Child Psychol 2013;41:705–22.
[23] Kline P. Handbook of psychological testing, 2nd ed., London: Routledge; 1995.
[24] Lavigne JV, Gouze KR, Hopkins J, Bryant FB, LeBailly SA. A multi-domain model of risk factors for ODD symptoms in a community sample of 4-year-olds. J Abnorm Child Psychol 2012;40:741–57.
[25] Lupien S, McEwen B, Gunnar M, Heim C. Effects of stress throughout the lifespan on the brain, behaviour and cognition. Nat Rev Neurosci 2009;10:434–45.
[26] Lussier F, Flessas J. L'évaluation de l'attention chez l'enfant et l'adolescent. In: Metz-Lutz MN, Damons E, Seegmuller C, De Agostini M, Bruneau N, editors. Développement cognitif et troubles des apprentissages. Marseille: Solal; 2004. p. 37–50.
[27] Main M, Kaplan N, Cassidy J. Security in infancy, childhood, and adulthood: a move to the level of representation. Monogr Soc Res Child Dev 1985;50:66–104.
[28] Main M. The organized categories of infant, child, and adult attachment: flexible vs. inflexible attention under attachment-related stress. J Am Psychoanal Assoc 2000;48:1055–96.
[29] Norman DA, Shallice T. Attention to action. In: Schwartz GE, Davidson RJ, Shapiro D, editors. Consciousness and self-regulation. US: Springer; 1986. p. 1–18.
[30] Nunnally JC. Psychometric theory. New York: McGraw-Hill; 1978.
[31] Observatoire National de la Petite Enfance. L'accueil du Jeune Enfant en 2014. Données statistiques. Paris: Caisse des Allocations Familiales; 2015 [80 p.].
[32] Pallini S, Baiocco R, Baumgartner E, Bellucci MT, Laghi F. Attachment in childcare centers: is it related to toddlers' emotion regulation and attentive behavior? Child Indic Res 2015;8:1–16.
[33] Pallini S, Laghi F. Attention- and attachment-related behavior toward professional caregivers in child care centers: a new measure for Toddlers. J Genet Psychol 2012;173:158–74.
[34] Park KJ. Attachment security of 12-month-old Korean infants: relations with maternal sensitivity and infants' temperament. Early Child Dev Care 2001;167:27–38.
[35] Posner MI, Fan J. Attention as an organ system. In: Pomerantz JR, editor. Topics in integrative neuroscience: from cells to cognition. Cambridge: Cambridge University Press; 2008. p. 31–61.
[36] Posner MI, Rothbart MK. Attention, self-regulation and consciousness. Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci 1998;353:1915–27.
[37] Rueada RM, Posner MI, Rothbart MK. The Development of Executive Attention: contributions to the emergence of self-regulation. Dev Neuropsychol 2005;28:573–94.
[38] Vallerand R. Vers une méthodologie de validation transculturelle de questionnaires psychologiques : implications pour la recherche en langue française. Can Psychol 1989;30:662–80.
[39] Vilgis V, Silk TJ, Vance A. Executive function and attention in children and adolescents with depressive disorders: a systematic review. Eur Child Adolesc Psychiatry 2015;24:365–84.
[40] Waters E, Deane K. Defining and assessing individual differences in attachment relationships: Q-methodology and the organization of behavior in infancy and early childhood. Monogr Soc Res Child Dev 1985;50:41–65.
[41] Weinfield NS, Whaley GJ, Egeland B. Continuity, discontinuity, and coherence in attachment from infancy to late adolescence: sequelae of organization and disorganization. Attach Hum Dev 2004;6:73–97.
[42] Welch MC. The prefrontal cortex and the development of the executive function in childhood. In: Kalverboer AF, Gramsbergen A, editors. Handbook of brain and behavior in human development. Dordrecht: Kluwer Academic; 1997. p. 767–90.
[43] Zesiger P. Les troubles de l'attention et des fonctions exécutives. In: Poncelet M, Majerus S, Van der Linden M, editors. Traité de neuropsychologie de l'enfant. Marseille: Solal; 2009. p. 331–58.

Pour citer cet article : Violon M, et al. Validation francophone du Toddler Attention Questionnaire, un questionnaire d'attention des jeunes enfants. Ann Med Psychol (Paris) (2018), https://doi.org/10.1016/j.amp.2017.08.013

© 2018 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés. - Document téléchargé le 09/03/2018 par SCD Paris Descartes (292681). Il est interdit et illégal de diffuser ce document.

Utilisation dans la recherche française et internationale

Etant donné sa nouveauté, cet outil n'a pas encore fait l'objet de recherche française ou internationale, mise à part ce travail de thèse et la version originale italienne.

2.2.3.4. Formation de l'expérimentatrice aux différents outils

Aucune formation formelle n'a été reçue par l'expérimentatrice préalablement à la passation des outils. Cependant, une méthodologie qualitative avec l'utilisation d'entretiens semi-directifs avait été réalisée par la doctorante durant son cursus universitaire et avait conduit à la publication d'un article présenté en introduction de ce travail (Violon & Wendland, 2014). De même, le test de développement Brunet-Lézine lui avait été présenté de façon approfondie lors de ses études de psychologie. Le compte rendu d'une passation réalisée auprès d'un enfant avait fait l'objet d'une évaluation. D'ailleurs, le manuel d'utilisation ne préconise pas de préparation particulière pour l'expérimentateur mais spécifie que seuls les psychologues et psychomotriciens sont autorisés à en effectuer la passation. Pour le questionnaire TAQ, la réalisation de l'étude de validation francophone nous a permis d'acquérir une certaine maîtrise de l'outil. Enfin, notre directrice de thèse a conduit l'étude de validation francophone du questionnaire BITSEA. De plus, préalablement à l'utilisation de chaque outil, nous avons étudié minutieusement le manuel de passation ainsi que l'étude de validation originale et francophone.

2.2.3.5. Résumé du matériel utilisé

Le tableau 13 ci-dessous reprend les outils utilisés et les participants visés pour chaque outil.

Tableau 13 : Présentation des évaluations réalisées selon les différents participants (professionnelles, parents et enfants)

Outils	**Participants**		
	Professionnelles	**Parents**	**Enfants (+ leurs parents)**
Entretiens	Entretiens semi-directifs *[toutes les professionnelles]*	Entretiens semi-directifs *[tous les parents]*	
Questionnaires	Questionnaire TAQ *[professionnelles accueillant des enfants de 20-36 mois]*	Questionnaire IDE *[15-36 mois]*	
		Questionnaire BITSEA *[12-36 mois]*	
Tests			Test de développement Brunet-Lézine Révisé *[12-30 mois]*
			Test de développement Brunet-Lézine Complémentaire *[30-36 mois]*

2.3. <u>Procédure</u>

2.3.1. Présentation de la recherche

Pour rappel, dans notre recherche, nous avons souhaité la participation de professionnelles et familles (parents et enfants) rattachés par un contrat de travail ou d'accueil aux crèches participantes.

2.3.1.1. Sollicitation des crèches

Tout d'abord, nous nous sommes adressées aux crèches correspondant à nos critères de sélection grâce à une lettre de présentation (Annexe 3) envoyée par courrier ou plus rarement par email aux gestionnaires et/ou au personnel de direction. Parfois, un appel téléphonique précédait l'envoi du courrier afin d'avoir le nom des destinataires.

La lettre permettait de présenter l'expérimentatrice de la recherche, son projet et les modalités de participation des crèches.

La littérature et nos expériences de terrain nous ont conduites à penser que la référence est un sujet parfois sensible et soulevant des débats intenses au sein des crèches. Nous avons alors pensé que la formulation d'un titre trop centré sur la référence pouvait engendrer des réactions de rejet rapides et massives. Nous avons fait le choix d'élargir le titre de notre recherche à « l'étude des relations enfants-professionnelles en crèche collective et multi-

accueil » afin de susciter l'intérêt pour notre étude des crèches pratiquant et ne pratiquant pas la référence.

Les crèches ont eu la possibilité de nous répondre par mail, courrier ou téléphone.

Une fois leur accord donné, un entretien d'une heure trente environ a été fixé avec les membres de la direction afin de préciser les termes de notre collaboration et surtout de remplir un document élaboré par nos soins permettant de nous renseigner sur l'organisation et le fonctionnement pédagogique propre à chaque crèche.

2.3.1.2. Sollicitation des participants

Puis, au sein de crèches participantes, nous avons interpellé les professionnelles et les parents correspondant à nos critères d'inclusion grâce à une lettre de présentation (Annexe 3). Celle-ci était distribuée en main propre par les membres de la direction de la crèche aux professionnelles et aux parents. Dans certaines crèches, la distribution de la lettre s'est couplée d'une réunion d'équipe permettant une présentation de la recherche en direct par la doctorante.

A l'image de la lettre destinée au personnel de direction des crèches, celle-ci comportait une première partie de présentation de l'expérimentatrice, de la recherche et des modalités de participation. Elle était accompagnée d'un coupon réponse détachable sur lequel chaque personne pouvait faire figurer son souhait ou son refus de participer aux différents outils. Les participants ont eu le choix d'adhérer à l'ensemble ou une partie seulement des outils proposés.

Les coupons étaient ensuite récupérés par la direction ou via une boite aux lettres spécialement créé pour l'occasion, puis transmis à l'expérimentatrice; c'est alors que le recueil de données pouvait commencer.

2.3.2. Mise en œuvre du recueil de données

2.3.2.1. La temporalité

Le recueil de données s'est déroulé pendant deux années scolaires. Il a débuté en décembre 2015 et s'est terminé en juin 2017. Certaines crèches n'ont été sollicitées que sur une seule des deux années.

2.3.2.2. Les expérimentateurs

Toutes les passations ont été administrées par la doctorante elle-même, sauf pour neuf passations du test de développement, réalisées par une psychomotricienne (N=2) et deux psychologues (N=7) et avec l'expérimentatrice pour 5 d'entre elles. Pour ces dernières, une double cotation était effectuée puis comparée. Initialement, nous souhaitions que la moitié (au moins) des passations du test soit pratiquée « à l'aveugle » par un autre professionnel formé et autorisé par les éditeurs du test à réaliser la passation (psychologue clinicien ou psychomotricien) car la connaissance de l'expérimentatrice des établissements pratiquant et ne pratiquant pas la référence aurait pu induire un biais de subjectivité dans le recueil des résultats. Cependant, parmi la trentaine de psychologues et psychomotriciens que nous avons sollicités, très peu de personnes se sont révélées intéressées et disponibles pour se sensibiliser à l'outil et réaliser des passations.

2.3.2.3. Les documents distribués en amont de la passation

Préalablement à la passation, les participants ont reçu une note d'information (Annexe 4) à lire précisant les modalités de participation ainsi que les considérations éthiques et déontologiques entourant la recherche. De plus, un formulaire de consentement libre et éclairé (Annexe 5) reprenant ces éléments devait être signé en double exemplaire par le participant et la doctorante. Le contenu de ces deux documents est davantage détaillé dans une partie ultérieure nommée « Considérations éthiques et déontologiques ».

La passation des entretiens et des tests a nécessité une rencontre physique alors que le remplissage des questionnaires s'est fait en l'absence de l'expérimentatrice.

2.3.2.4. Les feuilles de passation et de cotation

Des feuilles de passation pour les entretiens et les tests ont été établies par nos soins pour aider l'expérimentatrice à collecter les données. Nous avons chaque fois tenté de recueillir seulement les informations essentielles pour ne pas trop allonger les temps de passation.

Une fois la passation réalisée, nous avons retranscrit les données et calculé les scores grâce aux feuilles de cotation fournies dans le manuel de passation des questionnaires IDE, BITSEA et des tests de développement BLR et BLC. Nous avons nous-mêmes élaboré la feuille de cotation du questionnaire TAQ.

2.3.2.5. Le recueil de données sociodémographiques

Lors des passations, des informations concernant le(s) participant(s) ont été demandées :

- pour les professionnelles : âge, sexe, qualification, nombre d'années d'exercice depuis l'obtention du diplôme et au sein de la crèche ;
- pour les parents : sexe, âge, catégorie socio-professionnelle, niveau d'étude et situation familiale ;
- sur l'enfant : sexe, date de naissance, antécédents médicaux et obstétricaux, sommeil, alimentation, rang dans la fratrie, etc. ;
- sur l'accueil de l'enfant à la crèche : date d'arrivée, nombre d'heures et de jours d'accueil par semaine.

Ces éléments ont été soit recueillis dans les questionnaires, soit notés par l'expérimentatrice dans les feuilles de passation. Un code numérique a été attribué à chaque élément avant de le saisir informatiquement (exemple : sexe de l'enfant : 1=garçon ; 2=fille).

2.3.2.6. La réalisation des entretiens et des tests de développement

2.3.2.6.1. Le lieu de passation

Les entretiens et les tests de développement (Brunet-Lézine) ont été effectués sur rendez-vous avec les participants et se sont chaque fois déroulés au sein même des crèches, dans une pièce calme et fermée optimisant les conditions de recueil des données et garantissant la confidentialité. Les rencontres étaient fixées grâce à un échange de coupons avec la crèche ou par mail/téléphone selon le souhait des parents.

2.3.2.6.2. Le déroulement des entretiens

La durée des entretiens pouvait varier selon la disponibilité des participants à partir d'une proposition initiale de 35-40 minutes. Une grille de questions structurait le déroulement de l'entretien.

Les entretiens parents et professionnelles ont été enregistrés sur dictaphone avec l'accord des participants. En cas de refus, nous demandions leur accord pour prendre des notes.

2.3.2.6.3. Le déroulement du test de développement

La passation du test de développement (BLR ou BLC) se déroulait en présence du/des parent(s). L'heure de rendez-vous était fixée, dans la mesure du possible, à un moment où l'enfant était en bonne forme physique, c'est-à-dire qu'il n'était pas malade, n'avait pas trop sommeil ou faim.

La durée de passation était de 40 à 60 minutes en fonction de l'état de fatigue et de concentration de l'enfant. La passation a été la plus standardisée possible : les objets ont toujours été présentés dans le même ordre et de la même façon avec des consignes de passation claires et simples. Lorsqu'un enfant a refusé un item, le parent était encouragé à réitérer la consigne à la place de l'expérimentatrice. Les items qui n'ont pas pu être observés ont été transformés en question aux parents.

Des notes personnelles ont été prises à l'issue de chaque entretien et de chaque test de développement autour du comportement non verbal des participants, de leur aisance à répondre aux questions abordées, de notre ressenti, etc.

2.3.2.7. Le remplissage des questionnaires

2.3.2.7.1. La distribution des questionnaires

Les questionnaires à destination des professionnelles (TAQ) et des parents (IDE et BITSEA) ont été distribués via la direction. L'ensemble des participants a eu un mois pour remplir le/les questionnaire(s). Ils ont eu la possibilité de contacter la doctorante pour toutes questions ou difficultés rencontrées.

2.3.2.7.2. Le retour des questionnaires

Chaque participant a reçu le questionnaire dans une pochette kraft ouverte tamponnée au nom et prénom de la doctorante et comportant plusieurs mentions « confidentiel ». Il avait la consigne de remettre le questionnaire dans l'enveloppe une fois le remplissage effectué, de cacheter celle-ci et de redonner le tout à la direction de l'établissement qui elle-même devait le transmettre en main propre à la doctorante. Il a été précisé aux participants de ne faire figurer aucun élément d'identification sur ces questionnaires ou sur l'enveloppe afin de préserver leur anonymat.

2.3.2.8. Réalisation d'un pré-test

Afin de tester la pertinence de notre méthodologie, les cinq premières passations ont été suivies d'un bilan permettant des réajustements.

Du côté des entretiens, la réalisation des cinq premières passations a engendré quelques modifications dans la formulation des questions de la grille. En ce qui concerne les questionnaires, aucune difficulté particulière ne nous a été transmise de la part des participants concernant la présentation des documents ainsi que le processus de distribution et de retour. Enfin, les cinq premiers tests de développement nous ont permis de finaliser une présentation standardisée des consignes et des outils pour la suite des passations.

2.3.2.9. Déroulement global du recueil de données

De façon schématique, nous avons effectué les entretiens avec la direction puis avec les professionnelles et les parents. Nous avons attendu cinq mois (entre les mois septembre et février) pour commencer les passations des tests de développement et en parallèle, la distribution des questionnaires parents et professionnelles. Ce fonctionnement s'explique par le fait que nous souhaitions laisser suffisamment de temps à l'enfant arrivé en début d'année scolaire pour tisser un lien avec les professionnelles de l'unité de vie et sa référente le cas échéant, afin d'en étudier la nature et l'influence sur son développement.

2.4. Considérations éthiques et déontologiques

L'élaboration de notre protocole de recherche a tenu compte d'un certain nombre de règles permettant de garantir les droits des participants ainsi que l'anonymat et la confidentialité des données recueillies. Nous décrivons ces dispositions avant de présenter les comités ayant validé cette procédure.

2.4.1. Les droits des participants

Tout d'abord, différents droits des participants ont été pris en compte dans notre recherche :

- droit de refus : la participation à l'ensemble ou une partie de la recherche a été soumise à la libre participation des personnes,
- droit de retrait : tous les participants ainsi que les crèches ont eu la possibilité de cesser leur participation à la recherche à tout moment,
- droit d'accès : les participants ont eu la possibilité d'accéder et d'avoir une copie de leurs données (questionnaires, entretiens) en réalisant une demande écrite auprès de la doctorante,
- droit de rectification : les participants ont eu la possibilité de rectifier leurs données transmises par écrit ou oralement lors des différentes passations durant une quinzaine

de jours suivant le recueil.

2.4.2. Procédure d'anonymisation des données

Des données personnelles ont été collectées afin de garantir le droit d'accès et de rectification des données par les participants : prénoms des enfants et des professionnelles, nom de section, nom et adresse des crèches. Pour garantir l'anonymat des données, nous avons mis en œuvre une procédure de codage, conformément à la loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés datant du 6 janvier 1978, précisée ci-après :

- le nom de chaque établissement a été remplacé par une lettre de A à Z,
- un numéro a été attribué à chaque donnée recueillie (entretien, questionnaire, test) en fonction de l'ordre de participation (exemple : « questionnaire IDE n°1 », « entretien parent n°1 »),
- les données nominatives inscrites sur les coupons détachables des questionnaires ont ensuite été découpées et séparées des données récoltées,
- aucun élément d'identification des participants ou des crèches ne figurent sur les documents de travail, documents papiers et informatiques contenant les données ; seules la lettre de la crèche et le chiffre du participant y sont indiqués.

2.4.3. Sécurisation des données

Pour ne pas multiplier le nombre de documents comportant des données d'identification, nous avons choisi de ne pas utiliser de table de correspondance. Les quelques documents présentant l'association entre les données nominatives (coupons détachables portant l'identification du participant) et leur codage ont été conservés à l'Université Paris Descartes au sein de notre laboratoire de recherche, dans une armoire personnelle et verrouillée. Ces documents ont ainsi été séparés des éléments de réponse des participants (documents papiers ayant permis le recueil des données ainsi que leur cotation) conservés au domicile personnel de la doctorante. Les données informatiques (fichiers audio, textes, tableurs) ont été stockées sur l'ordinateur personnel de la doctorante auquel elle seule à accès et protégé par un par un mot de passe de haute sécurité dont elle seule a la connaissance. L'ensemble des documents seront détruits à l'issue de la thèse et des publications qui en découleront.

Seules la doctorante et sa directrice de thèse ont eu l'autorisation d'accéder aux données brutes quelle que soit leur forme. Toutes deux sont soumises au secret professionnel.

2.4.4. Transmission des résultats aux participants

Enfin, il nous paraît indispensable dans cette partie de préciser le mode et le type de diffusion des résultats.

Tout d'abord, pour garantir la confidentialité des données, les résultats globaux ont été rendus pour l'ensemble des crèches sans distinction. Il a aussi été convenu que les résultats individuels aux différents questionnaires et tests de développement ne seraient pas communiqués aux participants puisque les données de l'étude ne prennent sens que dans l'analyse globale des données et dans la comparaison des unes aux autres. Cependant, les résultats ont été révélés aux parents lorsque le remplissage des questionnaires et/ou la participation au test de développement laissaient apparaître un retard important dans le développement (plus de deux-écarts type en dessous de la moyenne) de leur enfant. Dans ce cas, l'annonce était réalisée dans le cadre d'un entretien, par téléphone ou courrier et faisait suite à une discussion avec les membres de la direction de la crèche. Si besoin, une orientation vers un spécialiste pour des études complémentaires du développement était proposée.

Par ailleurs, les résultats ont été transmis en version papier et/ou électronique à l'issue des analyses statistiques à l'ensemble des participants. Une réunion permettant la présentation des données sur diaporama et la possibilité d'échanger autour des résultats a été proposée à l'ensemble des crèches participantes.

Les droits des participants, le mode de transmission des résultats ainsi que les dispositions prises pour garantir l'anonymat et la confidentialité des données ont été décrites dans deux documents à destination des participants (la note d'information et le formulaire de consentement libre et éclairé) et un document à destination des crèches (la convention de recherche).

2.4.5. La note d'information et les formulaires de consentement libre et éclairé

L'ensemble des participants ont eu à lire une note d'information préalablement à la réalisation des passations. Le cadre de la recherche ainsi que de ses objectifs étaient présentés en introduction avant la description de l'outil et des considérations éthiques et déontologiques. L'absence de risque ou d'inconvénients particuliers ou, à l'inverse, de bénéfices individuels directs et de rémunération liée à la participation à cette recherche a été spécifiée. Une note d'information particulière à chaque type d'outil a été créé (entretiens, questionnaires, tests ; Annexe 4).

Puis, avant la réalisation concrète de la passation, un formulaire de consentement libre et éclairé a été signé en double exemplaire par le participant et l'expérimentatrice (cf. Annexe 5). Concernant la passation du test de développement et en conformité avec l'article L1122-2 du code de la santé publique (version en vigueur au 11 août 2004), le consentement d'un seul des deux parents a été autorisé face à l'absence de risque ou d'inconvénients particuliers pour les enfants.

2.4.6. Convention de recherche

Les crèches qui le souhaitaient ont eu la possibilité de signer une convention de recherche en trois exemplaires avec la doctorante et l'Université Paris Descartes. Pour ce faire, des conventions spécifiques ont été créées en collaboration avec le Service de Valorisation de la Recherche de l'université (Annexe 6).

Préalablement à la réalisation de notre recueil de données, nous avons soumis notre procédure à l'examen de différents comités habilités à valider les considérations éthiques et déontologiques décrites ci-dessus.

2.4.7. Consultation de différents comités/commissions

2.4.7.1. Le CERES

Tout d'abord, en accord avec la Loi Jardé, promulguée en mars 2012, nous avons consulté l'avis d'un comité éthique puisque notre recherche implique des personnes humaines. Notre protocole de recherche a été soumis au Comité d'Evaluation Ethique pour le Recherche en Santé (CERES) en août 2015.

Un premier avis a été reçu en septembre 2015 demandant des documents complémentaires (présentation des différents outils utilisés), de spécifier les modalités de recrutement des professionnelles chargées de mener les passations des tests de développement et de préciser, au sein de la lettre d'information à destination des parents, l'absence de visée d'évaluation des pratiques professionnelles et de la crèche d'accueil dans l'entretien. Après la prise en compte de ces modifications, un avis favorable a été émis pour notre protocole le 05 novembre 2015 (N°IRB : 20153200001072) (Annexe 7).

2.4.7.2. Le CCTIRS

Conformément aux exigences en matière d'éthique en vigueur lors du début de notre étude, dans un deuxième temps, nous avons soumis notre projet au Comité Consultatif de Traitement de l'Information dans le domaine de la Recherche en Santé (CCTIRS) appartenant

à l'époque au Ministère de l'Education Nationale, de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche. Les missions de ce comité ont pris fin en mai 2017 ; elles permettaient, lors de l'élaboration de notre protocole, d'émettre un « avis sur la pertinence des données nominatives à caractère personnel par rapport à l'objectif de la recherche » (Ministère de l'Enseignement Supérieur, de la Recherche et de l'Innovation[13]).

Dans son premier avis, le CCTIRS a demandé des modifications décrites ci-après :

- transmettre certaines pièces complémentaires leur permettant d'étudier plus en profondeur le dossier (fiches de recueil des données sociodémographiques, matériel mis en forme, liste des crèches participantes à la recherche) ;
- préciser l'existence ou non d'une table de correspondance entre le code attribué au participant et son identité ;
- préciser, dans toutes les notes d'information, auprès de qui et à quelle adresse postale s'effectuent les droits de retrait et de rectification ainsi que le numéro de demande d'autorisation à la CNIL ;
- préciser aux parents, dans les notes d'information, qu'outre l'absence de bénéfices individuels directs, une orientation vers un spécialiste leur sera proposée en cas de mise au jour d'un retard important dans le développement de leur enfant ;
- ne recueillir que le mois et l'année de naissance des enfants dans les questionnaires ;
- stocker les documents portant des données d'identification à l'Université.

Suite à ce premier avis, plusieurs échanges de courriers ont eu lieu au sujet du critère de jugement principal permettant de comparer les deux méthodes de référence et de justifier l'effectif nécessaire. Ce questionnement nous a conduites à mener une réflexion importante autour de la fiabilité des outils utilisés, la taille de l'effet attendu, le seuil de décisions, etc. Des précisions sont apportées sur notre réflexion dans la lettre de réponse présentée en annexe (Annexe 7).

Une fois ces modifications prises en compte, le protocole a été validé par le CCTIRS le 23 mars 2016 (N°15.1032bis ; Annexe 7).

[13] Site web : http://www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/cid20537/c.c.t.i.r.s.html consulté le 08/06/2018

2.4.7.3. La CNIL

Enfin, une déclaration « normale » a été effectuée auprès de la Commission Nationale des Libertés Informatiques (CNIL) en date du 23 mai 2016 (N° 1954311v0 ; Annexe 7). Nous étions tenus de faire cette démarche puisque notre protocole de recherche entraîne le recueil et le stockage de données informatiques personnelles telles que les enregistrements vocaux des entretiens.

2.4.8. Posture du chercheur

Enfin, cette partie mentionnant les différentes considérations éthiques et déontologiques ne peut faire l'impasse sur la posture bienveillante et respectueuse adoptée tout au long de l'étude envers l'ensemble des participants par la doctorante, principale investigatrice de cette recherche. Ceci se traduit par exemple par une attention accordée à chaque question posée, ou par l'acceptation de tout participant, par une certaine précaution quant à l'utilisation des citations extraites des entretiens, ainsi que lors de l'analyse des données. A plusieurs reprises, les participants ainsi que les crèches ont été remerciés de leur investissement durant la recherche et ont eu la possibilité d'être informés de l'avancement de la recherche à tout moment.

2.5. Analyse des données

Les données récoltées grâce à nos outils sont de deux types : les données issues des questionnaires et des tests de développement sont d'ordre quantitatif, alors que celles obtenues via les entretiens sont qualitatives. Nous présentons ci-dessous le type d'analyse effectuée pour chacun de ces deux groupes de données.

2.5.1. L'analyse des données qualitatives issues des entretiens

Pour rappel, la finalité des entretiens était de répondre à notre premier objectif : étudier la mise en place actuelle de la référence, ses représentations et ses enjeux pour les différents acteurs en présence.

2.5.1.1. L'analyse des entretiens directifs

Tout d'abord, les entretiens directifs réalisés avec la direction des crèches ont été saisis tels quels dans un logiciel de traitement des données (Excel). Nous avons ensuite comparé les données des différentes crèches entre elles, ce qui nous a permis d'enrichir la description des crèches participantes (Cf. partie « Participants ») et d'élaborer notre première partie des résultats.

2.5.1.2. L'analyse des entretiens semi-directifs

En ce qui concerne les entretiens semi-directifs menés avec les professionnelles et les parents, les résultats présentés dans le chapitre suivant reposent cependant sur l'analyse d'une partie seulement des entretiens réalisés car certains ont été exclus. Nous présentons ci-après les raisons de cette omission, le processus de sélection, de retranscription et d'analyse des données.

2.5.1.2.1. <u>La sélection des entretiens</u>

Tout d'abord, parmi les entretiens avec les professionnelles, nous avons exclu les entretiens réalisés avec des professionnelles n'intervenant pas de façon continue et stable sur les unités de vie : les professionnelles désignées comme « volantes », « remplaçantes », « roulantes » (N=8) ainsi que les éducatrices de jeunes enfants (N=12). Les entretiens de ces dernières professionnelles seront analysés à la suite de cette thèse. De plus, nous avons fait le choix de ne pas analyser un entretien réalisé avec une professionnelle très en souffrance qui s'est révélé être un entretien davantage clinique que de recherche.

Concernant les entretiens avec les parents, nous avons temporairement écarté les entretiens réalisés en couple (N=9) qui nous paraissaient induire une dynamique d'entretien différente et ceux des parents dont les enfants étaient accueillis moins de 20 heures par semaine dans la crèche, comme nos critères de sélection le stipulaient (N=4). Ces passations avaient été réalisées car nous avons découvert ces éléments lors de l'entretien lui-même.

Enfin, nous n'avons pas pu analyser les entretiens dont l'enregistrement vocal n'était pas complet (2 entretiens parents et 2 entretiens professionnelles) ainsi que la réunion réalisée dans l'une des crèches avec 4 professionnelles. Ce format ne correspondait pas à nos critères de sélection mais était le seul moyen accordé par la direction de cet établissement pour recueillir les représentations de ces professionnelles.

Ainsi, à partir des 78 entretiens de professionnelles, 55 ont été considérés comme « analysables » (28 entretiens avec référence marquée (classique ou souple) et 26 sans référence) tout comme 59 entretiens de parents sur les 74 effectués (44 avec référence marquée et 15 sans référence).

Cependant, au vu du nombre conséquent d'entretiens à analyser (N=55 entretiens professionnelles et 59 entretiens parents) et du temps imparti pour la rédaction de la thèse, nous avons décidé de ne réaliser qu'une partie des analyses pour la rédaction de la thèse. Les autres entretiens seront examinés ultérieurement.

Nous avons fait le choix d'analyser 40 entretiens : 20 entretiens de professionnelles et 20 entretiens de parents, dont 10 entretiens issus des crèches avec des référentes stables pendant 2 ou 3 ans (référence marquée) auprès des enfants et 10 entretiens issus de crèches fonctionnant autrement (référence à l'année, à la semaine, à la journée ou organisation des soins à la demande).

Pour distinguer les crèches fonctionnant avec une référence marquée ou non, nous nous sommes appuyées sur l'analyse du fonctionnement de chaque établissement qui sera détaillée dans la première partie du chapitre Résultats. Nous regroupons, sous l'appellation « référence marquée », les crèches offrant à l'enfant un même référente durant au moins deux ans et, sous le terme « sans référence », les crèches proposant des référents pour une année ou moins et celles qui fonctionnent sans.

La sélection des 40 entretiens a ensuite été réalisée par un logiciel de tirage au sort en ligne[14].

2.5.1.2.2. La retranscription des entretiens

Préalablement à la mise en œuvre des analyses, les entretiens ont été retranscrits grâce à un logiciel de traitement de texte (Word) par la doctorante pour une petite partie d'entre eux (N=8). Une entreprise (AMK France) a été sollicitée pour recopier le reste des entretiens (N=32) dans le cadre d'un contrat de travail permettant de garantir la confidentialité des données.

2.5.1.2.3. Le processus d'analyse des données

La méthode d'analyse qualitative des données utilisée est une analyse de contenu selon la méthode de Bardin (2013). Nous avons choisi cette démarche car elle apparaît particulièrement pertinente dans le cadre d'une recherche exploratoire : « l'analyse de contenu enrichit le tâtonnement exploratoire, accroît la propension à la découverte » ; il s'agit alors d'une analyse de contenu « pour voir » (Bardin, 2013, p.33).

Nous avons procédé en quatre temps d'analyse successifs :

1. Tout d'abord, une lecture flottante des entretiens a permis de faire émerger la dynamique de chaque entretien, ses thèmes centraux, de repérer avec un regard plus clinique les mécanismes de défense utilisés, etc.

[14] https://www.dcode.fr/tirage-au-sort-nombre-aleatoire, site utilisé en février 2018.

2. Puis, nous avons réalisé une analyse thématique avec la mise à jour d'indices de codage regroupés en sous-catégories puis en catégories thématiques. Chaque unité de texte (discours brut du participant) a été reliée à une unité de codage (créée par nos soins) grâce à l'appui d'un logiciel de traitement de données (Excel). Les unités de codage ont été comptabilisées en termes de présence/absence entre les différents entretiens.
3. Ensuite, nous avons réalisé une analyse lexicale en dénombrant notamment la fréquence d'apparition de quelques mots, repérés comme importants, à travers les deux temps d'analyse précédents.
4. Enfin, nous avons effectué quelques analyses complémentaires. Par exemple, nous nous sommes concentrées spécifiquement sur la dernière question de notre grille qui consistait pour chaque participant à énoncer trois mots synthétisant la référence ou les relations enfants-professionnelles. Nous avons alors étudié les mots employés, leur fréquence, leur ordre de présentation.

L'ensemble des résultats issus de cette analyse de contenu sera présenté dans le chapitre Résultats et dans l'article n°4 situé dans le chapitre Discussion.

2.5.2. L'analyse des données quantitatives issues des questionnaires et tests de développement

Nous avons procédé au recueil des données quantitatives pour répondre à nos derniers objectifs : étudier l'impact de la référence sur les relations enfants-professionnelles, d'une part, (objectif 3) et sur le développement de l'enfant, d'autre part, (objectif 4).

Les données en question ici sont issues des questionnaires et des tests de développement et prennent différentes formes :

- les neuf Quotients de Développement (QD) du questionnaire IDE, les cinq QD du test BLR et le QD global du test BLC ;
- les scores de l'échelle Compétences et de l'échelle Problèmes de la BITSEA ainsi que les scores des deux questions concernant les inquiétudes parentales (questions A et B) de cet outil ;
- les scores aux trois échelles du TAQ.

2.5.3. Les supports d'analyse des données

Préalablement aux analyses, les données recueillies en version papier (questionnaires remplis par les participants, fiches de passation des tests remplis par l'expérimentatrice) ont été saisies dans un logiciel de traitement des données (Excel). Les données sociodémographiques et qualitatives (par exemple : qualité du sommeil de l'enfant, antécédents médicaux, etc.) ont été codées numériquement.

Ensuite, les analyses ont été menées avec le logiciel SPSS (version 24, 2016) en étroite collaboration avec l'ingénieure d'études au sein de notre laboratoire de recherche. Un statisticien a été consulté en cours d'analyse afin de donner un avis sur leur pertinence.

2.5.4. Le plan d'analyse des données

Les premières analyses que nous avons conduites concernant le fonctionnement en référence de chaque établissement nous ont très rapidement amenées à remarquer un décalage important entre le processus d'analyse des données prévu et celui qui était réalisable. Nous proposons ici de décrire la méthode d'analyse que nous avions envisagée lors de l'élaboration du projet avant d'évoquer succinctement le plan d'analyse réellement mis en œuvre. Nous décrirons plus amplement notre cheminement à partir du plan initial dans le chapitre suivant, car cela nous paraît constituer un résultat en soi.

2.5.4.1. Le plan d'analyse envisagé

Lors de l'élaboration du projet, nous avions prévu de réaliser une étude comparative entre les données issues des crèches pratiquant la référence et celles ne la pratiquant pas.

Tout d'abord, nous avions souhaité effectuer des analyses descriptives afin de décrire le comportement des données dans chacun des deux groupes. Puis, nous souhaitions mettre en œuvre des corrélations et des comparaisons de moyennes entre les deux groupes. Pour ces dernières, nous avions pensé utiliser le test T (deux échantillons). L'emploi de ce test paramétrique nécessite préalablement la vérification de la normalité des distributions obtenues grâce à l'utilisation d'un test de Shapiro-Wilk ou Kolmogorov-Smirnov, la vérification de la suffisance et l'équité dans la répartition du nombre de participants au sein des différents groupes et, pour finir, la vérification de l'homogénéité des variances par un test de Levene. S'il s'avérait que ces vérifications rendent les tests paramétriques impossibles, nous avions alors prévu d'employer un test non paramétrique tel que le test U de Mann-Withney.

Cependant, au démarrage des analyses, nous nous sommes rendues compte que la mise en œuvre d'une analyse comparative était irréalisable puisque notre échantillon des crèches fonctionnait selon des différents degrés de référence s'échelonnant entre une absence et une présence de référence. Ces éléments, que nous détaillerons plus précisément dans la première partie du chapitre Résultats, nous ont conduites à faire évoluer le plan d'analyse prévu.

2.5.4.2. Le plan d'analyse réalisé

Nous avons alors procédé en deux temps différents :

1. Nous sommes passées de deux catégories de référence (absence versus présence) à quatre catégories afin de mieux saisir les nuances de fonctionnement mises en lumière.
2. Puis, nous avons créé un « score de référence » permettant d'affiner le degré de référence auquel chaque enfant de l'échantillon a été exposé.

Nous détaillerons davantage ces deux plans d'analyse dans le chapitre Résultats. Néanmoins, nous pouvons dès à présent préciser que nous avons réalisé les analyses prévues dans le plan initial (corrélations et comparaisons de moyennes) d'abord avec les 4 catégories, puis avec le score de référence. Nous avons cependant utilisé cette fois des tests permettant la comparaison de plus de deux groupes d'échantillons : l'ANOVA (test paramétrique) et le Kruskal-Wallis (test non paramétrique). Puis, si des différences significatives étaient relevées entre plusieurs échantillons, un test post-hoc de Bonferroni permettait alors de déterminer où se situait la différence.

Enfin, un dernier angle d'analyse des données a été exploité : une Analyse en Composantes Principales (ACP) qui, à partir de l'ensemble des données, cherche à repérer des profils d'enfants-types et leur lien avec la référence.

3. RESULTATS

Avant de présenter nos résultats, nous souhaitons indiquer les taux de participation effectifs pour chaque outil. Nous préciserons aussi le nombre de données que nous avons exclues et les raisons de cette exclusion.

3.1. Plan des résultats

Après avoir décrit les taux de participation effectifs pour les différents outils (partie 3.3), nous allons exposer les résultats qualitatifs et quantitatifs issus de notre travail selon deux volets.

En premier lieu, nous présenterons un volet exploratoire répondant à nos deux premiers objectifs :

- une description de la mise en pratique actuelle de la référence dans les crèches collectives et multi-accueils français (partie 3.4.1)
- une présentation des représentations des professionnelles et des parents[15] quant aux enjeux liés à la mise en place de cette pratique (partie 3.4.2).

En deuxième lieu, nous montrerons un volet plus expérimental avec des résultats s'inscrivant dans notre troisième et quatrième objectif :

- l'impact de la pratique de la référence sur la qualité des liens enfants-professionnels (partie 3.5.1)
- l'impact de la pratique de la référence sur le développement de l'enfant (partie 3.5.2).

Nous proposerons un encadré synthétique à la fin de chacune de ces quatre parties.

[15] Les prénoms énoncés par les participants dans les entretiens ont été modifiés lorsqu'ils ont été inclus dans une citation.

3.2. Taux de participation effectifs pour les différents outils

3.2.1. Participation aux différents outils selon les crèches participantes

Tableau 14 : Nombre de passations réalisées pour chaque outil en fonction de la crèche participante

Crèche	Entretien professionnelle (N)	Questionnaire TAQ (N professionnelle)	Entretien parent (N)	Questionnaire IDE (N)	Questionnaire BITSEA (N)	Tests de développement BLR et BLC (N)
A	2	8	9	10	11	13
B	8	9	14	26	31	14
C	6	0	7	7	7	7
D	4	0	10	20	21	14
E	2	0	3	8	13	7
F	5	0	5	11	15	10
G	0	0	0	20	20	12
H	5	5	0	10	12	10
I	3	3	0	4	5	5
J	0	0	0	6	8	4
K	13	11	10	18	21	9
L	16	10	9	9	10	4
M	2	0	5	2	5	3
N	5	6	2	2	2	1
O	0	0	0	18	17	0
P	6	7	0	8	8	0
X	1	5	0	6	6	0
Total	78	64	74	185	212	113

Nous remarquons que les taux de participation pour un même outil sont très fluctuants d'une crèche à l'autre. A titre d'exemple, 14 entretiens ont été réalisés avec des parents dans la crèche B contre 2 dans la crèche N. En fonction des outils, ce ne sont pas toujours les mêmes crèches qui présentent le plus fort taux de participation.

3.2.2. Participation des professionnelles aux différents outils

Pour rappel, deux outils ont été proposés aux professionnelles : un entretien et le remplissage du questionnaire TAQ.

3.2.2.1. Les entretiens avec les professionnelles

Tableau 15 : Evolution du nombre d'entretiens tout au long du recueil de données

Crèches	Entretiens acceptés	Entretiens réalisés		Entretiens non réalisés	
		N	% (/nb d'entretiens acceptés)	N	% (/nb d'entretiens acceptés)
A	3	2	66,67	1	33,33
B	8	8	100	0	0
C	6	6	100	0	0
D	6	4	66,67	2	33,33
E	2	2	100	0	0
F	5	5	100	0	0
G					
H	5	5	100	0	0
I	3	3	100	0	0
J					
K	14	13	92,86	1	7,14
L	17	16	94,12	1	5,88
M	3	2	66,67	1	33,33
N	5	5	100	0	0
O					
P	6	6	100	0	0
X	5	1	20	4	80
Total	88	78	88,64	10	11,36

Sur les 88 professionnelles ayant été accepté de participer, 88.64%[16] l'ont concrétisé (N=78). Dix professionnelles n'ont pas répondu aux sollicitations de l'expérimentatrice pour la prise de rendez-vous, ce qui explique que 11.36% des entretiens prévus n'ont pas été effectués. A la place des entretiens individuels, une réunion collective avec 5 professionnelles a été mise en place dans la crèche X ; nous avons comptabilisé cela comme 1 entretien, ce qui explique la « perte » de données dans cette crèche. De plus, dans les crèches A, D et M, un tiers des entretiens acceptés n'ont pas été réalisés. Nous imaginons que cela peut-être lié au fait que ce temps de rencontre n'a pas été comptabilisé comme du temps de travail dans ces crèches.

[16] Dans cet écrit, nous faisons le choix d'arrondir les données numériques à deux chiffres après la virgule.

3.2.2.2. Le Toddler Attention Questionnaire

Tableau 16 : Evolution du nombre de professionnelles participantes au questionnaire TAQ tout au long du recueil de données

Crèches	Professionnelles pour lesquelles un ou plusieurs questionnaire(s) a/ont été distribué(s)	Professionnelles ayant rendu le(s) questionnaire(s)		Professionnelles n'ayant pas rendu le(s) questionnaire(s)	
	N	N	% (/nb de questionnaires distribués)	N	% (/nb de questionnaires distribués)
A	8	8	100	0	0
B	10	9	90	1	10
C					
D					
E					
F	16	0	0	16	100
G					
H	5	5	100	0	0
I	5	3	60	2	40
J					
K	12	11	91,67	1	8,33
L	13	10	76,92	3	23,08
M	3	0	0	3	100
N	6	6	100	0	0
O					
P	7	7	100	0	0
X	5	5	100	0	0
Total	90	64	71,11	26	28,89

Concernant les questionnaires, 64 professionnelles l'ont finalement rempli sur 90 volontaires (soit 71.11%). Près de 29% des questionnaires TAQ distribués n'ont pas été rendus par les participantes, notamment à cause de la difficulté de deux crèches à rendre les questionnaires dans les délais impartis (19 professionnelles) et d'arrêts maladies dans d'autres crèches.

3.2.3. Participation des familles aux différents outils

Les familles ont eu le choix de collaborer à l'ensemble ou à une partie seulement des outils. Voici le nombre d'outils choisis par les différentes familles.

Au total, sur les deux années de recueil de données, 227 familles ont participé à la recherche. Plus précisément, 23% des familles (N=52) ont adhéré à l'ensemble des outils proposés (entretiens, questionnaires et test de développement) et 33% des familles (N=75) à deux outils seulement : les questionnaires et le test de développement pour la majorité

(N=54), l'entretien et le questionnaire pour 17 familles ou encore l'entretien et le test pour 4 familles. Enfin, 44% des familles n'ont accepté qu'un seul outil : le questionnaire pour 92 familles, l'entretien pour 5 d'entre elles et le test pour trois.

3.2.3.1. Les entretiens avec les parents

Tableau 17 : Evolution du nombre de parents participants à l'entretien tout au long du recueil de données

Crèches	**Entretiens acceptés (N)**	**Entretiens réalisés**		**Entretiens non-réalisés**	
		N	**% (/nb d'entretiens acceptés)**	**N**	**% (/nb d'entretiens acceptés)**
A	14	9	64,29	5	35,71
B	17	14	82,35	3	17,65
C	8	7	87,5	1	12,5
D	18	10	55,56	8	44,44
E	10	3	30	7	70
F	10	5	50	5	50
G					
H					
I					
J					
K	21	10	47,62	11	52,38
L	12	9	75	3	25
M	5	5	100	0	0
N	2	2	100	0	0
O					
P					
X					
Total	117	74	63,25	43	36,75

Au total, 74 entretiens ont pu avoir lieu bien que 117 parents aient été volontaires pour rencontrer l'expérimentatrice de la recherche. L'important taux de perte (43 entretiens) s'explique par le fait que certains parents n'ont pas donné suite aux propositions de rendez-vous. En effet, dans certaines crèches et à certains moments du recueil de données, l'expérimentatrice n'a pu offrir qu'un nombre restreint de possibilités en termes de jour et d'heure.

3.2.3.2. Les questionnaires « Inventaire de Développement de l'Enfant » et « Brief Infant Toddler Social and Emotionnal Assessment »

Tableau 18 : Evolution du nombre de parents participants aux questionnaires tout au long du recueil de données

Crèches	Questionnaires distribués (N)	IDE				BITSEA			
		Questionnaires rendus		Questionnaires non-rendus		Questionnaires rendus		Questionnaires non-rendus	
		N	% (/nb questionnaires distribués)	N	% (/nb questionnaires distribués)	N	% (/nb questionnaires distribués)	N	% (/nb questionnaires distribués)
A	16	10	62,5	6	37,5	11	68,75	5	31,25
B	41	26	63,41	15	36,59	31	75,61	10	24,39
C	10	7	70	3	30	7	70	3	30
D	26	20	76,92	6	23,08	21	80,77	5	19,23
E	20	8	40	12	60	13	65	7	35
F	22	11	50	11	50	15	68,18	7	31,82
G	23	20	86,96	3	13,04	20	86,96	3	13,04
H	13	10	76,92	3	23,08	12	92,31	1	7,69
I	9	4	44,44	5	55,56	5	55,56	4	44,44
J	9	6	66,67	3	33,33	8	88,89	1	11,11
K	22	18	81,82	4	18,18	21	95,45	1	4,55
L	15	9	60	6	40	10	66,67	5	33,33
M	7	2	28,57	5	71,43	5	71,43	2	28,57
N	2	2	100	0	0	2	100	0	0
O	20	18	90	2	10	17	85	3	15
P	13	8	61,54	5	38,46	8	61,54	5	38,46
X	6	6	100	0	0	6	100	0	0
Total	274	185	67,52	89	32,48	212	77,37	62	22,63

Sur les 274 parents ayant accepté de remplir les questionnaires, plus de 210 l'ont rendu (212 BITSEA et 185 IDE). Le taux de perte de l'IDE (89 questionnaires) peut s'expliquer par la longueur du questionnaire (270 questions) même si le parent devait normalement s'interrompre de répondre lorsqu'il cumulait un certain nombre de réponses négatives et disposait d'un délai d'un mois pour le remplir. Certains questionnaires ont aussi été adressés par erreur car ils ne correspondaient pas à l'âge de l'enfant et n'ont pas été pris en compte.

3.2.3.3. Les tests de développement Brunet-Lézine Révisé et Complémentaire

Tableau 19 : Evolution du nombre de parents participants au test de développement tout au long du recueil de données

Crèches	Passations BLR/BLC acceptées (N)	Passations BLR/BLC réalisées		Passations BLR/BLC non-réalisées	
		N	% (/nb de passations acceptées)	N	% (/nb de passations acceptées)
A	16	13	81,25	3	18,75
B	22	14	63,64	8	36,36
C	9	7	77,78	2	22,22
D	19	14	73,68	5	26,32
E	13	7	53,85	6	46,15
F	15	10	66,67	5	33,33
G	18	12	66,67	6	33,33
H	12	10	83,33	2	16,67
I	7	5	71,43	2	28,57
J	4	4	100	0	0
K	23	9	39,13	14	60,87
L	14	4	28,57	10	71,43
M	7	3	42,86	4	57,14
N	2	1	50	1	50
O					
P					
X					
Total	181	113	62,43	68	37,57

Enfin, seulement 113 passations de Brunet-Lézine ont abouti sur les 181 prévues (perte de 68 passations) pour les mêmes raisons invoquées précédemment : impossibilité de trouver une date de rendez-vous conjointe entre les parents, l'enfant, la crèche et moi-même et beaucoup de parents ont été sollicités par erreur (leur enfant étant trop jeune ou trop âgé pour la version classique du test) ; certaines directions chargées de distribuer les lettres initiales de présentation de la recherche n'ont pas toujours respecté nos critères d'inclusion.

3.2.4. L'exclusion de certaines données recueillies pour les analyses

Le nettoyage de notre base de données pour la réalisation des analyses statistiques nous a conduit à exclure un certain nombre de données pour différents motifs : caractéristiques de l'enfant hors des critères d'inclusion de l'étude, données manquantes ou non cotables, âge de l'enfant en inadéquation avec les âges limites pour l'utilisation de l'outil.

Tableau 20 : Evolution du nombre de données analysées

Type de données	Entretien professionnelle	Questionnaire TAQ (nb enfants)	Entretien parent	Questionnaire Ide	Questionnaire BITSEA	Tests de développement BLR et BLC
Données recueillies	78	65	74	185	212	113
Données analysées	30	59	28	165	167	100
Données « exclues » ou en attente d'analyse	48	6	46	20	45	13

Tout d'abord, le tableau 20 ci-dessus présente le nombre de données recueillies, analysées et exclues pour chaque outil. Avant de décrire plus en détail ces résultats, nous suggérons la lecture du tableau 21 ci-dessous précisant le motif d'exclusion de certaines données.

Tableau 21 : Motifs de suppression de certaines données recueillies

Motifs d'exclusion	Entretien profession-nel (N)	Question-naire TAQ (N enfants)	Entretien parent (N)	Question-naire IDE (N)	Question-naire BITSEA (N)	Tests de dévelop-pement BLR et BLC (N)	Total (N)
Age de l'enfant non adapté à l'outil ou aux critères d'inclusion	0	5	0	1	30	9	45
Critère d'inclusion en termes de nb heures à la crèche non respecté	0	1	4	19	15	3	42
Données manquantes au sein de l'outil ou non cotables	3	0	0	0	0	1	4
Données en attente d'analyse	45	0	42	0	0		87
Total	48	6	46	20	45	13	178

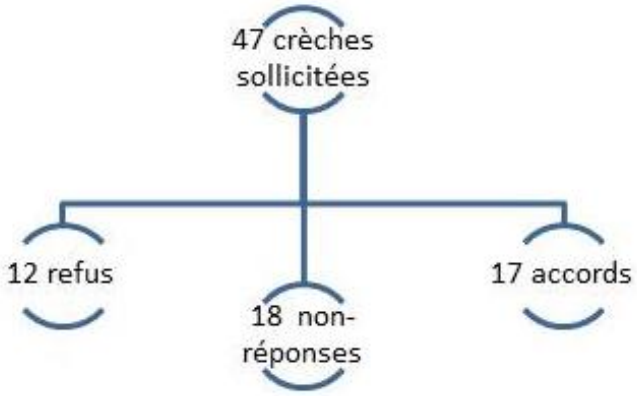
Les questionnaires TAQ concernant 5 enfants, 1 questionnaire IDE, 30 questionnaires BITSEA et 9 tests de développement ont été exclus car l'âge des enfants ne correspondait pas aux critères d'inclusion de la recherche ou d'utilisation des outils. Puis, pour 1 questionnaire TAQ, 4 entretiens de parents, 19 questionnaires IDE, 15 questionnaires BITSEA et 3 tests de développement, l'outil a été remplis par erreur puisque les enfants concernés étaient accueillis moins de 20 heures ou moins de trois jours par semaine dans la crèche. Enfin, 3 entretiens avec des professionnelles n'ont pas pu être analysés suite à un défaut d'enregistrement sonore

ainsi qu'1 test de développement, par oubli du remplissage de certaines données à l'intérieur des feuilles de passation. Le choix de n'analyser qu'une partie des entretiens sera discuté par la suite.

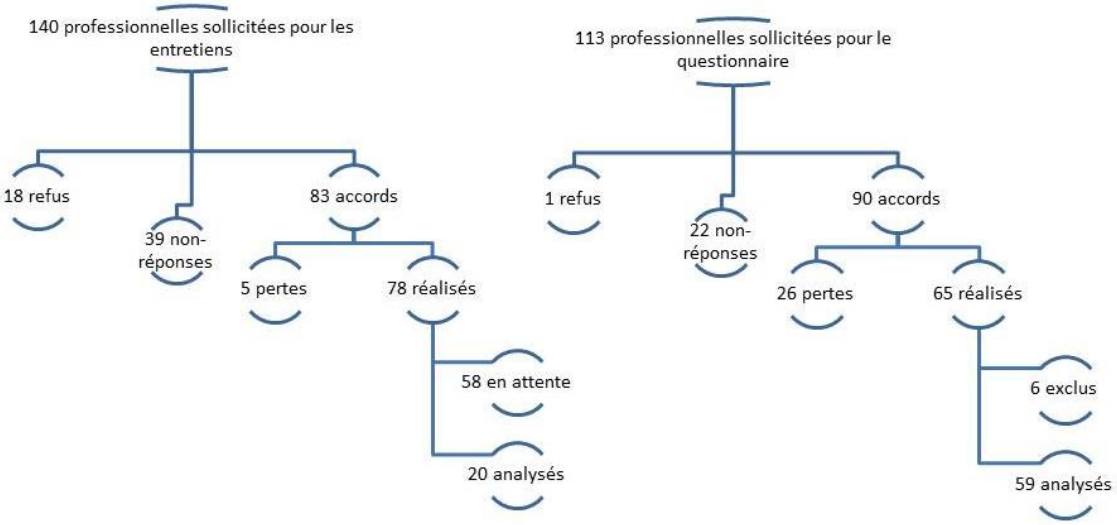
3.2.5. Synthèse du taux de participation

Trois graphiques (n°19, 20, 21) proposent de résumer le processus de recrutement des participants et de recueil des données décrit ci-dessus.

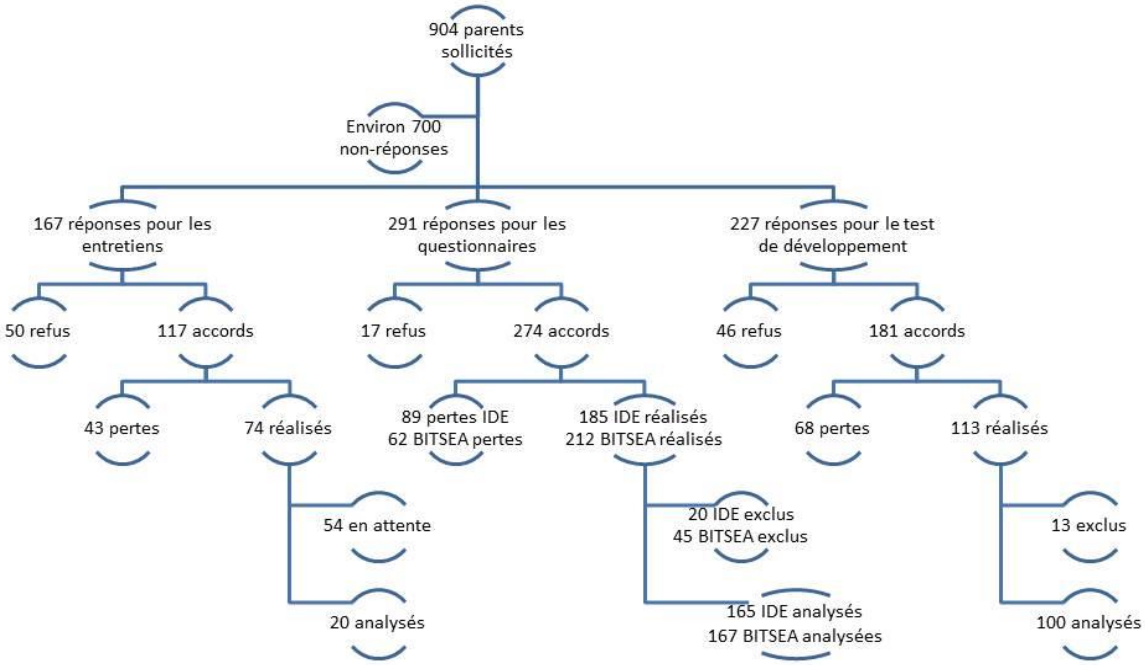
Graphique 19 : Evolution du nombre de crèches participantes



Graphique 20 : Evolution du nombre de professionnelles participantes



Graphique 21 : Evolution du nombre de familles participantes



3.3. Volet exploratoire

3.3.1. Objectif 1 : Quelle pratique de la référence dans les crèches françaises aujourd'hui?

La première partie de ce volet exploratoire cherche à décrire la pratique actuelle de la référence dans les crèches collectives et multi-accueils français. Pour rappel, l'hypothèse liée à ce premier objectif suppose des interprétations de la référence très diverses au sein des différentes crèches et, par conséquent, des pratiques très hétérogènes.

3.3.1.1. Introduction

3.3.1.1.1. La référence comme système d'organisation des soins

Les nombreuses rencontres avec les directions des crèches participantes, qui ont eu lieu lors de la présentation du projet de thèse puis tout au long du recueil de données, nous ont aidées à comprendre que sur le terrain, la référence est assimilée à l'organisation des soins qu'elle induit. Dans les crèches françaises et à l'heure actuelle, mettre en place un système de référence consiste donc à répartir les soins aux enfants (repas, changes, temps d'endormissement) entre les différentes professionnelles selon une logique bien précise : une

référente est désignée pour chaque enfant et assure la prise en charge de ses soins de façon privilégiée. En l'absence de référence, les soins des enfants sont pris en charge de façon indifférenciée et indéfinie entre les différentes professionnelles de l'unité de vie, en fonction de la disponibilité de chacune.

L'intrication permanente dans les discussions avec les professionnelles de la référence et de la gestion des soins nous a donc conduites à suivre de façon privilégiée cet angle d'étude pour notre travail : le type d'organisation des soins adopté servant alors de témoin du degré de référence présent dans l'établissement. Les raisons et la pertinence de ce choix seront discutées dans le chapitre Discussion.

3.3.1.1.2. La découverte d'une variabilité importante dans les organisations de soins

Les deux types d'aménagement décrits dans le paragraphe précédent (soins pris en charge de façon privilégiée par la référente durant tout l'accueil de l'enfant par opposition aux soins pris en charge par l'ensemble des professionnelles de façon indéfinie) sont évoqués dans certains écrits sur le sujet (e.g. Aguillard et al., 2005, Rockel, 2005). Bien que leur proportion ne soit pas appréciable dans la littérature, nous imaginions rencontrer aléatoirement la présence de l'une ou l'autre de ces deux organisations au sein des crèches participantes.

Or, très rapidement, le recueil de données nous a révélé une variété bien plus importante d'agencements des soins proposés par les différentes crèches et même au sein de chaque établissement. La mise en œuvre de l'étude comparative initialement prévue (présence ou absence de référence) a donc été rendue impossible. Nous proposons donc de nous arrêter quelque temps sur les différentes organisations de soins rencontrées, leur description constituant en soi un résultat important et novateur, permettant de dessiner les contours de la référence telle qu'elle est pratiquée en France de nos jours.

3.3.1.2. Les différents types d'organisation des soins rencontrés

3.3.1.2.1. Présentation des différentes organisations de soins rencontrées

Entre une organisation des soins en référence durant tout le parcours d'accueil de l'enfant et, à l'autre extrême, un fonctionnement entièrement indifférencié et indéfini entre les professionnelles, nous avons découvert un continuum composé de plusieurs niveaux intermédiaires variant selon deux critères que nous allons détailler : le temps d'attribution d'un même référent et le nombre de professionnelles intervenant dans les soins de l'enfant.

Puis nous décrirons les différents schémas repérés au sein des crèches participantes ; les appellations que nous leur avons données sont inspirées des témoignages de terrain.

3.3.1.2.1.1. La durée d'attribution d'une même professionnelle référente

Tout d'abord, une professionnelle référente peut être désignée pour prendre en charge les soins de l'enfant de façon continue de son arrivée dans la crèche à son départ. Dans notre échantillon, 4 crèches fonctionnent ainsi. En accord avec les termes souvent employés par la littérature, ainsi que par les équipes dirigeantes et les professionnelles de terrain, nous faisons le choix d'utiliser le terme de « référence classique » pour désigner ce fonctionnement qui se rapproche de la référence mise en œuvre par l'Institut Pikler-Loczy, d'où elle serait originaire. Ce lien entre la référence pratiquée dans les crèches françaises actuelles et l'expérience de Loczy sera expliqué à l'issue des résultats.

Puis, quatre autres crèches proposent une référence plus « souple » ou « ouverte » : une référente, désignée dès l'arrivée de l'enfant dans la crèche, s'occupe des soins de façon privilégiée dans les unités de vie de bébés et de moyens, puis la prise en charge des soins s'ouvre vers l'ensemble de l'équipe la dernière année d'accueil.

Dans certaines autres crèches, les enfants bénéficient d'un fonctionnement identique mais effectif uniquement sur une année ; une nouvelle référente est alors attribuée à chaque enfant à chaque début d'année (N=2 crèches). Nous dénommons cela une « référence à l'année ».

Enfin, certaines crèches ne proposent un référent à l'enfant que lors de la période d'adaptation (N= 3) ou durant les premiers mois d'accueil (N=1). Ensuite, la référence disparaît pour laisser place à une « continuité des soins », ou plus rarement dénommée « référence à la journée », selon laquelle une professionnelle tente d'assurer les soins à l'enfant de façon privilégiée sur une journée seulement (N=2 crèches et 4 unités de vie). Il est aussi possible de retrouver une « organisation des soins à la demande », c'est-à-dire que les soins des enfants sont assurés par la professionnelle disponible lorsque l'enfant en exprime une demande ou un besoin (N=1crèche et 9 unités de vie).

3.3.1.2.1.2. Le nombre de professionnelles investies dans les soins

Des variations sont aussi observées en ce qui concerne le nombre de professionnelles intervenant dans les soins. Dans les fonctionnements en référence « classique » ou « souple », il est fréquent de retrouver un système de « référence relais » : en l'absence de la référente principale de l'enfant, une autre professionnelle identifiée et stable assure les soins de l'enfant

(N=8 crèches). Cependant, dans deux autres crèches, ce système n'existe pas : en l'absence de la référente principale, c'est l'ensemble des professionnelles qui prennent en charge les soins à l'enfant de façon indéfinie.

Dans les établissements proposant une référence « à l'année », un binôme de référentes se partage les soins aux enfants de façon privilégiée par rapport aux autres professionnelles, mais de façon indéfinie entre elles deux. Il s'agit d'une « coréférence ».

Pour simplifier la présentation de nos résultats, nous avons fait le choix de regrouper ces organisations en 4 catégories et de les présenter selon un gradient allant d'une référence à une absence de référence : la « référence classique », la « référence souple », la « (co)référence à l'année » et l'absence de référence (incluant la continuité des soins à la journée et l'organisation des soins à la demande).

Le tableau 22 ci-dessous présente de façon simplifiée le type d'organisation des soins dans les 17 crèches participantes en fonction de l'âge des enfants (répartition schématique : bébés, moyens, grands). Il mentionne, dans la dernière colonne, l'appellation principale que nous proposons.

Tableau 22 : Présentation du type d'organisation des soins mis en place au sein de chaque crèche participante (N=17) et selon l'âge des enfants accueillis.

Crèche	Bébés (0-11 mois)	Moyens (12-23 mois)	Grands (dès 24 mois)	Type d'organisation principale
A	1 référent + 1 référent relais			Référence classique
B	1 référent + 1 référent relais			Référence classique
C	Continuité des soins	Continuité des soins	Continuité des soins	Sans référence
D	1 référent + 1 référent relais		Absence de référence	Référence souple
E	1 référent + 1 référent relais		Absence de référence	Référence souple
F	1 référent + 1 référent relais		Absence de référence	Référence souple
G	Continuité des soins	Continuité des soins	Absence de référence	Sans référence
H	1 référent	1 référent	1 référent	(Co)référence à l'année
I	Continuité des soins	Absence de référence	Absence de référence	Sans référence
J	Continuité des soins	Absence de référence	Absence de référence	Sans référence
K	Continuité des soins	Continuité des soins	Continuité des soins	Sans référence
L	1 référent	1 référent	1 référent	(Co)référence à l'année
L2	Absence de référence	Absence de référence	Absence de référence	Sans référence
M	2 référentes	2 référentes	2 référentes	(Co)référence à l'année
N	2 référentes	2 référentes	2 référentes	(Co)référence à l'année
O	1 référent + 1 référent relais			Référence classique
P	1 référent + 1 référent relais		Absence de référence	Référence souple
X	1 référent + 1 référent relais			Référence classique

Avant de montrer plus en détail les différents fonctionnements identifiés, il nous paraît important de préciser que des décalages parfois importants ont été relevés entre le discours de la direction, des professionnelles et des parents concernant le type d'organisation des soins mis en œuvre au sein de la crèche. Nous remarquons que la façon dont la prise en charge des soins est aménagée au sein de la crèche n'est pas toujours bien assumée par la direction. Plus précisément, nous nous sommes rendu compte que la référence, malgré les résistances qu'elle rencontre sur le terrain, était une pratique actuellement valorisée dans les manuels et les formations pédagogiques, ou par les psychologues intervenant dans les crèches. La présence d'un biais de « désirabilité sociale » pourrait alors expliquer en partie pourquoi certaines équipes de direction nous ont, par exemple, rapporté pratiquer la référence alors que la

description de la prise en charge concrète des soins et le discours des professionnelles ne soutiennent pas tellement cette idée.

3.3.1.2.2. Description des différentes organisations des soins rencontrées

3.3.1.2.2.1. Organisation des soins en « référence classique »

Définition générale

Une référente principale est désignée dès l'arrivée de l'enfant dans la crèche et restera la même jusqu'à son départ. Il est fréquent qu'une référente relais, toujours stable, soit aussi proposée à l'enfant en l'absence de sa référente principale. Ainsi, pour un enfant accueilli dès sa première année de vie, les repas, les changes et l'accompagnement au sommeil sont assurés par la professionnelle référente ou, en son absence, la référente relais et ce pendant trois ans.

Description des crèches appartenant à cette catégorie

Dans notre échantillon, 4 crèches fonctionnent ainsi (A, B, O, X). La référence y est affirmée dans le projet pédagogique de la crèche et présentée aux parents dès leur visite des locaux. Les professionnelles sont nommées « référentes » dans le langage oral et « auxiliaire de référence » dans les écrits de deux crèches.

Historique de la référence dans ces crèches

Ce fonctionnement a été mis en place dans l'établissement en 2004 (O), 2007 (B), 2008 (X) ou 2010 (A). Pour l'une des crèches (A), la référence a été instaurée dès l'ouverture de la crèche et fait partie des pratiques pédagogiques « imposées » par le siège de l'entreprise gestionnaire. Pour deux autres directrices (B et O), les raisons de l'adoption de la référence ne sont pas connues car elle s'est produite avant leur arrivée. Dans la crèche X, la référence est apparue suite à l'intervention d'une éducatrice de jeunes enfants venue sensibiliser les professionnelles à ce sujet.

Organisation concrète des soins

Dans ces quatre crèches, tous les enfants ont une référente, y compris les enfants accueillis occasionnellement. La référence est en place dans toutes les sections et toute l'année durant. Dans les quatre crèches, la référence a été pensée pour être fonctionnelle durant les trois ans de l'accueil de l'enfant. Cependant, deux particularités existent dans la crèche O : premièrement, un groupe de bébés et leur référente passent chez les moyens en janvier de chaque année civile (contrairement à septembre pour les autres groupes) pour des raisons organisationnelles propre à la crèche ; deuxièmement, une « professionnelle

mémoire », permettant de transmettre aux collègues de l'année suivante les réflexions pédagogiques menées durant l'année par l'équipe de professionnelles en présence, reste dans la section en chaque fin d'année alors que celle-ci peut être la référente de certains enfants. Ce dernier élément a été une vraie découverte pour nous ; nous n'avons trouvé aucune description d'une telle pratique dans la littérature. Elle semble répondre à un besoin des crèches de pérenniser les réflexions et acquisitions pédagogiques d'une année à l'autre au sein d'une même unité de vie.

Les quatre crèches mettent en place un système de référence relais : en l'absence de la référente principale, une autre professionnelle identifiée et stable prend en charge les soins du groupe de référence. Dans la crèche X, seules deux professionnelles interviennent dans l'unité de vie, donc l'une est obligatoirement la personne relais de l'autre. Dans la B, les horaires et les congés sont pensés en cohérence avec ce système de relais : l'absence de l'une est compensée par la présence de l'autre. Dans les quatre crèches, toutes les professionnelles intervenant auprès des enfants sont référentes et relais en même temps d'un autre groupe.

Il n'existe pas, en règle générale, de coréférence (soins assurés simultanément par deux professionnelles) dans ces crèches exception faite de l'existence d'un ou deux binômes, dans les établissements O et X, lorsque des professionnelles travaillent à temps partiel.

Pour les crèches B, O et X, la référente des bébés s'occupe de 3-4 enfants. Dans la A, le groupe est de 5-6 bébés. Pour les quatre crèches, les référentes des moyens s'occupent de 5 à 7 enfants. Chez les grands, ce chiffre s'échelonne entre 6 (B et O), 7 (X), 8 ou 9 enfants (A) par référente.

Dans l'ensemble des crèches, c'est la direction qui attribue les enfants aux référentes selon différents critères : âge de l'enfant (A), la situation familiale, le profil des parents et de l'enfant et l'adéquation avec la personnalité de la professionnelle, le planning (O), l'équilibre des groupes de référence en fonction du sexe (O) et du nombre d'enfants (X), l'éclatement des fratries (O), la disponibilité des professionnelles pour l'adaptation (O). Dans la crèche A, la prise en charge des situations familiales particulières d'un point de vue social (e.g. divorce en cours), médical (e.g. handicap) ou psychologique (e.g. présence d'une dépression chez l'un des parents) est proposée aux professionnelles ayant le plus « d'aplomb » ; dans la crèche B, ce sont les professionnelles les plus « contenantes » qui auront en référence des enfants dont les parents sont particulièrement inquiets face à la séparation, par exemple.

Missions et obligations des référentes

Les missions de la référente sont : la prise en charge quotidienne et continue des temps individualisés : soins du corps, repas et accompagnement au sommeil (A, B, O, X), l'accueil et l'adaptation de l'enfant (A, O, X), le suivi de la famille et les transmissions aux parents (A, O, X), la responsabilité du travail d'observation mené sur l'enfant et de suivi de son développement et son bien-être (A, O, X), la réassurance de l'enfant (B, X), le relais parents/enfant/équipe (A), l'organisation de son absence (A). La notion de « responsabilité » de la référente est évoquée à plusieurs reprises par la direction de la crèche A. Quant aux directrices des B et X, elles mettent l'accent sur l'idée d'ouverture de l'enfant aux autres professionnelles pour les temps d'activités.

Les professionnelles référentes ont différentes obligations dans leur fonction : remplissage d'une fiche d'habitudes de vie lors de la période d'adaptation (A, O, X), suivi du développement à l'aide de fiches d'observation (A, B), bilans réguliers avec les parents (X), transmissions écrites et orales fréquentes avec les autres professionnelles et la direction (A) et particulièrement en cas d'absence de la référente (O).

Evolution de la référence

Les directrices ont mentionné des évolutions récentes concernant la référence. Pour deux crèches (A, B), une prise de conscience de l'importance de la référence est croissante chez les professionnelles depuis quelques années, ce qui a entraîné une modification du système de référence relais dans la crèche A et un assouplissement de la référence originellement très stricte en B. Dans la crèche O, les évolutions sont allées dans le sens d'un renforcement de la référence avec notamment davantage de réflexion en équipe en cas de changement de référente. Enfin, pour X, la période d'adaptation s'est allongée ces dernières années et une organisation plus claire de la crèche en trois unités de vie (bébés/moyens/grands) a été adoptée.

Les directrices souhaiteraient que les pratiques actuelles se maintiennent à l'avenir (A, X), qu'un travail de réflexion s'amorce sur la période d'adaptation des enfants accueillis occasionnellement, ou que les équipes travaillent davantage dans une logique d'entraide pour lutter contre les « phénomènes d'appropriation » qui peuvent exister en faisant, par exemple, participer l'ensemble de l'équipe aux moments des repas de l'enfant dans les derniers mois d'accueil (B). Dans l'établissement B, la direction s'attend à ce que les professionnelles poursuivent leurs efforts vers une référence plus souple. Pour la crèche O, la volonté est de

continuer à renforcer l'idée et la mise en pratique du suivi par la référente pendant trois ans ainsi qu'un travail plus poussé sur les écrits.

3.3.1.2.2.2. Organisation des soins en « référence souple »

Définition générale

Lors du recueil de données, plusieurs crèches ont annoncé fonctionner en référence mais proposaient un système plus souple que la référence classique précédemment présentée ; nous avons donc décidé de les distinguer. Ici, une professionnelle référente et une professionnelle relais sont désignées à l'arrivée de l'enfant, en général chez les bébés, et restent stables pendant deux ans. Dans l'unité des grands, la référence s'atténue et la prise en charge des soins est assurée par l'ensemble des professionnelles présentes. Pour cette raison, nous avons choisi de qualifier cette référence de « souple » ou « ouverte », selon les mots des professionnelles**.**

Description des crèches

Sur les 17 établissements participants, 4 crèches travaillent ainsi (D, E, F, P). Une référente et une personne relais sont proposées à l'enfant dans les unités de bébés et de moyens, puis l'ensemble de l'équipe prend en charge les soins chez les grands. Au sein des quatre crèches, nous n'avons pas recueilli les éléments permettant de saisir la façon dont l'ouverture vers les autres professionnelles s'opère, avec quelle rapidité et si elle se fait à l'ensemble, ou à une partie des professionnelles seulement.

Historique de la référence dans ces crèches

La référence a été mise en place aux alentours de 1985 pour la crèche P, en 2001 pour les crèches D et E, et en 2015 pour F, lors de son ouverture. Dans les deux crèches hospitalières (D et E), la référence est apparue pour permettre aux professionnelles de faciliter la création de repères à des enfants accueillis pour beaucoup à des horaires atypiques et changeants. Pour F, elle s'est mise en place spontanément, car plusieurs professionnelles venaient d'une crèche où elle était pratiquée. Pour P, par contre, elle est effective depuis le début des années 2000 sur demande de la municipalité, gestionnaire de la crèche.

Organisation concrète des soins

Pour les établissements D, E et P, les professionnelles référentes sont nommées « référentes » alors qu'elles sont désignées « accompagnantes privilégiées » en F. Les

professionnelles s'occupent plus particulièrement des soins de 4 à 6 enfants pour F et P et de 8 à 10 pour D et E.

Pour D, E et F, les professionnelles restent les mêmes les deux premières années. Pour P, un roulement des professionnelles et des enfants a lieu chaque année entre les deux unités (bébés et moyens-grands). De plus, la direction souhaite le maintien d'une professionnelle « mémoire » dans chaque unité d'une année à l'autre.

Les quatre crèches proposent une référente relais aux enfants dont les horaires et les congés sont, dans l'établissement P, pensés en complémentarité avec ceux de la référente. Pour F et P, toutes les professionnelles sont référentes alors que pour D et E, c'est selon la volonté de la professionnelle ; en cas de refus, la professionnelle peut être « volante ». Les enfants sont confiés aux professionnelles par la direction en fonction de l'âge de l'enfant, du moment de son arrivée et du nombre d'enfants dans les groupes.

Missions et obligations des référentes

Les missions des référentes sont : accompagner l'enfant lors de la séparation, être l'interface famille/crèche, être l'interlocuteur privilégié des familles (D, E, F, P), créer du lien avec l'enfant (D, E, P), garder la juste distance avec l'enfant et ses parents (D, E), prendre en charge les changes de l'enfant (F, P), assurer le « portage psychique » de l'enfant, selon les mots de la directrice (F), guider le développement de l'enfant (F, P). La notion d'ouverture aux autres professionnelles a été chaque fois abordée. Dans les crèches F et P, les référentes ne prennent en charge que les soins des enfants, les activités étant alors animées par l'ensemble du groupe. Dans les crèches D et E, la référence est effective pour les temps de soins et d'activités.

Les obligations des référentes sont : le remplissage des feuilles d'adaptation sur les habitudes de vie (D, E, F, P), la transmission d'informations aux collègues concernant la prise en charge de l'enfant permettant d'assurer le relais lors de ses absences (D, E), la transmission des informations importantes sur l'enfant aux autres collègues, à la direction (F, P), le remplissage des fiches de suivi sur l'enfant (P).

Evolution de la référence

Concernant les évolutions récentes, la référence s'est assouplie et est davantage ouverte dans les crèches D, F et P. Dans la crèche E, au contraire, elle s'est renforcée. Dans le futur, les directions souhaiteraient maintenir le fonctionnement actuel (P) et la juste distance des professionnelles vis-à-vis des enfants (D, E, F). Les établissements D et E désirent se

concentrer davantage sur la période d'adaptation, le suivi de l'enfant tout au long de la journée et les échanges avec les parents.

3.3.1.2.2.3. Organisation des soins en « (co)référence à l'année »

Définition générale

D'autres crèches de notre échantillon ont annoncé œuvrer en référence mais avec un changement de professionnelle chaque année. Ces crèches proposent une ou deux référentes à l'enfant par année scolaire. Nous appelons « coréférence » ce second cas et le distinguons du système de « référence relais » dans lequel une deuxième référente intervient en relais de la référente principale. Dans un fonctionnement en coréférence, les deux professionnelles sont référentes principales et interviennent de façon privilégiée pour les soins de l'enfant par rapport aux autres professionnelles, mais de façon indéfinie entre elles deux.

Description des crèches

Quatre établissements pratiquent une (co)référence à l'année dans notre échantillon (H/L/M/N), variable selon la tranche d'âge de l'enfant.

Historique de la référence dans ces crèches

Nous remarquons que, mise à part la crèche L, la (co)référence est ici induite davantage par la taille de la crèche et le nombre réduit de professionnelles par unité de vie que par une réelle volonté de la direction. De son côté, la crèche L, qui fonctionnait sur la base de la continuité de soins à la journée, a mis en place une référence classique sur trois ans, mais seulement depuis l'année du recueil de données (2016). La référence y a été instaurée suite à des débats engagés à l'issue d'une formation externe suivie par quelques professionnelles. La direction actuelle a soutenu cette idée qui permet, selon elle, d'augmenter la sécurité affective de l'enfant ainsi qu'une meilleure répartition des tâches de travail entre les différentes professionnelles.

Organisation concrète des soins

Chez les bébés, dans les crèches H et M, une professionnelle référente est désignée pour la période d'adaptation jusqu'au 2-3 premiers mois suivant l'accueil de l'enfant, puis les soins sont pris en charge par les deux professionnelles de l'unité (coréférence). Pour N, la référence tente d'être maintenue durant toute la première année sur les temps de soins (repas, change, endormissement).

Chez les moyens et les grands, deux professionnelles de l'unité se partagent les soins dans la crèche N, alors qu'il n'y a qu'une professionnelle présente dans l'unité pour H.

Dans la crèche H, la/les professionnelle(s) référente(s) ne suive(nt) pas son/leur groupe l'année suivante. Pour M et N, une seule professionnelle sur les deux conserve son groupe d'une année sur l'autre.

Dans la crèche L, la référence est actée pour tous les enfants sur trois ans et dans toutes les sections, à l'exception de la halte-garderie qui a été détachée et placée dans le groupe D, sans référence (nommée L2). Dans cette crèche, 4 à 6 enfants sont attribués aux référentes par la direction sur les critères de l'âge et du sexe de l'enfant, de la répartition des groupes, du temps de présence du professionnel. Dans les crèches H et M, le même ratio existe (1 pour 4 à 6). Pour N, ce ratio augmente de 1 pour 6 à 8 en fonction des groupes.

Missions et obligations des référentes

La seule mission des référentes présentée par les directions des crèches H et N est la prise en charge les temps de soins de l'enfant (repas, change, endormissement) de façon exclusive pendant la période d'adaptation (H, N), voire les deux-trois premiers mois de son accueil (H), et de façon plus ouverte pour les bébés dans la crèche N. La directrice de la crèche M n'a pas précisé les missions et obligations des référentes ; elle nous a seulement renvoyées à la charte Bientraitance mise en place au sein de la crèche et a évoqué la tenue d'entretiens d'évaluation annuelle pour chaque professionnelle.

Dans la crèche L, les missions des référentes sont plus détaillées: l'accompagnement de l'enfant de son arrivée à son départ de la crèche, la « sécurisation affective » de l'enfant, la « responsabilité » de l'accueil de l'enfant. Les référentes doivent remplir des fiches de suivi des enfants deux fois par an au minimum.

Aucune direction n'a parlé de missions particulières confiées à l'une ou à l'autre des deux référentes une fois le système de coréférence en place.

Evolution de la référence

Pour H, un roulement des professionnelles chaque année a été instauré au fil du temps afin de lutter contre un attachement enfant-professionnelles trop intense. Dans la crèche N, la direction, qui avait opté pour une référence classique par le passé puis pour un assouplissement de celle-ci, souhaite revenir en arrière en se centrant sur les bases théoriques de la référence et réamorçant une réflexion autour de ses objectifs. Pour M, la nouvelle

directrice a permis d'assurer davantage de continuité dans les soins et de stabilité, mais il n'est pas envisagé de travailler particulièrement sur la référence par la suite.

Pour L, la référence, dont la mise en place est récente, suscite encore des questionnements chez certaines professionnelles ; c'est la raison pour laquelle elle est absente dans l'unité de halte-garderie (L2). D'autres professionnelles ont rapidement compris les bénéfices possibles pour l'ambiance du groupe (plus apaisée et calme) et la création des relations privilégiées avec les familles. La direction désirerait effectuer un bilan à la fin de l'année scolaire et envisage son maintien dans le futur et son développement à la halte-garderie. Elle voudrait approfondir cette pratique afin de rassurer l'ensemble des professionnelles et les rassembler autour de celle-ci.

C'est dans ce groupe que les directions (excepté pour la crèche L) ont été les moins précises dans la description de leur organisation des soins. Les (co)références semblent chaque fois dépendre de l'organisation des unités de vie dans lesquelles seules une ou deux professionnelles interviennent et deviennent référentes « de fait » et non par choix.

3.3.1.2.2.4. Organisation des soins sans référence

Définition générale

Cette dernière catégorie regroupe des crèches ne proposant aucune référente particulière à l'enfant ; l'ensemble des professionnelles s'occupe de chaque enfant. Cette organisation des soins peut être non définie entre les professionnelles et résulter alors de la disponibilité des professionnelles lors des besoins de l'enfant, ou réfléchie selon les horaires des professionnelles dans un fonctionnement appelé sur le terrain « continuité de soins », ou plus rarement « référence à la journée » (l'emploi de ces deux termes sera abordé dans le chapitre Discussion). Plus concrètement, une professionnelle est désignée pour prendre en charge de façon privilégiée et continue les soins d'un groupe d'enfants pendant une journée. Ce professionnel change habituellement d'un jour à l'autre mais peut être le même, tous les lundis par exemple. Plus rarement, le changement est opéré à chaque fin de semaine. La majorité des crèches fonctionnant ainsi s'occupent d'un groupe d'enfants déterminé en fonction des horaires de travail des professionnelles : un groupe est associé à un type d'horaire.

Description des crèches

Dans notre échantillon, cinq crèches peuvent être rattachées à ce groupe (C, G, I, J, K) auxquelles s'ajoute l'unité de halte-garderie de la crèche L (L2).

Organisation concrète des soins

Différents degrés de continuité de soins sont à noter dans les crèches de ce groupe. Tout d'abord, la crèche G propose une référente aux bébés durant les trois premiers mois suivant leur accueil. Les soins sont ensuite pris en charge par l'ensemble de l'équipe, selon une continuité des soins à la journée pour le reste de l'année et dans l'unité des moyens. A titre d'exemple, lors des repas, les enfants restent à la même place alors que les professionnelles changent de table d'un jour à l'autre (G, C). La crèche I fonctionne, quant à elle, avec une continuité de soins à la semaine chez les bébés. Puis deux crèches (C, K) ont choisi une continuité de soins à la journée pour tous les enfants accueillis (à la journée en C et à la semaine en K). Dans les unités de moyens (I, J) et grands (G, I, J) de certaines crèches, la prise en charge des enfants par professionnelles n'est pas anticipée à l'avance: ce sont les professionnelles disponibles qui s'occupent des enfants exprimant une demande. Nous choisissons de nommer cela « organisation à la demande ».

Pour C, une seule professionnelle accueille l'enfant durant la période d'adaptation (une semaine ou deux) alors qu'il s'agit d'un binôme pour K. Pour I, deux professionnelles se relaient si l'adaptation dure deux semaines (une professionnelle par semaine).

Les mêmes professionnelles restent auprès du même groupe d'enfants toute l'année pour toutes les crèches de ce groupe, sauf la crèche I qui possède un fonctionnement particulier : toutes les deux semaines, les professionnelles passent du groupe des bébés aux moyens-grands et inversement. Les professionnelles changent d'unité tous les ans dans C, alors qu'elles suivent les enfants d'une année sur l'autre dans les autres crèches, à l'exception d'une professionnelle dans G et K qui reste en tant que « personne mémoire » de l'unité.

Lorsqu'il y a une continuité des soins, nous remarquons que, dans la pratique, la prise en charge privilégiée d'un groupe d'enfants a lieu essentiellement sur la période du déjeuner (repas, change et accompagnement à la sieste). Dans la crèche K, la répartition des enfants entre les différentes professionnelles paraît aléatoire (la professionnelle disponible lorsque l'enfant a faim) alors qu'elle dépend des horaires des professionnelles dans la crèche C. Dans cette dernière crèche par exemple, le choix a été fait que ce soit systématiquement la professionnelle de fermeture (celle qui termine le plus tard) qui prenne en charge les enfants les plus jeunes afin que les transmissions du soir avec les parents soient effectuées par une personne qui a accompagné l'enfant la plus grande partie de la journée.

Missions et obligations des professionnelles

En l'absence d'un système de référence mis en place, nous avons questionné les directions sur les missions et obligations des professionnelles envers les enfants.

Les missions évoquées sont : prendre soin de l'enfant et répondre à leurs besoins (hygiène, confort, gestes de tendresse, alimentation) (C, J), respecter le développement de l'enfant (C), partager des « moments de vie et d'humour » avec les enfants (J), avoir un langage suffisamment technique auprès des parents pour augmenter la crédibilité du discours professionnel (C).

Dans les crèches C et I, les directrices ont précisé que toutes les professionnelles avaient le même rôle auprès des enfants, c'est-à-dire celui d'auxiliaire de puériculture en crèche. Pour les crèches J et K, les professionnelles sont à égalité sur le « plan éducatif » mais elles ne sont pas toutes habilitées à administrer des médicaments de par le diplôme obtenu. Pour G, les professionnelles peuvent avoir des délégations de tâches spécifiques : gestion de la pharmacie, encadrement des stagiaires, encadrement des agents d'entretien, gestion des plannings, par exemple.

Les obligations des professionnelles sont : garder une certaine distance professionnelle dans le lien avec l'enfant (C, J, K), remplir le cahier de transmission entre professionnelles (C, G, I) et celui pour les parents (J), réaliser des observations des enfants en difficulté au sein de la crèche ou ayant une situation sociale ou médicale particulière (C, K), compléter une fiche d'observation et de suivi de tous les enfants communs à l'ensemble des professionnelles (G). Dans la crèche K, le remplissage des fiches d'observation et des différents cahiers de transmission est demandé mais les professionnelles y parviennent difficilement faute de temps.

Evolution de la référence

Pour les établissements C, G, J et K, une réflexion est engagée depuis quelques années sur le positionnement professionnel et maternel ainsi que sur la juste distance professionnelle-enfant-parents. Dans la crèche G, une forme de référence informelle, instituée il y a quelques années dans la section des bébés, aurait généré des phénomènes d'appropriation des enfants par les professionnelles. Enfin, pour K, un changement de locaux opéré trois ans auparavant a contribué à la mise en place de la continuité de soins et du binôme de référentes lors de l'adaptation (auparavant l'équipe fonctionnait avec une organisation à la demande).

Les directions n'ont pas émis l'idée de changer de fonctionnement prochainement, excepté dans l'établissement I où la direction aspirerait à davantage de souplesse dans la continuité de soins à la semaine chez les bébés, afin que n'importe quelle professionnelle puisse prendre le relais sur le groupe lorsqu'un déséquilibre existe dans la charge de travail. Dans cette même crèche, la directrice nous a déclaré que la crèche ne s'est jamais intéressée à la référence et que les professionnelles n'ont jamais formulé de demande pour travailler dans ce sens. Elles y seraient plutôt réticentes, comme dans la majorité des crèches de ce groupe, car elles tiennent à s'occuper de chaque tranche d'âge (I) et essentiellement pour des raisons d'organisation de planning (C, J, K, L2).

3.3.1.2.3. La taille de la crèche comme facteur influençant le choix de l'organisation des soins

Lorsque l'on compare les caractéristiques des crèches en fonction de leur pratique de la référence, nous remarquons que les organisations en référence (classique et souple) sont davantage mises en application dans les crèches les plus importantes au niveau de la capacité d'accueil comme le souligne le tableau 23 ci-dessous.

Tableau 23 : Caractéristiques du nombre de places d'accueil des crèches selon leur organisation des soins

Type d'organisation des soins	Nombre de crèches	Nombre de places d'accueil par crèche			
		Moyenne	Ecart-type	Minimum	Maximum
Référence classique	4	53	22,35	22	75
Référence souple	4	47,5	15	30	60
(Co)-référence à l'année	4	33,25	25,84	20	72
Sans référence	5	35	17,32	20	60

Toutes les organisations de soins se retrouvent dans les petites et dans les grandes crèches. Cependant, le nombre moyen de places d'accueil dans les crèches fonctionnant en référence classique (M=53) ou en référence souple (M=47.5) est bien supérieur aux deux autres organisations de soins (M=33.25 pour la (co)-référence à l'année et M=35 pour l'absence de référence).

3.3.1.2.4. Les limites de cette typologie des organisations de soins

Décrire la variété des organisations de soins observées sur le terrain en quatre types principaux nous a permis de réduire l'hétérogénéité de l'échantillon. Cependant, cette

catégorisation ne peut pas à elle seule synthétiser la pluralité des fonctionnements rencontrés. Plusieurs éléments liés à nos observations nous paraissent intéressants à préciser afin de nous situer au plus proche de la réalité du terrain.

3.3.1.2.4.1. Persistance d'une certaine hétérogénéité entre les crèches

La description de ces principaux types d'organisation des soins montre une certaine hétérogénéité entre le fonctionnement des crèches d'un même groupe. Nous choisissons ici de présenter trois exemples pour éclairer notre propos.

Premièrement, le fait que les référentes des crèches D et E prennent aussi en charge les temps d'activités des enfants, contrairement aux autres crèches fonctionnant en référence classique ou souple, est une différence non négligeable. Les enfants de ces deux crèches passent donc tout leur temps aux côtés de leur référente dans la limite de leurs heures de présence. Dans les autres crèches, ce temps est limité aux soins, les moments de jeux étant alors une occasion d'ouvrir l'enfant au reste du groupe.

En deuxième lieu, nous remarquons une différence dans les établissements pratiquant la référence sur une, deux ou trois années (références « classique », « souple » et « à l'année ») à propos de l'organisation des soins en l'absence de la référente (en dehors de ses horaires de travail ou lors de ses vacances). Parfois une seconde référente est proposée pour assurer le relais dans les soins (système de référence relais). D'autres fois, il semblerait que ce soit le reste des professionnelles qui prennent en charge le groupe de façon indifférenciée. Il est souvent impossible de savoir réellement combien de professionnelles sont intervenues dans les soins de l'enfant dans une journée, une année, voire sur trois ans.

Enfin, notre dernier exemple est celui du groupe de crèches « sans référence » au sein duquel cohabitent des crèches proposant une référence lors de la période d'adaptation, voire les premiers mois, avec d'autres qui n'en proposent pas du tout.

3.3.1.2.4.2. Existence d'une certaine hétérogénéité à l'intérieur même des crèches

Au fil de notre réflexion, il nous est apparu moins réducteur d'examiner l'organisation des soins à l'échelle de l'unité de vie, plutôt qu'à l'échelle de la crèche qui ne permet pas de saisir la pluralité des fonctionnements rencontrés en interne. En effet, comme nous l'avons déjà spécifié, certaines crèches proposent une organisation des soins évolutive selon l'âge de l'enfant et donc en fonction de l'unité de vie dans laquelle il est accueilli (schématiquement dénommée « bébés », « moyens », « grands »). Par exemple, les crèches en « référence

souple » (D, E, F et P) proposent à l'enfant une référente stable et identifiée chez les bébés et les moyens, mais celle-ci s'efface ensuite chez les grands. Une organisation à la demande, mise en œuvre par l'ensemble des professionnelles de l'unité, prend alors le relais.

Prendre en considération l'unité de vie semble d'autant plus pertinent que la configuration de la crèche, en ce qui concerne le nombre d'unités de vie et la répartition des enfants au sein de celle-ci, peut induire des difficultés dans le suivi des enfants par les professionnelles d'une année sur l'autre et donc sur l'organisation des soins adoptée. Ainsi, 65% de notre échantillon (N= 10 crèches et 1 unité de halte-garderie) ne correspond pas au type de crèche fréquemment dépeint dans la littérature avec trois unités (bébés, moyens, grands). Quatre crèches possèdent une seule unité de vie dans laquelle tous les enfants sont accueillis quel que soit leur âge. Ce type de fonctionnement ne semble toutefois pas poser de problèmes particuliers dans la mise en place d'un système de référence sur trois ans, puisque les professionnelles et les enfants restent d'une année sur l'autre dans cette même unité ; la référente peut donc aisément suivre l'enfant. Sept crèches proposent deux unités de vie avec deux tranches d'âge différentes (souvent bébés et moyens-grands). Ce type d'organisation rend difficile le suivi de l'enfant sur trois ans puisque ce dernier reste un an dans l'une des sections et deux ans dans l'autre, alors que les professionnelles changent d'unité tous les ans dans la grande majorité des cas.

A travers les différents entretiens, nous avons pu constater que même au sein d'une unité de vie, le type d'organisation des soins peut varier d'une année sur l'autre, voire d'une professionnelle à l'autre et dépend en partie de l'orientation donnée par le groupe et par chaque professionnelle: sont-elles à l'aise avec cette pratique ? Y trouvent-elles du sens ? Ainsi, dans une même crèche, affichant le même type de référence, il est possible d'observer un degré d'intensité de la référence différent selon l'unité de vie, la professionnelle ou l'année.

3.3.1.2.5. Synthèse sur la classification des organisations de soins

Pour résumer, nous avons repéré une grande variété dans l'aménagement des soins prodigués aux enfants dans les crèches participantes. Pour faciliter la présentation, nous avons suggéré un regroupement des différentes organisations de soins repérées en quatre catégories : référence classique, référence souple, (co)référence à l'année et organisation sans référence. Bien qu'elle permette de synthétiser une grande part de l'information recueillie, cette catégorisation ne permet pas à elle seule de prendre en compte l'ensemble de la variabilité présente entre les crèches et en leur sein puisque :

- une grande variété de modes de fonctionnement est observée entre les crèches participantes, ce qui a rendu difficile le regroupement de quelques crèches sous un même type d'organisation des soins.

- le type d'organisation des soins affiché par l'équipe de direction n'est pas toujours en adéquation avec ce qui est rapporté par les professionnelles et mis en pratique sur le terrain. Ceci rend aussi difficile l'attribution d'une organisation de soins précise pour chaque crèche ;

- de plus, au sein même d'une crèche, des variations dans l'agencement des soins ressortent d'une unité de vie à l'autre et d'une année à l'autre, ce qui nécessite aussi un focus attentionnel à un niveau inférieur à celui de la crèche globale ;

- enfin, la mise en œuvre de l'organisation des soins semble varier selon les professionnelles.

Nous souhaiterions à présent ajouter un nouveau degré de complexité en descendant encore dans le niveau d'analyse pour nous positionner du côté de l'enfant.

3.3.1.3. L'organisation des soins à l'échelle de l'enfant

Cette deuxième partie est située à un niveau plus individuel, celui de l'enfant. Elle a été motivée par le fait que certains enfants ne connaissent pas un mais plusieurs types d'organisations des soins durant leur parcours d'accueil. Il est donc nécessaire de préciser quelle organisation de soins est offerte à quel enfant, à quel âge et sur combien de temps. En d'autres termes, la première partie tentait de décrire ce qui est proposé à l'enfant à un instant T ; cette deuxième partie se positionne dans une perspective temporelle dynamique et plus large, celle du parcours propre de chaque enfant au sein du mode d'accueil.

3.3.1.3.1. <u>Le parcours d'accueil de l'enfant</u>

Dans notre échantillon, à l'image de la diversité des modes de fonctionnement des crèches, une hétérogénéité importante a été relevée concernant les parcours individuels d'accueil au sein des établissements. Nous proposons de présenter quelques-uns des éléments explicatifs et de les décrire succinctement.

3.3.1.3.1.1. Le parcours de l'enfant avant l'arrivée à la crèche

Tout d'abord, notre échantillon se compose à la fois d'enfants confiés aux crèches après la fin du congé maternité ou parental, et d'enfants accueillis après un premier accueil dans un autre mode de garde (assistante maternelle, garde par un membre de la famille, autre lieu d'accueil collectif). Ceci explique l'étendue de l'âge d'arrivée des enfants dans notre

échantillon (entre 1 et 31 mois). Malheureusement, nous n'avons pas pu recueillir le détail de leur type d'accueil connu avant leur entrée en crèche, ce qui aurait pu être judicieux afin d'avoir une idée du nombre d'adultes intervenus dans la prise en charge des soins depuis leur naissance. Ce point sera l'objet d'une discussion dans la dernière partie de notre travail (Discussion).

3.3.1.3.1.2. Le parcours d'accueil de l'enfant au sein de la crèche

D'autre part, nous remarquons différentes trajectoires des enfants dans les crèches. Pour des raisons d'organisation générale, certains enfants sont changés d'unité de vie en cours d'année et peuvent donc perdre leur référente le cas échéant. En effet, parfois l'âge ou le développement de certains enfants rend difficile/moins pertinent le maintien dans leur section pour le reste de l'année en cours. En fonction de leur nombre, leur référente peut ou non les suivre. Par ailleurs, des évènements spontanés, comme le départ de la référente pour différents motifs (congés maternité, arrêt de travail, départ à la retraite, etc.) ou un changement de crèche pour l'enfant lié à un déménagement, provoquent de fait une modification dans la prise en charge des soins de l'enfant.

3.3.1.3.1.3. L'accueil de l'enfant dans plusieurs crèches simultanées

Enfin, nous avons constaté lors de notre recueil de données que certains enfants cumulaient plusieurs modes de garde. Cette donnée, que nous n'avions pas prévue initialement, nous paraît également importante pour saisir le nombre d'adultes intervenant dans les soins quotidiens de l'enfant dans l'ensemble de ses environnements de vie.

Considérer le parcours individuel de l'enfant semble alors indispensable pour comprendre le type et la durée d'organisation des soins à laquelle les enfants de notre échantillon sont soumis depuis leur accueil dans la crèche. Cette réflexion nous a conduites à imaginer la création d'un indice mesurant quantitativement ce taux d'exposition pour chaque enfant.

3.3.1.3.2. Le score de référence

Afin de poursuivre la description de l'organisation des soins, nous avons eu l'idée, dans cette deuxième partie, de déterminer pour chaque enfant un « score de référence ». Il permet de s'attarder sur le(s) type(s) d'organisation des soins connu(s) et la durée d'exposition de l'enfant à celui/ceux-ci. Nous rappelons ici que nous avons fait le choix d'étudier la référence sous l'angle de l'organisation des soins ; l'appellation « score de

référence » vient alors mesurer le degré de référence dans l'organisation des soins mais ne prétend pas résumer la référence à lui seul.

3.3.1.3.2.1. La création du score de référence

Lors de la création du score, une certaine complexité est apparue face au nombre important de variables induisant une diversité dans le parcours des enfants. Une réflexion a donc été menée ainsi qu'un processus de tri pour isoler les informations pertinentes à retenir:

- le type d'organisation des soins auquel l'enfant est confronté à l'heure actuelle ;
- l'éventuelle organisation des soins à laquelle l'enfant a été confronté dans le passé depuis son arrivée dans la crèche, si elle est différente de l'organisation actuelle ;
- la durée d'exposition au(x) type(s) d'organisation des soins ;
- les changements de référentes le cas échéant.

Par ailleurs, nous avons décidé de ne pas prendre en compte certaines variables dans la création du score, comme le moment précis où les changements de référentes ont eu lieu, ces éléments induisant une trop grande complexité et n'étant par ailleurs pas spécifiés pour tous les enfants.

Un travail de reformulation a ensuite permis de dégager 8 variables :

- V1 : le type d'organisation des soins en place ;
- V2 : la période d'affectation de ce type d'organisation des soins ;
- V3 : les changements de référentes connus dans ce type d'organisation des soins ;
- V4 : le nombre de personnes investies dans les soins ;
- V5 : le type d'organisation des soins précédente ;
- V6 : la période d'affectation du type d'organisation des soins précédente ;
- V7 : les changements de référentes connus dans ce type d'organisation précédente ;
- V8 : l'organisation des soins lors de la période d'adaptation ;

Puis, nous avons précisé entre 1 et 4 modalités par variable et leur avons attribué un certain nombre de points, comme cela est décrit dans le tableau 24 ci-dessous.

Tableau 24 : Description du score de référence (variables et modalités)

Variables		Modalité 1		Modalité 2		Modalité 3		Modalité 4	
		Description	***Score***	***Description***	***Score***	***Description***	***Score***	***Description***	***Score***
V1	Type d'organisation des soins en place	Absence de référence	0	Co-référence	0,5	1 référent	1	1 référent + 1 relais	1,5
V2	Période d'affectation du type d'organisation des soins en place	Moins de 1 an	0	1-2 ans	0,5	2-3 ans	1		
V3	Changements de référentes le cas échéant	Aucun	0	1 chgmt	-0,5	2 chgmts	-1	3 chgmts	-1,5
V4	Nombres de personnes investies dans les soins	1-2 personnes	0	3 et + personnes	0				
V5	Type d'organisation des soins précédente	Absence de référence	0	Co-référence	0,25	1 référent	0,5	1 référent + 1 relais	0,75
V6	Période d'affectation du type d'organisation des soins précédente	1 an	0,5	2 ans	1				
V7	Changements de référentes le cas échéant	Aucun	0	1 chgmt	-0,5	2 chgmts	-1	3 chgmts	-1,5
V8	Type d'organisation des soins semaine d'adaptation	Absence de référence	0	Co-référence	0,25	1 référent	0,5	1 référent 1ers mois	0,75

Un score de référence global est calculé pour chaque enfant et s'échelonne entre 0 et 3. Celui-ci mesure donc le degré de référence dans le(s) type(s) d'organisation des soins qu'a connu l'enfant depuis son arrivée à la crèche et la durée à laquelle il a été exposé à cette/ces organisation(s).

Par ailleurs, des scores peuvent aussi être calculés par variable et s'interpréter individuellement (variables 1 et 8) ou en association entre elles : les variables 1 et 2 permettent de voir la durée d'exposition au type d'organisation des soins dont l'enfant

bénéficie actuellement ; leur association aux variables V5 et V6 aide à prendre aussi en compte l'expérience passée d'un autre type d'organisation des soins et témoignent plus justement de l'ensemble du parcours d'accueil de l'enfant à la crèche. Enfin, l'addition des variables V3 et V7 sert à préciser les changements de référentes que l'enfant a connus dans son parcours d'accueil.

Quant à la variable V4 (nombre de professionnelles intervenant dans les soins), elle possède deux modalités dont chacune engendre 0 point. Lors de la création du score nous avions souhaité ajouter cette variable pour rehausser le score des crèches n'ayant pas de projet de référence « classique » en tant que tel mais pour lesquelles une référence était induite par la présence d'une ou deux professionnelles seulement dans l'unité de vie. Or, dans la suite de notre travail, nous avons remarqué que cela augmentait de façon trop importante le score de certains enfants. Nous avons maintenu la variable en place pour l'utiliser éventuellement dans les analyses statistiques.

3.3.1.3.2.2. Description de l'échantillon à partir du score de référence

Analyse des scores globaux

Un score global et par variable a été attribué à chacun des 237 enfants de notre étude. Le tableau 25 ci-dessous présente les caractéristiques obtenues pour l'échantillon global.

Tableau 25 : Caractéristiques des scores de référence pour l'ensemble des enfants de l'échantillon

Statistiques descriptives											
	N	**M**	**M tronquée (5%)**	**ET**	**Coefficient de variation (en %)[17]**	**Med**	**Mode**	**Min**	**Max**	**Etendue**	**Ecart interquartile**
Score de référence	237	1,63	1,64	0,93	57,06	1,75	2,5	0	3	3	1,75

La moyenne des scores de référence est de 1.63 avec une dispersion de 0.93 point autour de celle-ci. La médiane quant à elle est plus élevée (1.75). L'étendue des scores des enfants ([0-3]) correspond aux valeurs minimales et maximales permises dans le calcul du score. Pour plus de précisions, nous présentons ci-dessous la répartition des enfants en termes de fréquence et pourcentage pour les différents scores.

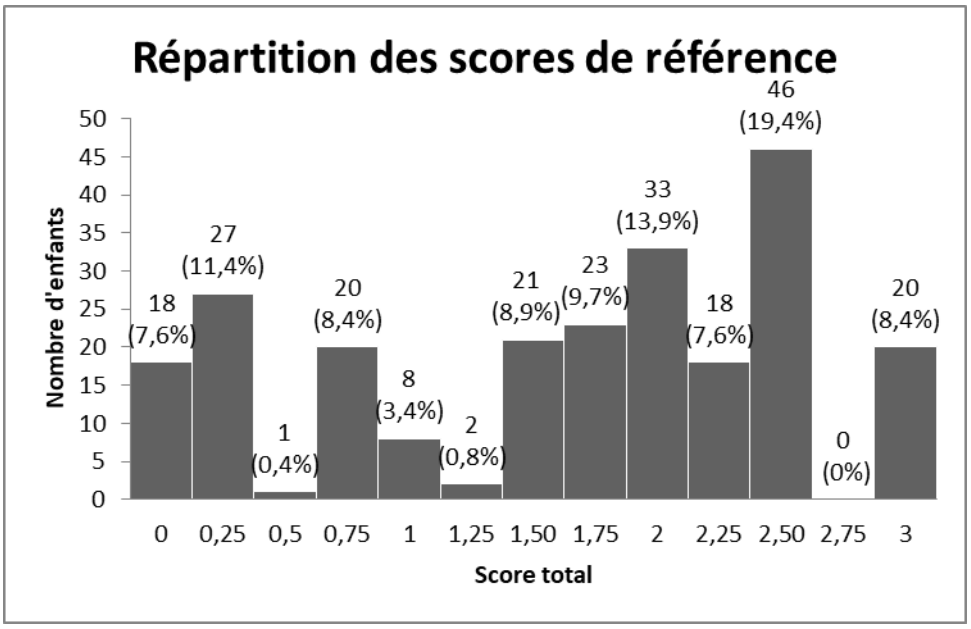
[17] Le coefficient de variation est aussi appelé écart-type relatif. C'est une mesure de dispersion exprimée en pourcentage et calculé en faisant le rapport de l'écart-type et de la moyenne. Il permet de comparer des distributions n'ayant pas la même échelle de mesure.

Tableau 26 : Répartition des scores de référence en fonction des enfants

Score	Fréquence N	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
0	18	7,6	7,6	7,6
0,25	27	11,4	11,4	19
0,5	1	0,4	0,4	19,4
0,75	20	8,4	8,4	27,8
1	8	3,4	3,4	31,2
1,25	2	0,8	0,8	32,1
1,5	21	8,9	8,9	40,9
1,75	23	9,7	9,7	50,6
2	33	13,9	13,9	64,6
2,25	18	7,6	7,6	72,2
2,5	46	19,4	19,4	91,6
3	20	8,4	8,4	100
Total	237	100	100	

Une représentation graphique (n°22) permet ensuite de visualiser plus synthétiquement les informations du tableau 26.

Graphique 22 : Répartition des enfants selon leur score de référence



Afin de décrire avec le plus de précision possible les scores obtenus par les enfants de notre échantillon, nous proposons un tableau (n°27) synthétisant le parcours type des enfants par score.

Tableau 27 : Description du profil du parcours de soins rencontrés par les enfants en fonction de leur score de référence

Score	Description des profils
0	Absence de référence dans l'organisation des soins actuelle, passée et de la période d'adaptation (N=18)
0,25	Absence de référence dans l'organisation des soins actuelle, passée + Présence d'une coréférence pendant la période d'adaptation (N=27)
0,5	Absence de référence dans l'organisation des soins actuelle, passée + Présence d'une référence pendant la période d'adaptation (N=1)
0,75	Absence de référence dans l'organisation des soins actuelle et passée + Présence d'une référence pendant la période d'adaptation et les premiers mois (N=19) Absence de référence dans l'organisation des soins actuelle + Référence passée pendant 2 ans avec 3 changements de référente (N=1)
1	Coréférence actuelle depuis moins d'un an + Présence d'une référence pendant la période d'adaptation (N=8)
1,25	Absence de référence dans l'organisation des soins actuelle + Référence passée pendant un an avec un changement de référente + Présence d'une référence pendant la période d'adaptation (N=2)
1,5	Référence actuelle depuis moins d'un an + Absence de référence passée + Présence d'une référence pendant la période d'adaptation (N=17) Référence depuis moins d'un an avec un changement (N=1) ou Référence depuis 1-2 ans avec deux changements (N=2) ou Référence depuis 2-3 ans avec trois changements (N=1) + Présence d'une référence pendant la période d'adaptation
1,75	Coréférence actuelle depuis moins d'un an + Coréférence passée pendant un an (N=11) Ou Coréférence passée pendant deux ans avec un changement (N=7) + Présence d'une référence pendant la période d'adaptation Absence de référence actuelle + Référence passée pendant un an + Présence d'une référence pendant la période d'adaptation (N=5)
2	Référence actuelle depuis moins d'un an + Présence d'une référence pendant la période d'adaptation (N=27) Référence actuelle depuis 1-2 an(s) avec un changement (N=5) ou Référence actuelle depuis 2-3 ans avec deux changements (N=1) + Présence d'une référence pendant la période
2,25	Absence de référence dans l'organisation des soins actuelle + Référence passée pendant deux ans + Présence d'une référence pendant la période d'adaptation (N=18)

2,5	Référence actuelle depuis 1-2 ans + Présence d'une référence pendant la période d'adaptation (N=42) Référence actuelle depuis 2-3 ans avec un changement + Présence d'une référence pendant la période d'adaptation (N=4)
2,75	*(Score non obtenu)*
3	Référence actuelle depuis 2-3 ans + Présence d'une référence pendant la période d'adaptation (N=20)

Ce dernier tableau fait apparaître des données détaillées concernant chaque score obtenu et nous permet de décrire les différents parcours des enfants de notre échantillon ci-dessous.

Les scores extrêmes : score maximal et minimal de référence

Si l'on s'intéresse au deux extrêmes (0 et 3), la distribution nous montre que 7.6% de notre échantillon évolue dans un établissement ne proposant pas de référentes et ce depuis leur arrivée, alors qu'à l'opposé, 8.4% des enfants ont le score de référence le plus élevé car ils ont connu trois ans d'accueil auprès d'une même référente.

Les profils types

Puis, nous souhaitons décrire, par ordre de fréquence décroissante, les profils types des enfants de notre échantillon.

Les parcours d'enfants les plus fréquents

Dans notre échantillon, nous relevons trois parcours individuels fréquents (plus de 10% de notre échantillon) :

- 17.7% des enfants (N=42) ont profité d'une référente pendant la période d'adaptation et l'ont conservée depuis 1 à 2 ans (score de 2.5) ;
- 11.4% de l'échantillon (N=27 enfants) ont connu une référente pendant la période d'adaptation et l'ont gardée depuis moins d'un an (score de 2) ;
- 27 autres enfants (11.4%) ont seulement bénéficié d'une coréférence pendant la période d'adaptation et n'ont plus de référente actuellement (score de 0.25).

Les parcours moyennement représentés (de 5 à 10% de l'échantillon)

Ensuite, 5 profils se sont détachés chez un nombre quasi similaire d'enfants (entre 15 et 20) :

- 8.4% (N= 20 enfants) ont obtenu le score maximum de référence, en ayant passé trois ans auprès de la même référente (score de 3) ;
- 8% des enfants (N=19) ont fait l'expérience de la référence seulement pendant la période d'adaptation et les premiers mois d'accueil, mais n'en n'ont plus actuellement (score de 0.75) ;
- 7.6% des enfants (N=18) ont connu une référence pendant la période d'adaptation et les deux années suivantes, mais n'en n'ont plus actuellement (score de 2.25) ;
- de façon équivalente, 18 enfants (7.6%) n'ont jamais vécu une organisation des soins en référence (score de 0) ;
- enfin, 7.2% des enfants (N=17) ont eu une référente pendant la période d'adaptation puis n'en n'ont plus profité; ils bénéficient à nouveau d'une organisation des soins en référence depuis quelques mois (score de 1.5).

Les parcours les moins représentés (moins de 5% de l'échantillon)

Dans cette dernière partie, nous énumérons rapidement les 13 profils d'enfants les plus rares (moins de 5% de l'échantillon).

- 3.4% des enfants (N=8) connaissent une coréférence (à l'année) depuis quelques mois (score de 1), 4.6% (N=11) depuis 2 ans (score de 1.75) et 3% (N=7) depuis 3 ans (score de 1.75).
- certains enfants bénéficient d'une organisation des soins en référence depuis quelques mois avec 1 changement (N=1, score de 1.5), depuis 1 à 2 ans avec 1 changement (N=5, score de 2) ou 2 changements (N=2, score de 1.5), depuis 2 à 3 ans avec 1 changement (N=4, score de 2.5), 2 changements (N=1, score de 2) ou 3 changements (N=1, score de 1.5).
- pour finir, quelques enfants n'ont pas d'organisation des soins en référence actuellement mais en ont connu une lors de la période d'adaptation uniquement (N=1, score de 0.5), pendant un an de façon continue (N=5, score de 1.75) ou avec 1 changement (N=2, score de 1.25), pendant 2 ans avec 3 changements (N=1, score de 0.75).

Analyse des scores par variable

Après cette présentation sous l'angle de scores globaux, nous détaillons ci-dessous les scores obtenus aux différentes variables.

Tableau 28 : Répartition des enfants en termes de fréquence et de pourcentage aux différentes modalités de la variable 1 « Type d'organisation des soins en place »

Type d'organisation en place (V1)				
Score	**Fréquence N**	**Pourcentage**	**Pourcentage valide**	**Pourcentage cumulé**
0	91	38,4	38,4	38,4
0,5	26	11	11	49,4
1	17	7,2	7,2	56,5
1,5	103	43,5	43,5	100
Total	237	100	100	

Au moment de notre étude, 38,4% des enfants de l'échantillon n'ont pas de référence (N=91), 11% sont accueillis par deux référentes (coréférence ; N=26), 7.2% par une seule référente et (N=17) et 43.5% par un référente principale et une référente relais assurant les soins de l'enfant en l'absence de la référente principale (N=103).

Tableau 29 : Répartition des enfants en termes de fréquence et de pourcentage aux différentes modalités de la variable 2 « Période d'affectation du type d'organisation des soins en place »

Période d'affectation du type d'organisation des soins en place (V2)				
Score	**Fréquence N**	**Pourcentage**	**Pourcentage valide**	**Pourcentage cumulé**
0	162	68,4	68,4	68,4
0,5	49	20,7	20,7	89
1	26	11	11	100
Total	237	100	100	

Parmi les 146 enfants qui ont actuellement une référente (avec ou sans système de référence relais) ou une coréférente, celle-ci leur est affectée depuis moins de un an pour 71 enfants (49% d'entre eux), depuis 1 à 2 ans pour 49 enfants (34%) ou depuis 2 à 3 ans pour 26 enfants (18%).

Tableau 30 : Répartition des enfants en termes de fréquence et de pourcentage aux différentes modalités de la variable 5 « Type d'organisation des soins précédente»

Type d'organisation des soins précédente (V5)				
Score	**Fréquence N**	**Pourcentage**	**Pourcentage valide**	**Pourcentage cumulé**
0	193	81,4	81,4	81,4
0,25	18	7,6	7,6	89
0,75	26	11	11	100
Total	237	100	100	

La variable 5 présentée dans le tableau 30 ci-dessus est décrite ci-après, aux côtés de la variable 6.

Tableau 31 : Répartition des enfants en termes de fréquence et de pourcentage aux différentes modalités de la variable 6 « Période d'affectation du type d'organisation des soins précédent »

Période d'affectation du type d'organisation des soins précédente (V6)				
Score	**Fréquence N**	**Pourcentage**	**Pourcentage valide**	**Pourcentage cumulé**
0	193	81,4	81,4	81,4
0,5	18	7,6	7,6	89
1	26	11	11	100
Total	237	100	100	

Au sein de l'échantillon total, 18.6% des enfants (N=44) ont connu par le passé (hors période d'adaptation et tous premiers mois) une organisation des soins différente de celle à laquelle ils sont confrontés actuellement. Plus précisément, 7.6% des enfants (N=18) ont expérimenté une coréférence pendant un an et 11% (N=26) une référence classique pendant deux ans.

Tableau 32 : Répartition des enfants en termes de fréquence et de pourcentage aux différentes modalités des variables 3 « changements de référente dans le type d'organisation des soins en place dans le type d'organisation des soins en place »

Changements de référente dans le type d'organisation des soins en place (V3)				
Score	**Fréquence N**	**Pourcentage**	**Pourcentage valide**	**Pourcentage cumulé**
-1,5	1	0,4	0,4	0,4
-1	3	1,3	1,3	1,7
-0,5	10	4,2	4,2	5,9
0	223	94,1	94,1	100

La variable 3 présentée dans le tableau 32 ci-dessus est décrite avec la variable 7, ci-après.

Tableau 33 : Répartition des enfants en termes de fréquence et de pourcentage aux différentes modalités des variables 7 « changements de référente dans le type d'organisation des soins en place dans le type d'organisation des soins passé »

Changements de référente dans le type d'organisation des soins passé (V7)				
Score	**Fréquence N**	**Pourcentage**	**Pourcentage valide**	**Pourcentage cumulé**
-1,5	1	0,4	0,4	0,4
-0,5	9	3,8	3,8	4,2
0	227	95,8	95,8	100

Parmi les 172 enfants qui ont actuellement ou ont eu par le passé une référente ou un binôme de référentes (excepté lors de la période d'adaptation ou des tous premiers mois), 19 ont connu un changement (11% d'entre eux), 3 enfants, deux changements (1.7%) et 2 autres, trois changements de référentes (1.2%). Les résultats de cette question doivent cependant être relativisés car il nous semble que ces informations n'ont peut-être pas été correctement renseignées dans les questionnaires par les participants (parents et professionnelles). Nous ne sommes pas certaines que tous les changements aient été mentionnés ou que leur nombre et le moment où ils ont eu lieu aient été précisés. Or, nous estimons qu'avoir eu un ou plusieurs changements de référente n'a pas le même impact sur l'enfant.

Tableau 34 : Répartition des enfants en termes de fréquence et de pourcentage aux différentes modalités de la variable 8 « type d'organisation des soins pendant la période d'adaptation »

Type d'organisation des soins semaine d'adaptation (V8)				
Score	**Fréquence**	**Pourcentage**	**Pourcentage valide**	**Pourcentage cumulé**
0	18	7,6	7,6	7,6
0,25	27	11,4	11,4	19
0,5	173	73	73	92
0,75	19	8	8	100

Enfin, lors de la période d'adaptation (variable V8), 81% des enfants de l'échantillon ont profité d'une seule référente (N=192) et 11.4% ont été accompagnés pendant cette période par deux référentes (N=27) ; 7.6% n'ont pas eu de référente du tout (N=18).

3.3.1.3.2.3. Synthèse sur le score de référence

Pour résumer l'ensemble des données issues de l'analyse par variable, nous pouvons dire que 58.6% des enfants de notre échantillon (N=139) ont connu un seul type d'organisation des soins :

- une référence continue pour 43.5% des enfants (N=103) ;

- une coréférence mais dont la composition a changé chaque année pour 7.6% (N=18) ;

- aucune référence pour 7.6% (N=18) ;

A cela s'ajoute 34.2% d'enfant (N=81) qui ont vécu deux types d'organisation des soins depuis leur arrivée :

- une (co)référence seulement lors de la période d'adaptation pour 11.8% des enfants de l'échantillon (N=28) ;

- une référence uniquement lors des deux-trois premiers mois de leur accueil pour 8% (N=19) ;

- une référence dans le passé pendant plusieurs mois mais qui a disparu à l'heure actuelle pour 11% (N=26) ;

- une référence dans le passé pendant plusieurs mois et une coréférence actuellement pour 3.4% (N=8) ;

Enfin, 7.2% des enfants (N=17) ont fait l'expérience de trois organisations des soins différentes depuis leur arrivée : une référence lors de la période d'adaptation puis une organisation de soins sans référence et à nouveau une référence aujourd'hui.

En d'autres termes, 92.4% de notre échantillon (N=219) ont ou ont eu une référente à un moment de leur parcours alors que 7.6% des enfants (N=18) n'ont jamais bénéficié de professionnelle référente désignée.

3.3.1.4. L'analyse conjointe des données à travers les catégories et le score de référence

L'utilisation du score de référence nous a permis de décrire plus en profondeur le degré de référence dans les organisations de soins proposées aux enfants de notre échantillon, à partir de la description initiale des 4 types d'organisation des soins mis en œuvre dans les crèches participantes.

Il nous est alors apparu nécessaire de tester la cohérence entre le score de référence et les 4 types d'organisation des soins. Pour ce faire, le score de référence moyen et l'écart-type ont été calculés pour chaque groupe.

Tableau 35 : Caractéristiques (effectif, moyenne et écart-type) du score de référence pour chaque type d'organisation des soins

Type d'organisation des soins	N	Moyenne	Ecart type
Référence classique	90	2,46	0,36
Référence souple	21	2,13	0,22
Coréférence à l'année	51	1,54	0,33
Absence de référence	65	0,33	0,29
Total	*227*	*1,61*	*0,94*

Les résultats montrent que les scores moyens de référence sont différents entre les 4 catégories et augmentent à mesure que l'on se situe dans une référence plus marquée (sans référence < (co)référence à l'année < référence souple < référence classique).

Tableau 36 : Analyse de la variance entre les scores moyens de référence des différents types d'organisation des soins

Tableau ANOVA							
			Somme des carrés	ddl	Carré moyen	F	Sig.
Score * Catégories	Inter-groupes	(Combinée)	176,669	3	58,89	556,821	0
	Intra-groupes		23,585	223	0,106		
	Total		200,254	226			

Mesures d'association		
	Eta	Eta carré
Score * Catégories	0,939	0,882

L'analyse de variance réalisée ci-dessus révèle que les différences entre les scores moyens de référence des 4 catégories sont très significatives ($F=556.821$, $p<.001$).

Nous avons alors eu recours à un test post-hoc de Bonferroni pour savoir où se situaient ces différences.

Tableau 37 : Test post-hic de Bonferroni entre les scores moyens de référence des différents types d'organisation des soins

Test de Bonferroni						
Types d'organisation des soins		**Différence moyenne (I-J)**	**Erreur standard**	**Sig.**	**Intervalle de confiance à 95 %**	
					Borne inférieure	**Borne supérieure**
Référence classique	Référence souple	,32*	0,08	0	0,11	0,53
	(Co)référence à l'année	,92*	0,06	0	0,76	1,07
	Sans référence	2,12*	0,05	0	1,98	2,27
Référence souple	Référence classique	-0,32*	0,08	0	-0,53	-0,11
	(Co)référence à l'année	,59*	0,08	0	0,37	0,82
	Sans référence	1,80*	0,08	0	1,58	2,02
(Co)référence à l'année	Référence classique	-0,92*	0,06	0	-1,07	-0,76
	Référence souple	-0,59*	0,08	0	-0,82	-0,37
	Sans référence	1,21*	0,06	0	1,05	1,37
Sans référence	Référence classique	-2,12*	0,05	0	-2,27	-1,98
	Référence souple	-1,8*	0,08	0	-2,02	-1,58
	(Co)référence à l'année	-1,21*	0,06	0	-1,37	-1,05

** La différence moyenne est significative au niveau 0.05.*

Ce test nous permet de repérer des différences significatives à p.001 entre le score moyen de référence de toutes les catégories de référence entre elles.

Ces résultats montrent que les informations recueillies grâce à l'utilisation du score de référence viennent compléter de façon cohérente celles obtenues par la description des 4 types d'organisation des soins.

3.3.1.5. Synthèse générale de l'objectif 1 : description de la pratique actuelle de la référence

Cette première partie du volet exploratoire cherchait à décrire la pratique actuelle de la référence dans les crèches françaises. Comme nous l'attendions, une importante hétérogénéité est retrouvée dans les pratiques des différentes crèches. Nous avons tenté d'en proposer une description à partir de 4 degrés de référence (« classique » (sur 2 ans), « souple » (sur 2 ans), « à l'année » et « sans référence ») puis d'un score de référence attribué à chaque enfant afin

d'affiner davantage la description. Le système de référence classique sur trois ans est relativement peu présent dans les crèches tout comme son opposé, l'absence totale de référence. Entre ces deux pôles se dessinent plusieurs organisations proposant à l'enfant un référent pour une durée variant entre 1 jour et deux années.

3.3.2. Objectif 2 : Quelles sont les représentations des parents et des professionnelles concernant les différents systèmes de référence ?

La seconde partie du volet exploratoire présente les représentations des parents et professionnelles autour des différents degrés de référence décrits ci-avant. Selon notre hypothèse, nous nous attendons à ce que :

- des avantages de la référence en termes de sécurité pour l'enfant soient avancés d'une part, mais que des inconvénients marqués soient aussi exprimés d'autre part autour du lien affectif engendré entre enfant et référente. Nous imaginons aussi que la référence soit accusée de ne pas être nécessaire en crèche, où les enfants retrouvent leurs parents le soir (contrairement aux pouponnières) ;
- la référence possède des avantages certains pour les parents ;
- les professionnelles soient confrontées à des difficultés d'organisation pour mettre en œuvre cette pratique.
- enfin, nous imaginons que les professionnelles ont peu de supports et d'espaces de formation et de réflexion sous-tendant sa mise en œuvre quotidienne.

Les données analysées dans cette partie sont issues des entretiens sélectionnés parmi l'échantillon total, effectués avec 20 professionnelles et 20 parents. La moitié de ces participants sont issus de crèches fonctionnant avec une référence plutôt marquée (référence « classique » ou « souple ») et l'autre moitié avec une référence beaucoup plus modulée (référence « à l'année », « à la semaine » ou « à la journée »), voire une absence de référence (« organisation des soins à la demande »). Nous avons qualifié ce groupe « sans référence ».

3.3.2.1. Description générale des entretiens analysés

3.3.2.1.1. Durée des entretiens

Nous proposons de préciser la durée des entretiens ci-dessous.

Tableau 38 : Caractéristiques (moyenne, écart-type, étendue) de la durée des entretiens en fonction des participants

	Professionnelles			Parents		
	Référence marquée	**Sans référence**	**Total**	**Référence marquée**	**Sans référence**	**Total**
Moyenne	33.2	34.9	34.05	27.2	25.2	26.2
Ecart-type	11.72	6.57	9.29	5.07	5.83	5.42
Minimum	21	24	21	18	15	15
Maximum	57	45	57	37	35	37

En premier lieu, il est à noter que la durée moyenne de l'ensemble des entretiens avec les familles est plus courte de plus de 8 minutes qu'avec les professionnelles. L'entretien le plus court et le plus long sont respectivement de 15 et 37 minutes pour les parents et de 21 et 57 minutes pour les professionnelles. De plus, une plus grande hétérogénéité est perçue dans la durée des entretiens au sein des professionnelles (ET = 9.29) comparativement aux parents (ET = 5.42).

Ensuite, en ce qui concerne les entretiens issus des crèches avec une référence marquée et sans référence, il existe peu de différences dans la durée moyenne des entretiens que ce soient pour les parents (2 minutes de différence) ou pour les professionnelles (1.7 minute de différence). Il faut cependant relever la différence de dispersion dans la durée des entretiens professionnelles : les entretiens réalisés auprès des référentes varient de 11 .72 minutes autour de la moyenne contre 6.57 minutes pour les entretiens sans référence.

3.3.2.1.2. Dynamique générale des entretiens

La première lecture des entretiens a fait apparaître une dynamique particulière dans 23 des 40 entretiens réalisés. Dans 12 entretiens, nous avons eu des difficultés à faire émerger un discours authentique, incarné et singulier (8 entretiens professionnelles ; 4 entretiens parents). De plus, le contenu de 5 entretiens (5 entretiens parents) est apparu peu riche avec des réponses lacunaires. Quatre entretiens se sont révélés confus, avec un raisonnement du participant délicat à suivre (2 entretiens professionnelles ; 1 entretien parents). Enfin, dans 11 entretiens, les représentations des participants n'ont pas été simples à saisir à cause d'un nombre important de phrases non terminées, d'hésitations (6 entretiens professionnelles ; 1 entretien parents) ou d'une absence de formulation de certains contenus (4 entretiens professionnelles ; 3 entretiens parents).

A l'inverse, 17 participants (10 parents, 7 professionnelles) ont eu une discours plus explicite avec un avis clairement identifiable à propos de la référence.

Enfin, une certaine aisance a été prise au fur et à mesure de l'entretien pour 5 participants (2 professionnelles ; 3 parents).

Nous allons maintenant développer les représentations des participants concernant, d'une part, les enjeux de la référence classique pour les acteurs en présence (enfants, parents et professionnelles) et, d'autre part, l'organisation des soins sans référence (organisation des soins à la demande) et une organisation des soins à mi-chemin entre ces deux pôles (la continuité des soins). Dans un troisième temps, nous verrons ce qui oriente les participants vers le choix d'une organisation spécifique.

3.3.2.2. Les représentations de l'organisation des soins en référence

3.3.2.2.1. Eléments introductifs

Avant de présenter les perceptions des professionnelles au sujet des enjeux de la référence, nous tenons à décrire brièvement le vocabulaire utilisé par les participants pour parler de la référence, le contexte de découverte de cette pratique, la connaissance de son historique par les participants ainsi que sa mise en application concrète afin d'avoir une idée de leur niveau de maîtrise du sujet.

3.3.2.2.1.1. Le vocabulaire employé pour parler de la référence

La référence est décrite comme un « système » par 6 participants (4 professionnelles et 2 parents) ou comme un « principe » (1 parent). L'expression « cette histoire de référence » est émise par 4 participants (2 parents, 2 professionnelles).

Puis, différentes prépositions sont utilisées pour parler du système de référence : fonctionner « par » référence (1 professionnelle) ou « en » système de référence (1 professionnelle), avoir des enfants « en » référence (3 professionnelles) ou « sous » la référence de la professionnelle (1 professionnelle).

Dans deux entretiens de professionnelles, la référence est qualifiée de « truc » : « le truc de la référente » (N°3), « c'est quoi ce truc » ? (N° 3), « ce petit truc de référent » (N°23).

De plus, pour parler des enfants du groupe de référence, les professionnelles emploient des adjectifs possessifs : « nos référents » (N°27), « son enfant » ou « notre enfant », « l'enfant que l'on accueille » (N°3), « notre groupe d'enfants » (N°43), « son groupe » (N°54). Certaines ne parviennent pas à trouver un adjectif satisfaisant: « s'occuper de s....son enfant, de notre enfant, quoi, enfin de l'enfant qu'on accueille » (N°3), « un groupe, enfin son groupe, un groupe d'enfants » (N°54).

Du côté des parents, le mot de « référente » est employé au pluriel, comme synonyme de « professionnelle » par 6 parents (ex : « il y a quand même ces trois référentes-là, présentes tout le temps », N°71). Il permet alors de désigner les professionnelles de l'unité, s'occupant régulièrement de l'enfant. Un parent et une professionnelle abordent la notion de « référence de groupe » (ex : « la personne référente des moyens, la personne référente des grands », N°61).

3.3.2.2.1.2. La découverte de la référence

Les professionnelles ont rencontré la référence à différents endroits (5 données sont manquantes):

- en stage (4 professionnelles) ;
- en formation initiale (3 professionnelles) ;
- dans des échanges avec d'autres collègues ou des émissions de télévision (3 professionnelles) ;
- sur le terrain (2 professionnelles) : « quand je suis arrivée ici, on m'a dit « y a la référence », ça veut dire quoi ce truc? », N°3) ;
- lors d'une expérience professionnelle en centre maternel (1 professionnelle) ;
- lors d'un remplacement (1 professionnelle) ;
- au travers de lectures (1 professionnelle).

Concernant les parents, 11 ont découvert la référence lors de la première visite de la crèche et/ou lors du premier entretien avec la direction permettant d'établir le contrat d'accueil ; 2 parents, lors d'un précédent accueil en crèche pour un aîné ou lorsqu'ils étaient enfants ; 2, à l'occasion de discussions avec des proches ; 1, dans une expérience professionnelle. Un seul parent affirme ne pas connaître la référence et trois n'ont pas répondu à la question.

Les éléments qui ont conduit les parents à faire le choix d'un accueil en crèche pour leur enfant sont détaillés en annexe (Annexe 8).

3.3.2.2.1.3. Connaissance de l'histoire générale de la référence

Seuls 2 parents et 6 professionnelles proposent une origine historique pour la référence :

- l'Institut Pikler-Loczy (4 professionnelles) ;

- les travaux des éthologues au milieu du 20ème siècle (1 professionnelle) ;
- des questionnements de terrain (1 professionnelle) ;
- les écrits de Françoise Dolto (1 parent) ;
- les réflexions en termes d'éducation menées dans les pays scandinaves (1 parent).

3.3.2.2.1.4. Les premières impressions

La découverte de la référence a engendré un mouvement de recul pour 2 parents et 2 professionnelles qui n'ont retenu que les inconvénients, telle que la difficulté ressentie par l'enfant en l'absence de sa référente. Elle est apparue comme une pratique complexe pour 2 autres professionnelles et surprenante pour une autre.

Par ailleurs, elle a suscité un fort et rapide engouement chez 12 parents et 4 professionnelles qui se sont sentis rassurés par la désignation d'un interlocuteur privilégié et la mise en œuvre d'un suivi personnalisé de l'enfant et ont perçu une amélioration rapide de la qualité de l'accompagnement.

3.3.2.2.1.5. L'expérience professionnelle en matière d'organisation des soins

La référence classique

Comme nous l'avons mentionné dans la méthodologie, 10 professionnelles sur les 20 rencontrées pratiquent actuellement une référence classique, sur trois ans. Parmi les 10 professionnelles ayant choisi un autre mode de fonctionnement, 1 seule affirme avoir travaillé en référence dans le passé et 2 l'ont seulement découverte en stage. Ainsi, 9 professionnelles n'ont jamais pratiqué la référence dans leur carrière.

L'absence de référence : l'organisation des soins à la demande

Sur les 10 professionnelles ne fonctionnant pas en référence, 8 pratiquent la continuité des soins à la journée (N=5) ou à la semaine (N=3). De plus, 2 professionnelles travaillent actuellement avec une référence ou coréférence à l'année. Aucune professionnelle actuellement en référence classique ne semble avoir connu un fonctionnement en continuité des soins ou en référence à l'année par le passé.

Actuellement, aucune professionnelle ne fonctionne avec une organisation des soins à la demande mais 8 ont connu ce système auparavant.

Dans trois entretiens, il a été difficile de cerner l'organisation des soins pratiquée actuellement et antérieurement, avec souvent un sens large du terme de référence.

3.3.2.2.2. Définition de la référence selon les participants

La référence a été essentiellement décrite à travers les missions attribuées aux professionnelles.

3.3.2.2.2.1. Les missions perçues de la référente

Au sein des entretiens, 19 participants (7 professionnelles et 12 parents) ont énoncé les différentes missions de la référente :

- l'accompagnement privilégié de l'enfant durant la période d'adaptation (6 parents, 7 professionnelles) ;
- une prise en charge privilégiée des soins (les repas, les changes et les temps d'endormissement) de l'enfant (4 parents et 6 professionnelles) ;
- l'accueil privilégié de l'enfant et de ses parents le matin et la réalisation des transmissions le soir (5 parents, 1 professionnelle) ;
- une attention particulière centrée sur le développement de l'enfant avec des fiches d'observation à remplir et des transmissions spécifiques aux parents sur les évolutions développementales (3 parents, 2 professionnelles) ;
- un regard global concernant l'accueil de l'enfant et la transmission d'informations aux parents en cas de difficultés (3 parents, 1 professionnelle) ;
- le suivi médical de l'enfant et la délivrance de médicaments (3 parents) ;
- une prise en charge privilégiée des temps d'activité (1 parent, 1 professionnelle) ;
- une attention particulière aux besoins des enfants de son groupe en journée (2 parents) ;

Deux parents pensent que la référente n'a pas de mission spécifique par rapport à ses collègues. Chacune intervient alors la même quantité de temps auprès des enfants, avec le même positionnement et la même façon de faire.

Pour 3 professionnelles et 1 parent, la référente assure un « relais » des parents en proposant une « continuité » entre la maison et la crèche : « maman lui passe le relais à elle […] et le soir, elle repasse le relais à maman » (professionnelle N°9). Une professionnelle

imagine que son intervention auprès de l'enfant permet de « remplacer » les parents en leur absence ; cette idée du remplacement n'est pas soutenue par 4 autres.

Qui prend en charge les soins de l'enfant ?

Ce qu'en savent les parents

Nous avons demandé à 13 parents au décours de l'entretien (thème non prévu dans les grilles de questions initiales) s'ils avaient connaissance de la personne prenant en charge les soins de leur enfant :

- 8 parents sont conscients de la façon dont les soins sont pris en charge entre les différentes professionnelles. Plus précisément, 5 parents pensent, à juste titre, que c'est la référente qui prend en charge les soins de l'enfant. De plus, 3 parents savent que c'est l'équipe entière qui intervient mais non comment les professionnelles s'organisent entre elles (continuité des soins).

- 5 parents ne sont pas capables de dire qui prend en charge les soins. Il s'agit pour 3 parents dont l'enfant fait l'objet d'une continuité des soins à la journée, d'une coréférence pour un et d'une référence pour un autre. D'ailleurs, 2 de ces parents ne peuvent pas identifier quelles sont les professionnelles de l'unité.

Par ailleurs, 4 parents affirment que l'enfant a eu une référente au début de son accueil : deux d'entre eux savent qu'elle ne prend plus les soins en charge actuellement et deux ignorent si elle continue cette mission ou non.

Un besoin de savoir ?

Trois parents disent ne pas avoir besoin de savoir qui prend en charge les soins tant que leur enfant va bien. A ce propos, 3 professionnelles disent avoir relevé cette absence de besoin chez certains parents.

A l'inverse, 4 parents regrettent de ne pas être tenus informés des changements de professionnelles et de référentes opérés en cours d'année ou d'une année sur l'autre.

Enfin, selon une professionnelle, la référence serait difficilement compréhensible par les parents.

3.3.2.2.2.2. La mission spécifique de la référente lors de la période d'adaptation

La mission de la référente lors de la période d'adaptation est précisée au vu du nombre important de fois où elle a été citée (13 participants).

La période « d'adaptation » (11 professionnelles, 7 parents) ou encore appelée « d'intégration » (3 parents) ou « d'immersion » (1 parent) est une période définie (entre 3 jours et 3 semaines selon les crèches ; 5 parents, 1 professionnelle) qui permet de proposer à l'enfant un accueil progressif (5 parents, 1 professionnelle). Pour 2 professionnelles, cette période peut se prolonger en fonction des besoins de l'enfant. Elle est proposée à tous les enfants au début de leur accueil (2 professionnelles) ou seulement aux plus petits (1 parent).

Lors de cette période d'adaptation, l'enfant est accompagné par une seule référente (6 professionnelles, 2 parents), un binôme de référente (1 professionnelle, 4 parents) ou toute l'équipe (1 parent). Lorsqu'il y a une (co)référence mise en place, des missions particulières lui sont confiées:

- proposer un accompagnement privilégié du parent et de l'enfant avec une personne « repère », un « interlocuteur privilégié » (5 professionnelles) ;
- présenter l'ensemble de l'équipe (4 professionnelles) ;
- recueillir des informations pour connaître au mieux l'enfant et « avoir la meilleure continuité entre la maison et la crèche, qu'on réponde au mieux à ses besoins et à ses habitudes de vie » (N°38) (3 professionnelles) ;
- expliquer le fonctionnement de la crèche (1 professionnelle).

La notion de « soins privilégiés »

Une professionnelle nous invite à réfléchir à la notion de soins privilégiés : « Quand il y a un enfant à changer ou qui tombe […], c'est vrai que nous, on peut dire par exemple […] 'voilà, c'est un enfant de ton groupe, il est à changer, bon ,comme c'est un soin privilégié, je ne l'ai pas fait en t'attendant parce que je pense qu'il peut attendre cinq minutes' (mais) si je vois qu'il déborde, je ne vais pas non plus dire 'tiens, cadeau (pour) ta référente' ! » (N°20).

3.3.2.2.2.3. La référence : un travail d'équipe ou une pratique individuelle ?

Nous avons demandé aux 10 professionnelles travaillant en référence si elles trouvaient que cette pratique relevait d'un travail d'équipe ou d'une pratique professionnelle individuelle.

La référence est décrite par deux professionnelles comme une pratique individuelle dans laquelle la référente gère son groupe « un peu comme elle l'entend » : elle définit elle-même la façon dont elle veut mener le repas, le change (N°3). Elle acquiert une connaissance de l'enfant et détient ainsi une certaine expertise.

Trois autres professionnelles considèrent la référence avant tout comme un travail d'équipe puisqu'elle doit être pensée en équipe afin de trouver un « commun accord » et une « même façon » de l'appréhender (N°43). Ces professionnelles témoignent de l'importante communication qui existe au quotidien entre elles, notamment pour assurer les relais, ainsi que de l'entraide, la cohésion, la concertation en cas de difficultés.

Enfin, deux autres professionnelles estiment qu'il s'agit à la fois d'une pratique personnelle et d'équipe.

3.3.2.2.3. Avantages et inconvénients de la référence pour l'enfant, les parents et les professionnelles

Les représentations des parents et des professionnelles rencontrées concernant les enjeux de la référence pour l'enfant, les parents et les professionnelles sont présentées ci-après.

3.3.2.2.3.1. Les enjeux de la référence pour l'enfant

La présence d'une référente sécurise en fournissant des repères

L'avantage majeur de la référence mis en avant par les participants est sa fonction rassurante pour l'enfant (15 parents, 12 professionnelles). De façon générale, la référence sécurise l'enfant en lui proposant une personne « repère » vers qui se tourner en cas de besoin (les notions de « pilier », de « phare », de « point d'ancrage » sont aussi utilisées). Au quotidien, la prise en charge privilégiée des soins par la référente permet d'offrir à l'enfant la possibilité de savoir à l'avance qui va s'occuper de lui, d'être toujours confronté à la même façon de faire et d'apprendre à mieux connaître une professionnelle en particulier. Selon les participants, la sécurité apportée par la référence permet à l'enfant d'explorer sereinement

l'environnement physique et social. Une professionnelle imagine qu'à la crèche, « un édifice se construit » à partir d'un « pilier principal », la référente (N°27).

L'accompagnement privilégié proposé par la référente lors l'arrivée de l'enfant dans la crèche (période de familiarisation) est particulièrement mis en avant par 15 participants (5 parents, 10 professionnelles). Lors de ce temps d'accueil, la présence d'une référente rassure l'enfant et les parents et facilite ainsi la séparation et l'adaptation de l'enfant à la crèche.

Pour 1 parent et 7 professionnelles, la référence est donc une pratique adaptée en crèche puisqu'elle répond réellement à un besoin de repères chez le jeune enfant.

L'absence de la référente devient une source de souffrance

Puis, 22 participants (6 parents et 16 professionnelles) perçoivent des difficultés importantes éprouvées par l'enfant en l'absence de sa référente. Voici, pour preuve, quelques termes employés par les participants pour qualifier l'enfant en l'absence de sa référente : « perdu », « paumé », « malheureux » et le temps de séparation : « souffrance », « catastrophe », « panique », « horrible », « déchirement ». Dans le quotidien, cela se manifeste par des pleurs, la recherche constante de la présence de la référente et un refus d'être pris en charge par le reste de l'équipe. Pour ces participants, c'est la force du lien d'attachement mis en place avec la référente qui serait en cause. Trois parents disent cependant que leur enfant ne rencontre pas ce genre de problèmes.

Une pratique qui suscite de la jalousie entre enfants

Deux professionnelles disent devoir faire face à des comportements de jalousie lorsque la référente s'occupe d'un autre enfant, comme en témoigne l'une d'elles : une petite fille « est derrière la porte du change parce que cette personne-là (la référente), elle est en train de changer un autre enfant. Elle est là et elle est à genoux, agglutinée et elle pleure, elle pleure » (N°76). Une professionnelle et deux parents considèrent que ce phénomène peut survenir en cas d'attachement très fort ou si la professionnelle montre des préférences envers un enfant ; elles n'ont pourtant jamais affronté ce phénomène.

Au contraire, 2 parents ne pensent pas que la référence puisse avoir une influence sur les relations entre enfants et 5 n'ont pas d'avis sur ce point.

Une relation non choisie

Pour 3 parents et 8 professionnelles, la référente est « imposée » à l'enfant et à ses parents, ce qui constitue un inconvénient important car des difficultés relationnelles

pourraient apparaître entre ces acteurs ou l'enfant pourrait ne pas accepter d'être pris en charge par cette professionnelle. Une professionnelle se questionne : « Si l'alchimie, elle ne prend pas ? […] Si l'enfant, il n'a pas envie de cette personne et que l'adulte aussi ? » (N°21). Les participants imaginent que la référence « oblige à maintenir le lien » malgré ces obstacles et « empêche » l'enfant et ses parents de développer une relation plus adaptée avec le professionnel de leur choix. Trois parents supposent que des changements de référente sont possibles si la relation devient trop conflictuelle.

Cinq participants (2 parents et 3 professionnelles) évoquent la possibilité de laisser l'enfant choisir sa référente, « la personne avec qui ils se sentent le mieux » (professionnelle N°78). Cependant, 4 d'entre eux soulèvent la difficulté de l'âge (l'enfant si petit est-il en âge de choisir ?) et du moment du choix (comment fournir à l'enfant la possibilité de choisir ce repère sécurisant dès le début de son accueil alors que les acteurs en présence ne se connaissent pas encore ?).

3.3.2.2.3.2. Les enjeux de la référence pour les parents

Selon 8 participants (2 parents, 6 professionnelles), la référence est importante pour les parents et participe à la satisfaction éprouvée envers la crèche. Pour 5 d'entre d'eux (2 parents, 3 professionnelles), elle est même plus importante pour les parents que pour l'enfant. A l'inverse, 4 parents disent que cette pratique n'a pas de sens pour eux et ne répond pas à un besoin de leur part.

La référente : un repère pour les parents

Le principal avantage de la référence que les parents font valoir est sa fonction sécurisante : la référente joue le rôle de repère, « d'interlocuteur privilégié » au sein de l'équipe de professionnelles pour 22 participants (11 parents, 11 professionnelles). Selon ces participants, les échanges entre les parents et cette référente sont alors plus personnalisés, riches, et plus « profonds » qu'avec les autres professionnelles. Par exemple, deux parents apprécient particulièrement la transmission de conseils par la référente sur le développement de l'enfant. Un seul parent ne soutient pas cette idée et juge que les transmissions sont de la même nature avec toutes les professionnelles.

Au total, 18 participants (7 parents et 11 professionnelles) estiment que la référence permet de tisser un lien spécifique entre les parents et la professionnelle désignée ; 10 d'entre eux le qualifie de lien de « confiance ». Celui-ci facilite la séparation entre les parents et leur enfant. Pour 8 professionnelles, ce phénomène freine néanmoins le développement de la

confiance envers les autres professionnelles. Cela se manifeste alors par des échanges plus courts, voire inexistants, entre les parents et les autres professionnelles et une inquiétude de ces premiers à laisser leur enfant en l'absence de la référente.

La référente est-elle une « rivale potentielle » pour les parents ?

Parmi les 40 entretiens, 5 parents et 4 professionnelles pensent que les parents sont mis en difficulté face à un très fort lien d'attachement entre l'enfant et sa référente. Des sentiments de rivalité et de jalousie peuvent alors naître et accentuer la culpabilité ressentie par certains parents de laisser leur enfant en crèche. Une des professionnelles envisage par exemple ce qu'un parent pourrait se dire dans cette situation : « C'est moi sa mère, tu ne me voles pas... » (N°27). Un parent témoigne de son ressenti : « Le matin, moi, je la laissais, elle courrait dans les bras de Camille pour faire des câlins ; ah, j'étais un petit peu frustrée puisque je me dis 'non, moi, j'ai pas droit à tout ça' » (N°74).

3.3.2.2.3.3. Les enjeux de la référence pour la professionnelle

Plusieurs avantages et inconvénients ont été décrits pour les professionnelles et par les professionnelles essentiellement, les parents ayant visiblement moins d'avis sur ce point.

Un suivi personnalisé ou exclusif des enfants ?

Pour 16 participants (9 parents et 7 professionnelles), la désignation d'un référent permet de proposer à l'enfant un accompagnement plus individualisé à l'enfant. En étant référente, la professionnelle se trouve davantage en situation d'observation et d'attention vis-à-vis de son groupe d'enfants. Cela engendre par conséquent une meilleure connaissance de ces enfants et de leurs besoins comme en témoigne une professionnelle, puis un parent : « Cela procure au professionnel une connaissance de l'enfant « en tant que personne, en tant que Maxime, en tant que Nina, en tant que sa personne, oui » (professionnelle N°23) ; « On a moins l'impression que c'est un enfant parmi tant d'autres » (parent N°10). Sur le long terme, cette pratique permet un meilleur suivi de l'enfant dans son développement et une plus grande facilité pour repérer, interpréter et s'ajuster à d'éventuelles difficultés. Ceci fait dire à un parent que la référence en crèche est un « bon compromis » entre une certaine « exclusivité » chez l'assistante maternelle et une grosse collectivité.

Cinq professionnelles précisent que ce fonctionnement réduit alors de fait la connaissance par le professionnel des autres enfants de l'unité de vie et les affinités développées avec ces enfants.

Enfin, 4 professionnelles disent craindre « l'exclusivité » de la prise en charge des soins d'un même groupe d'enfants pendant trois ans et perçoivent un risque d'appropriation du côté du professionnel. L'emploi de possessifs tels que « mon enfant », « mon groupe d'enfants » par les référentes soutient cette hypothèse pour 2 professionnelles. Dans les entretiens des professionnelles, nous retrouvons 13 occurrences de « nos enfants ». Trois autres contredisent ces propos : « Quand on parle de référence, on a peut-être l'impression effectivement que c'est nos enfants, notre groupe, mais non, pas du tout » (N°25), « On dit souvent 'Mes enfants, mes petits loups' mais on sait que c'est pas les nôtres effectivement » (N°61).

De façon plus large, la notion « d'exclusivité » questionne un certain nombre de participants puisque le terme est employé à 25 reprises par les professionnelles. Quatre d'entre elles précisent que cette appréhension de l'exclusivité serait liée à une forme de référence mise en œuvre par le passé : « la référence rigide ».

La notion de « référence rigide »

Une référence « rigide », « stricte », « exclusive », « totale », « pure », a été abordée par 10 participants (9 professionnelles et 1 parent) et jugée très négativement. Cinq professionnelles décrivent un fonctionnement en référence dans lequel existe un fort cloisonnement entre les groupes. Trois d'entre elles en ont fait l'expérience : « On avait un petit groupe et c'est vrai que j'avais certaines collègues, il fallait vraiment pas s'occuper de leurs enfants » (N°23), « C'était chacun pour soi […], c'était vraiment psychorigide » (N°38). L'une d'elles se souvient que la mise en place d'un tel fonctionnement résultait de problèmes d'équipe et une autre, d'un manque de réflexion global sur les pratiques professionnelles : « On mettait une personne pour un groupe, mais sans avoir travaillé derrière la verbalisation, etc. Du coup, ça fait plus un truc catastrophique parce que la référente ne s'occupe que de ces cinq enfants, c'est les siens, et voilà ce n'est plus ceux des parents et du coup, c'est juste horrible » (N°20). Ce système générait des difficultés importantes chez l'enfant en l'absence de sa référente (3 professionnelles) et pouvait entraver son développement (1 professionnelle).

Selon 6 professionnelles et un parent, la référence actuelle est cependant moins « exclusive », moins « stricte » que ce qu'elle était dans le passé: « Je trouve qu'au niveau de l'équipe, il y n'a pas plutôt effectivement cette histoire donc 'non, ce n'est pas notre enfant en tant que référent donc, on n'y apporte pas attention' » (parent N°7). Cela permet à l'une de ces professionnelles de préciser qu'actuellement « on revient en arrière, mais en mieux »

(N°29). Deux professionnelles référentes précisent qu'elles peuvent intervenir pour prendre en charge un enfant dont elles ne sont pas référentes si la situation le nécessite.

Une organisation des soins plus définie

En définissant clairement les missions de l'ensemble des membres de l'équipe, la référence à l'avantage de simplifier l'organisation des soins et des tâches au sein des unités de vie, pour 7 participants (3 parents et 4 professionnelles). Deux parents ont même été amenés à penser que la référence est essentiellement pertinente pour l'organisation des plannings des professionnelles.

Pour 2 autres professionnelles, cette organisation est néanmoins regardée comme trop rigide. Voici le témoignage de l'une d'elles : « On n'est pas dans un bureau, je trouve qu'on n'a pas besoin d'être carré. […] Il faut que les enfants, ils aient des repères, ils aient des choses carrées, mais on peut laisser un peu de de liberté » (N°61). Dans un tel fonctionnement, la place des professionnelles non référentes, comme les remplaçantes ou les stagiaires, peut être alors difficile à trouver, selon 2 professionnelles.

Une amélioration de la qualité du travail ?

Pour 5 professionnelles, un fonctionnement en référence améliore la qualité du travail et, plus précisément, de compétences relationnelles telles que la patience, la bienveillance et la disponibilité envers les enfants. Voici le témoignage de l'une d'elles : « Je m'y retrouve personnellement beaucoup et puis moins fatiguée, moins stressée, moins énervée. Donc, je pense que j'y gagne en qualité auprès des enfants » (N°33).

De plus, pour ces participants, la référence améliore l'ambiance des unités de vie : les groupes d'enfants sont plus calmes et sereins. Deux professionnelles trouvent par exemple que la présence d'un référent diminue le nombre de pleurs et les bruits dans les unités de bébés. Ainsi, selon une professionnelle, la référence engendrerait un climat « plus agréable » dans lequel « tout le monde trouve son compte » (N°25).

Cependant, pour 8 professionnelles, la référence limite le travail en équipe et peut même provoquer des tensions entre professionnelles. Deux exemples sont cités : une répartition non équitable des enfants entre les différentes référentes et la difficulté des autres professionnelles face à un lien enfant ou parents-référente trop fort.

Un impact sur le bien-être des professionnelles

Pour 6 professionnelles, la référence permet de générer du bien-être chez les professionnelles. Pour preuve, une professionnelle parle de « bienfait » et de « bouffée d'oxygène » (N°33) ; une autre dit prendre « plaisir à travailler » et que « c'est super agréable » (N°14). Le suivi d'un petit groupe d'enfants dans la durée rend cette pratique « stimulante », « intéressante » et même « valorisante » pour ces professionnelles.

Cependant, selon 4 autres professionnelles, dans un système en référence, les difficultés rencontrées dans le quotidien avec certains enfants procurent un sentiment d'isolement et de solitude chez la référente. Cette mission de responsabilité et d'investissement suscite, en cas de problème, une forte remise en question. Une professionnelle témoigne de son ressenti face à une difficulté rencontrée avec un enfant : « On peut le vivre comme un échec […] quand j'ai mon groupe et que j'ai un problème dans mon groupe, c'est à moi de... comment dire... un peu gérer toute seule, c'est.... on se dit comment on va faire, elle est dans mon groupe, je suis sa référente, ça ne passe pas.... je suis coincée » (N°3). Selon une professionnelle cela peut conduire à de « l'usure professionnelle » (N°38).

De plus, 4 professionnelles soulignent la difficulté éprouvée par la référente engagée dans un fort lien d'attachement à l'enfant. Voici pour illustrer le témoignage de deux professionnelles : « C'est vrai qu'avec la référence on se laisse vite piéger parce que c'est notre groupe et du coup on passe énormément de temps avec eux, on s'y attache et c'est un peu ça le plus dur » (N°3) ; « J'en ai déjà vues, des professionnelles effondrées parce que l'enfant part. Et ça doit pas être facile » (N°27). Une professionnelle suggère cependant l'idée que le vécu de la séparation, même difficile, n'empêche pas de repartir sur de bonnes bases avec les enfants suivants (N°23).

Nous remarquons que les avantages de la référence décrits ci-dessus sont davantage avancés par les professionnelles travaillant avec la référence (N=8) que les professionnelles travaillant sans (N=3), alors qu'il s'agit de l'inverse pour les inconvénients (respectivement N=4 et N=9).

3.3.2.2.3.4. Une référence… oui ! Mais sur combien de temps ?

Parmi les entretiens, 6 professionnelles et 2 parents encouragent la stabilité de la référence sur trois ans avec l'idée que la référence, « c'est toujours important jusqu'au bout » (parent N°1). Cette continuité permettrait par exemple de fournir davantage de sécurité et de confort pour l'ensemble des acteurs en présence, que les professionnelles aient un meilleur

suivi de l'évolution de l'enfant, et d'engendrer une plus forte cohésion d'équipe. De plus, une professionnelle dit que ce long terme l'aide à acquérir une connaissance fine de tous les enfants, y compris ceux qui ne sont pas dans son groupe de référence.

Cependant, 9 professionnelles et 1 parent ne soutiennent pas la poursuite de la référence sur une période de temps aussi longue. Trois professionnelles et 1 parent proposent un arrêt de la référence après l'unité des bébés, une professionnelle, en milieu d'année des moyens et deux autres, au milieu de l'année des grands. De plus, 5 professionnelles émettent l'idée de reconduire ce système après l'adaptation seulement si l'enfant et ses parents le demandent, en éprouvent le besoin. Voici le témoignage d'une de ces professionnelles : « Si on voit qu'il est très attaché à sa personne de référence, si ça lui crée une angoisse… on va être vigilant à ça et du coup, on va attacher de l'importance au fait qu'on l'accompagne du repas jusqu'à la sieste » (N°38). Enfin, une professionnelle propose de continuer la référence après la période d'adaptation seulement pour les situations particulières telles qu'un handicap chez l'enfant.

Ensuite, 4 professionnelles témoignent que la référente peut continuer à être active « dans la tête » des professionnelles, en dehors même de l'organisation des soins. Par exemple, la référente de l'enfant peut continuer à avoir des observations plus fines de son groupe et à réaliser les transmissions particulières aux parents.

Enfin, 1 parent et 2 professionnelles expliquent que l'absence de suivi par la référente durant trois ans n'a pas d'impact sur le développement de l'enfant, puisque celui-ci acquiert une connaissance des autres professionnelles et développe ses capacités d'adaptation : « Ce n'est pas grave […] parce que vu qu'on a ouvert l'enfant aux autres professionnelles […] , il n'y aura pas d'impact de plus que ça […], il n'y a pas mort d'hommes non plus » (professionnelle N°14).

En cas de changement, une professionnelle et 2 parents pensent qu'un temps d'adaptation est nécessaire les premières semaines, le temps que les enfants s'habituent à cette/ces personne(s) et inversement. Pour un parent, il s'agit plutôt d'un délai de quelques heures.

Le suivi par les professionnelles de l'unité

Dix-huit participants se sont positionnés en faveur (N=8) ou non (N=10) de la poursuite de la référence sur trois ans. A l'inverse, 19 participants (11 parents et 5 professionnelles) soutiennent davantage le suivi des enfants par l'ensemble de l'équipe d'une

année à l'autre, plutôt que celui de la référente. Les avantages perçus concernent tous les acteurs en présence et s'expliquent en termes de sécurité, de confort, de meilleure connaissance des uns des autres. Lors des changements de sections et donc de salles, les professionnelles deviennent des « fils conducteurs » pour l'enfant. De plus, cela permet un suivi plus adapté des enfants, ce qui procure par conséquent aux professionnelles un sentiment de valorisation dans leur travail. Une professionnelle en particulier y trouve beaucoup de sens : « à la limite, je trouve qu'il y a plus une routine quand on est par groupe d'âge […] ; on était auxiliaire chez les bébés et voilà, on voyait des groupes de bébés défiler et l'année passait et hop, on reprenait un nouveau groupe, donc on ne les avait qu'une année et voilà ; […] enfin, on n'a pas l'impression d'aller jusqu'au bout de notre travail, quoi » (N°25).

A l'inverse, 3 autres participants (1 parent, 2 professionnelles) ne soutiennent pas le suivi sur trois ans et pensent que les changements de professionnelles sont enrichissants pour l'enfant, lui apportent « une bouffée d'air » et le préparent à la vie future. Les 2 professionnelles estiment que les changements apportent aussi davantage de cohésion entre elles.

Pour deux parents, la pertinence du suivi est relative et dépend de la taille de la crèche et de l'enfant.

Pour 3 professionnelles et 1 parent, le suivi des enfants sur trois ans n'est pas toujours réalisable pour des raisons d'organisation (crèche avec deux unités de vie, parcours atypique de l'enfant au sein de la crèche, maintien d'une professionnelle « mémoire » d'une année sur l'autre). De plus, pour 2 professionnelles, la décision de poursuivre avec le même groupe revient à la direction de la crèche.

Pour 3 participants (2 parents, 1 professionnelle), les changements de professionnelles n'affectent pas les enfants qui développent des capacités d'adaptation et qui ont la possibilité de voir ces professionnelles à des moments spécifiques, tels que les temps de regroupement matin et soir.

3.3.2.2.3.5. Une pratique dont la pertinence varie

Plusieurs participants trouvent la référence plus pertinente pour :

- les enfants les plus jeunes (7 parents et 4 professionnelles) ;
- les parents des enfants les plus jeunes (4 parents) ;
- les enfants qui viennent d'arriver et sont moins en confiance (7 parents) ;

- les parents moins en confiance (4 parents) ;
- les enfants les plus grands (1 parent) ;
- les enfants porteurs de handicap (1 professionnelle) ;
- les enfants les plus timides, les plus en difficulté lors de la séparation (4 parents) ;
- les grandes crèches (2 parents).

Puis, 2 professionnelles remettent en question la pertinence de la prise en charge privilégiée des soins par la référente du fait de son absence à certaines heures de la journée : « C'est ridicule, enfin, d'instaurer quelque chose comme ça en début de journée et de ne pas pouvoir le continuer. Je trouve que ça n'a ni queue ni tête » (N°61).

Ensuite, deux professionnelles interrogent son bien-fondé quant aux besoins de l'enfant : « Je me dis pourquoi les obliger en plus à avoir encore un repère […] s'ils n'en ont pas envie » (N°76), « On ne sait pas s'il a vraiment besoin de ce système-là. Il y a des enfants qui en ont besoin, il y en a d'autres qui n'en ont pas forcément besoin. Donc, moi, je serais plus à répondre aux besoins (individuels) que de référencer toujours » (N°61).

Enfin, il nous paraît intéressant de terminer par la présentation du débat qui existe sur la cohérence de la référence au regard du modèle sociétal dans lequel évolue l'enfant. Pour 3 participants (1 professionnelle et 2 parents), l'école propose un autre système de référence avec la présence d'une seule institutrice. En revanche, 3 autres participants (2 professionnelles et 1 parent) pensent que l'école est davantage fidèle au « système (de) la société » (professionnelle N°27) en offrant à l'enfant une pluralité d'adultes vers lesquels se tourner en cas de besoin. De plus, une professionnelle ajoute que la référence n'existe pas non plus au sein du foyer familial dans lequel deux parents prennent en charge les soins de l'enfant.

3.3.2.2.3.6. Des avantages et des inconvénients présentés simultanément

L'analyse du discours des participants à fait émerger un certain nombre d'avantages et d'inconvénients cités simultanément, liés à la pratique de la référence pour l'enfant, les parents et le professionnel. Avant de présenter plus en détail ces éléments, nous souhaitons préciser que les avantages et inconvénients sont présentés conjointement dans l'entretien de 26 participants (9 parents, 17 professionnelles). Seuls 1 professionnelle (travaillant avec une référence marquée) et 9 parents (dont les deux tiers sont accueillis sans référence) ne mentionnent que des avantages à la référence et 2 professionnelles (travaillant sans référence)

que des inconvénients. Ainsi, au total, 36 participants (18 parents et 18 professionnelles) énoncent au moins un avantage et 28 participants au moins un inconvénient (9 parents et 19 professionnelles). Il est difficile de dégager des avantages ou inconvénients dans deux entretiens de parent, accueillis dans des crèches sans référence.

Pour conclure, il faut souligner que les inconvénients de la référence ont davantage été relevés dans les entretiens de professionnelles (N=19) que de parents (N=9). La proportion est identique en ce qui concerne les avantages (N=18 dans les deux groupes). Ceci est repérable à travers le vocabulaire employé : un parent sur deux a employé un vocabulaire favorable pour décrire la référence tel que « importante », « intéressante », « primordiale ». Du coté des professionnelles, un quart utilisent des termes négatifs : « préjudiciable », « inconfort », « travers », etc. Enfin, six professionnelles déclarent que la référence est un « sujet sensible », « qui fait peur » et dont il est difficile de parler au sein des crèches tellement certaines professionnelles sont contre et le consensus difficile à trouver.

3.3.2.2.4. Jugement général des participants face à la référence classique

3.3.2.2.4.1. Les participants issus des crèches en référence classique

Parmi les entretiens des participants issus des crèches fonctionnant en référence « classique » :

- 7 participants (4 professionnelles et 3 parents) ont un positionnement clairement en faveur d'une référence mise en œuvre pendant trois ans ;
- 4 participants sont plutôt en faveur d'une référence souple qui évoluerait la deuxième (2 professionnelles et 1 parent) ou la troisième année (1 professionnelle) ;
- 9 participants (3 professionnelles et 6 parents) montrent une certaine ambivalence envers la référence (nombreux avantages et inconvénients présentés simultanément).

Neuf participants défendent un autre fonctionnement :

- un système en coréférence après la période d'adaptation (1 professionnelle) ou dès la deuxième année (1 professionnelle) ;
- une référence « ouverte » (1 professionnelle) ;

- une intervention de toutes les professionnelles dans les soins avec une stabilité de ces professionnelles au cours du temps, c'est-à-dire une « référence de groupe » (5 parents), après une référence pendant les premières semaines (1 parent).

3.3.2.2.4.2. Les participants issus des crèches sans référence classique

Parmi les participants qui viennent d'une crèche sans référence classique :

- une seule professionnelle défend clairement la référence classique ;
- 5 participants (3 professionnelles et 2 parents) montrent une certaine ambivalence ;
- 14 participants (6 professionnelles et 8 parents) ne soutiennent pas particulièrement la référence.

Dix-huit participants proposent alors un autre fonctionnement :

- une référence uniquement pour la période d'adaptation ou les premières semaines (1 professionnelle, 3 parents) ;
- une coréférence dès l'adaptation (1 professionnelle) ;
- une référence pour le suivi global de l'enfant mais pas sous forme d'un accompagnement privilégié lors des soins (2 parents) ;
- une intervention de toutes les professionnelles dans les soins (3 professionnelles ; 4 parents) avec une stabilité de ces professionnelles au cours du temps (référence de groupe ; 5 parents) ;
- une organisation flexible selon l'enfant (3 professionnelles).

3.3.2.2.4.3. L'ensemble des participants

Sur l'ensemble des participants,

- 8 (5 professionnelles et 3 parents) ont un positionnement net en faveur d'une référence mise en œuvre pendant trois ans ;
- 4 (3 professionnelles, 1 parent) sont plutôt partisan d'une référence pour la première ou deuxième année seulement ;
- 14 (6 professionnelles et 8 parents) sont très partagés quant à la pertinence de la référence (nombreux avantages et inconvénients présentés simultanément) ;
- et 14 (6 professionnelles et 8 parents) ne soutiennent pas du tout la référence.

3.3.2.2.4.4. Analyse du lien entre le jugement face à la référence et les caractéristiques des participants

Plusieurs caractéristiques des participants ont été mises en lien avec leur positionnement en faveur/en défaveur de la référence.

Tout d'abord, nous ne remarquons pas de distinction dans la position des participants en fonction de la taille de la crèche d'origine.

Puis, pour les professionnelles, aucune différence n'apparaît non plus concernant leur âge et leur nombre d'années d'expérience en crèche. Mais des différences émergent si l'on considère l'unité de vie dans laquelle elles interviennent actuellement, ainsi que leur diplôme et le nombre d'années écoulées depuis l'obtention de ce diplôme.

Tableau 39 : Répartition des professionnelles selon leur unité de vie d'origine en fonction du type de référence défendu

Type de référence défendu	**Caractéristiques des professionnelles**				
	Unités de vie				**Effectif total**
	Bébés	**Moyens**	**Moyens-grands**	**Grands**	
Référence classique	1	0	2	2	5
Référence souple	1	0	2	0	3
Ambivalence face à la référence	2	2	0	2	6
Refus de la référence	3	2	0	1	6

Les professionnelles soutenant la référence travaillent actuellement en majorité dans des unités accueillant les enfants les plus grands, alors que celles qui s'opposent à cette pratique œuvrent majoritairement chez les bébés.

Tableau 40 : Répartition des professionnelles selon leur diplôme en fonction du type de référence défendu

Type de référence défendu	**Diplôme**		
	Auxiliaire de puériculture	**CAP Petite Enfance**	**NC**
Référence classique	4	0	1
Référence souple	1	2	0
Ambivalence face à la référence	4	2	0
Refus de la référence	6	0	0

Le tableau 40 ci-dessus nous permet de comprendre que les professionnelles titulaires d'un CAP Petite Enfance sont celles qui ont un avis le moins tranché ; elles se répartissent entre un souhait de référence qui s'assouplit à la fin de la première ou deuxième année ou dans une position moins claire présentant à la fois des avantages et des inconvénients à la référence.

Tableau 41 : Caractéristique du nombre d'années d'expérience depuis l'obtention du diplôme des professionnelles selon le type de référence défendue

Type de référence défendu	Nombre d'années depuis l'obtention du diplôme			
	Moyenne	Ecart-type	Minimum	Maximum
Référence classique	17,8	12,34	5	34
Référence souple	19,33	4,73	14	23
Ambivalence face à la référence	10,17	9,41	3	29
Refus de la référence	12,83	4,54	6	18

Nous remarquons que les professionnelles prônant une référence classique (M=17.8) ou souple (M=19.33) sont les professionnelles qui ont le plus d'années d'expérience professionnelle depuis l'obtention de leur diplôme. Cependant, ces chiffres sont à relativiser puisque le groupe des professionnelles soutenant la référence classique est très hétérogène sur ce point (ET=12.34, [5-34]).

Enfin, concernant les parents, nous constatons une différence uniquement au niveau de l'âge de leur(s) enfant(s).

Tableau 42 : Répartition des parents et caractéristiques de l'âge de leur enfant en fonction du type de référence défendu

Type de référence défendu	Nombre de parents	Age des enfants des parents interrogés (en mois)			
		Moyenne	Ecart-type	Minimum	Maximum
Référence classique	3	12	12,12	1	25
Référence souple	1	25	0	25	25
Ambivalence face à la référence	8 (10 enfants)	19,4	9,58	7	36
Refus de la référence	8 (9 enfants)	23,56	6,84	15	34

Le tableau 42 ci-dessus permet de remarquer que les parents défendant la référence classique ont des enfants bien plus jeunes (12 mois en moyenne) par rapport aux parents refusant la référence (23.56 mois en moyenne).

3.3.2.2.4.5. Les trois mots-clés

Avant de conclure cette partie, nous souhaiterions présenter les résultats issus de la dernière question posée aux participants venants des crèches en référence classique : « Si vous deviez synthétiser/résumer la référence en trois mots, que diriez-vous ? ». La liste des mots donnés par chaque participant est exposée en annexe (Annexe 8) ; nous en proposons ci-dessous une synthèse.

Au total, 57 mots ont été répertoriés.

L'occurrence des mots

Six mots reviennent chez plusieurs participants : « sécurité » (N=6), « confiance » (N=5), « lien » (N=4), « bien-être » (N=3), « rassurer » (N=2), « continuité » (N=2).

Par ailleurs, si l'on regroupe les synonymes, nous remarquons qu'un participant sur deux (10 sur 20) évoque :

- le lien enfant-parent-référente dont 4 fois avec des qualificatifs de l'ordre de « l'affection » ou « l'attachement » ;

- la notion de sécurité (« sécurité », « sécurisante », « rassurer »).

Près d'un quart des participants (4 sur 20) décrivent :

- la référence à travers le registre du « repère » (« socle », « pilier », « repère », « interlocuteur privilégié ») ;

- la stabilité de la référence au cours du temps (« stabilité », « continuité », « suivi ») ;

- l'impact de la référence sur le bien-être de l'enfant, du parent et du professionnel (« bien-être », « confort »).

Les thèmes les plus fréquents

Le thème le plus fréquemment évoqué par les professionnelles est celui de l'impact de la référence sur le bien-être de l'enfant et son parent (« sécurité », « rassurer », « bien-être », « confiance ») ; il est en troisième position pour les parents. A l'inverse, les parents citent en premier des éléments ayant trait à l'accompagnement particulier proposé par la référente (« suivi personnalisé », « personnalisation », « conseil », « responsabilité », « stabilité », « continuité »), sujet qui arrive troisième chez les professionnelles.

Le deuxième thème le plus récurrent est identique chez les deux catégories de personnes: la question du lien enfants-référentes « lien « affectif », « d'attachement », « de confiance », « relation privilégiée »).

Puis, les professionnelles décrivent l'impact de la référence sur leurs conditions de travail (« investissement », « confort », « facilité d'organisation ») et les parents, sur les compétences des professionnelles (exemple : « professionnalisme », « disponibilité »).

Le référent est ensuite dépeint comme un repère pour l'enfant et son parent. Enfin, des thèmes relatifs à l'institution sont apparus : la notion d'équipe chez les professionnelles et celles de cadres, de crèches pour les parents.

L'ordre d'énonciation

L'analyse de l'ordre d'énonciation des mots par les professionnelles n'apporte pas d'éléments supplémentaires. En revanche, du côté des parents, cette analyse permet de remarquer que les mots relatifs à la sécurité générée par la référence (5 mots) et la stabilité au cours du temps (2 mots) sont systématiquement en première position (sauf une occurrence en deuxième position de la « sécurité » par un participant). Les mots liés aux enjeux institutionnels de la mise en place de cette pratique (deux mots) ont été donnés en troisième choix à chaque fois.

3.3.2.3. Les représentations des organisations de soins sans référence

Lorsque nous avons posé des questions sur les enjeux de la référence, certains nous ont transmis leurs perceptions concernant deux fonctionnements sans référence : une organisation des soins sans aucune référence, nommée « à la demande », dans laquelle toutes les professionnelles prennent en charge les soins de l'enfant de façon indéfinie et « la continuité des soins » instaurant une forme de référence à la journée ou la semaine.

3.3.2.3.1. <u>En l'absence de référence : une organisation des soins « à la demande »</u>

Nous souhaitons présenter ci-dessous les enjeux pour l'enfant, les parents et les professionnelles d'une organisation sans référence, incluant l'ensemble de l'équipe dans les soins comme décrite ci-après : « Quand je suis arrivée la première année […], c'était à la demande de l'enfant. C'est-à-dire l'enfant venait vers la personne qu'il avait envie et c'était cette personne-là qui le changeait » (professionnelle N°61).

Tout d'abord, il nous paraît important de préciser que selon 10 participants sur 40 (6 parents, 4 professionnelles), la prise en charge des soins de l'enfant par plusieurs professionnelles n'engendre pas de difficulté pour l'enfant et son parent. Plus précisément, pour 2 parents, cela est d'autant plus vrai quand l'enfant et les parents éprouvent de la confiance en la crèche. A l'inverse, ce type d'accueil est difficilement concevable pour 3 parents et 7 professionnelles.

3.3.2.3.1.1. Les enjeux d'une organisation des soins « à la demande » pour l'enfant

Absence ou présence de repères pour l'enfant ?

Quinze participants (10 parents et 5 professionnelles) soulignent l'aisance des enfants avec toutes les professionnelles de l'unité de vie et trois d'entre eux ajoutent toutes les professionnelles de la crèche. Pour 4 parents et 4 professionnelles, la présence de plusieurs professionnelles est source d'une grande richesse dans le sens où « les enfants vont puiser ce dont ils ont besoin chez l'une ou à l'autre » (professionnelle N°61).

Cinq parents ont remarqué qu'une « référence de groupe » se mettait cependant en place avec les professionnelles de l'unité de vie durant l'année « il y a quand même ces trois référentes-là, présentes tout le temps finalement », « c'est aussi un point d'ancrage d'avoir la même tête, le même personnel » (N°54).

A l'inverse, 11 participants (2 parents, 9 professionnelles) considèrent qu'un tel fonctionnement ne fournit pas de repères (de personne) pour sécuriser l'enfant et son parent. Pour 4 d'entre eux (trois professionnelles et un parent), l'adaptation de l'enfant est alors plus longue lorsque toute l'équipe intervient les premiers mois : « des pleurs, des cris, des hurlements....ils ne voulaient pas venir dans les bras de chacune parce que du coup ça changeait énormément, tous les jours » (professionnelle N°14). Pour une autre professionnelle cela se perçoit dans le refus, parfois exprimé par l'enfant, d'être pris en charge par certaines professionnelles.

Dans tous les cas, la question des repères a été souvent abordée (44 occurrences du mot « repère » par les professionnelles et 39 par les parents).

La création de liens d'attachement justement mesurés

Pour 4 professionnelles, ne pas imposer à l'enfant une référente dès son arrivée permet de respecter son choix de personne. Ainsi, une forme de référence « naturelle » se met alors en place (1 professionnelle, 1 parent).

De plus, une professionnelle estime que ce fonctionnement permet de limiter la force des liens d'attachement créés avec l'enfant : « Je trouvais que c'était plus « facile » de mettre de la distance parce qu'on s'occupe de 25 enfants au final, et pas seulement de 5 ou 6, et du coup forcément la distance, elle se fait plus facilement vu qu'on en a plus à s'occuper.... on a « moins le temps » de s'attacher à.... un enfant en particulier » (N°3).

3.3.2.3.1.2. Les enjeux d'une organisation des soins « à la demande » pour les parents

Une connaissance de toutes les professionnelles

Contrairement à la référence, ce fonctionnement permet au parent de rencontrer toutes les professionnelles de l'unité et réciproquement aux professionnelles de connaître tous les parents (1 professionnelle, 1 parent).

Cependant, une autre professionnelle pense que ce système crée des relations parents-professionnelles succinctes et peu riches.

3.3.2.3.1.3. Les enjeux d'une organisation des soins « à la demande » pour le professionnel

Une connaissance de tous les enfants

Ce fonctionnement permet aussi à la professionnelle de côtoyer tous les enfants, ce qui est jugé stimulant et facilitant pour l'organisation (2 professionnelles, 1 parent). A contrario, 4 participants (3 professionnelles, 1 parent) trouvent que les professionnelles connaissent moins bien les enfants et proposent donc un accompagnement moins individualisé : « Je ne connais pas cet enfant, donc comment il s'appelle déjà ? » (Professionnelle N°14).

Une organisation des soins non définie

Concernant l'organisation des soins, 2 parents imaginent une répartition naturelle des enfants, qui se met en place « au feeling », et 2 professionnelles jugent qu'il y a une plus grande rapidité de réponse aux besoins physiologiques des enfants lorsque plusieurs professionnelles peuvent prendre en charge les soins.

Cependant, 11 participants (10 professionnelles, 1 parent) déplorent cette absence d'organisation précise des soins et en font l'inconvénient majeur de ce type de fonctionnement. Voici pour illustrer des témoignages de professionnelles l'ayant vécu: « Tout le monde s'occupait de tout le monde » (N°76), « C'était un peu comme changer deux fois la même couche ou donner deux fois à manger au même enfant » (N°19) ; « Ce serait un peu le bazar, on ne saurait pas si tel enfant a eu son médicament, si tel enfant a été changé » (N°16). Une professionnelle explique que les soins étaient répartis entre professionnelles (l'une effectuait les changes le matin, l'autre l'après-midi, par exemple). Elle parle ainsi de soins « à la chaîne » (N°20).

Une professionnelle insiste sur le fait que, dans ce système, la qualité des transmissions entre professionnelles doit être irréprochable afin d'assurer une continuité correcte de la prise en charge de l'enfant (N°14). A ce propos, une professionnelle pense que ce fonctionnement majore le risque de délaisser certains enfants : « c'est un peu celle qui aura un peu de la peine pour lui qui va le prendre et puis il y en a qui ne vont pas du tout le prendre, enfin c'est horrible à dire, mais c'est la vérité » (N°20).

Enfin, pour 1 professionnelle, cette organisation des soins peut générer d'importantes tensions dans l'équipe.

3.3.2.3.1.4. Une pertinence relative

Pour 4 participants (1 parent, 3 professionnelles), la pertinence de ce fonctionnement varie selon les enfants d'une part (« J'étais assez surprise que la plupart des enfants se sont quand même bien adaptés », professionnelle N°20) et selon la taille de la crèche (3 parents), d'autre part.

Certains participants ont fait part aussi de leurs perceptions des autres organisations existantes, entre une présence et une absence totale de référence comme en témoigne une professionnelle : « (Il existe) plein d'autres organisations […] possibles sans partir dans la référence ou dans le laisser-faire tout ce qu'on veut » (N°19). Parmi ces organisations, une en particulier est pratiquée et décrite par 8 professionnelles : la continuité des soins.

3.3.2.3.2. Les représentations des participants concernant la continuité des soins

Pour rappel, la continuité des soins est un aménagement qui consiste à désigner une professionnelle qui assure la prise en charge des soins d'un petit groupe d'enfants de façon privilégiée, sur une journée ou une semaine selon les crèches. Seules des professionnelles ne pratiquant pas la référence ont donné leur avis.

3.3.2.3.2.1. Les enjeux de la continuité des soins pour l'enfant

Une organisation qui tend vers la référence ?

Selon 7 professionnelles, cette façon de faire permet d'instaurer un peu de référence : « C'est vrai qu'on n'a pas suivi la référence jusqu'au bout (mais) je pense qu'on a déjà mis un pied dedans » (N°68). Leurs paroles témoignent de cet intérêt: « On fonctionne par référence maintenant » (N°68), une autre précise en « référence ouverte » (N°76) et une dernière parle « d'enfants en référence » (N°74).

Quels repères pour l'enfant ?

Ainsi, en diminuant à la journée le nombre de professionnelles intervenant dans les soins, la continuité des soins est perçue comme une organisation sécurisante pour l'enfant et fournissant des repères (6 professionnelles).

Cependant, selon une professionnelle, elle ne permet pas aux enfants d'anticiper qui va les prendre en charge avant le commencement de la journée ou la semaine : « On leur explique à chaque fois […], on ne leur dit pas nos horaires, ça, ils ne s'en rendent pas compte mais voilà : 'Flavie va s'occuper de toi cette semaine, donc voilà, on va manger ensemble'» (N°75).

Une autre professionnelle se questionne sur le vécu de l'enfant lors des changements de référente à la fin de la journée ou de la semaine : « J'ai un peu peur de ça… être trop longtemps avec lui, et après les laisser pendant une semaine, hop ! C'est comme un abandon mais en fait, c'est peut-être moi aussi qui ressens ça. […] Est-ce que l'enfant ressent ça ou pas du tout ? » (N°76).

Selon une professionnelle, la pertinence de la continuité des soins diminuerait avec l'âge de l'enfant.

3.3.2.3.2.2. Les enjeux de la continuité des soins pour les parents

Aucun avantage ou inconvénient concernant cette organisation n'a été spécifié pour les parents.

3.3.2.3.2.3. Les enjeux de la continuité des soins pour les professionnelles

Une organisation des soins plus définie qu'en l'absence de référence

Pour 6 professionnelles, la continuité des soins est une pratique « logique », « naturelle » qui facilite l'organisation des professionnelles : « On sait, je suis de tel horaire, je m'occupe de tel groupe, c'est comme ça, c'est pour s'organiser » (N°19).

La continuité des soins augmente le confort du professionnel face à une organisation sans référence et atténue la sensation de routine (2 professionnelles).

Elle permet aussi d'améliorer la qualité du travail pour 5 professionnelles en permettant pour l'une d'elles de prendre en charge plus équitablement tous les enfants « Il y a aussi des enfants qui ne sont pas forcément beaux physiquement, qui ne sentent pas forcément

bon, qui ne sont pas propres, qui… et il faut s'en occuper, leur donner les mêmes gestes que les autres » (N°20).

Une organisation des soins moins souple en théorie qu'en pratique

Pour 7 professionnelles, il s'agit d'un système difficile à respecter en pratique lorsque certains éléments varient (âge de l'enfant, taille du groupe, nombre de professionnelles, etc.). D'ailleurs, 3 professionnelles notent des variations importantes dans la mise en œuvre de la continuité des soins entre les professionnelles et au sein des différentes unités de vie.

La continuité des soins : une notion à plusieurs interprétations ?

Une professionnelle explique qu'il existe plusieurs interprétations du terme « continuité des soins » : « On essaie que ce soit la même personne qui fasse manger l'enfant, qui le fasse dormir, qui le couche mais pour un psy, il faut faire tous les soins de l'enfant d'affilée avant de s'occuper d'un autre » (N°20). Cette professionnelle pense alors que « c'est quasiment impossible de pouvoir donner à manger au bébé, de le poser, de faire son change et de le coucher sans en avoir pris un autre entre les deux ».

Pour 5 professionnelles, l'absence de rigidité dans la mise en œuvre de la continuité des soins (contrairement à la référence) est valorisée. Ainsi, le changement de professionnelle qui assure la prise en charge des soins parfois opéré au cours de la journée permet de mieux répartir la charge de travail entre les professionnelles, de porter à plusieurs les situations d'enfants difficiles, de répondre aux urgences et de prendre en compte le souhait de l'enfant d'être accompagné par une autre professionnelle. Voici le témoignage de l'une d'entre elles qui permet d'illustrer notre propos : « On ne peut pas s'occuper que de quelques enfants, que de nos référents, enfin je… Enfin moi, en tout cas, je ne le conçois pas comme ça, je trouve ça compliqué. Voilà, si l'enfant vient vers nous, on ne va pas le repousser 'Non, je ne suis pas ta référente, je ne veux pas m'occuper de toi'» (N°75). Les relais sont alors verbalisés à l'enfant (2 professionnelles) et sont jugés comme bien vécus par l'enfant (1 professionnelle)

Pour 1 professionnelle ce type d'organisation génère davantage de problèmes dans la cohésion d'équipe qu'un fonctionnement en référence.

Une certaine individualisation du suivi

Une professionnelle estime que la continuité des soins permet d'avoir des observations plus fines de l'enfant sur la journée et de proposer par conséquent un accompagnement plus adapté que dans un système sans référence. Mais, pour une autre, la connaissance qu'elles ont

des enfants est plus limitée que dans un fonctionnement en référence : « C'est sûr qu'on ne peut pas connaître tous les enfants, toutes leurs habitudes » (N°19).

3.3.2.4. A chaque organisation des soins ses points forts ?

Pour conclure cette partie, il nous paraît intéressant de soumettre la réflexion d'une professionnelle. Selon cette dernière, il est délicat de choisir une organisation par rapport à une autre puisque finalement chacune répond, à sa façon, à des besoins de l'enfant.

- La continuité des soins et la référence permettent de répondre au besoin de repère de l'enfant sur la journée, la semaine ou tout au long de l'accueil ;
- L'organisation des soins sans référence permet, de son côté, d'apporter :
    - une réponse rapide aux besoins physiologiques ;
    - une prise en compte du souhait de l'enfant d'être pris en charge par une professionnelle particulière.

Elle se demande alors si certains besoins seraient à privilégier et regrette le manque de formation pour pouvoir y répondre.

3.3.2.5. Les facteurs influençant le maintien/le changement d'une organisation des soins ?

Nous avons questionné les professionnelles sur ce qui amène une crèche ou une équipe à vouloir changer l'organisation des soins. En réponse, plusieurs éléments ont été apportés : un choix personnel ou de l'équipe, une tendance générale à pratiquer une organisation des soins plus qu'une autre, les caractéristiques de l'unité de vie.

3.3.2.5.1. <u>Un positionnement personnel</u>

Nous avons interrogé les professionnelles sur leur volonté de travailler avec une autre organisation des soins : 13 professionnelles sur 20 émettent des réserves à ce sujet ; elles n'imaginent pas fonctionner autrement qu'actuellement.

Plus précisément, parmi les professionnelles ne travaillant pas en référence, une professionnelle serait prête à l'expérimenter alors que 7 autres sont réfractaires: « Je pense que ça me rebuterait, je pense que j'aurais beaucoup de mal » (N°61).Trois autres encore pensent que leurs appréhensions diminueraient en y étant confrontées : « Je ne peux pas dire que je ne veux pas puisque je ne connais pas. Donc il faut faire l'expérience. Et peut-être que je vais tomber dans le panneau ! » (N°66).

Parmi les professionnelles travaillant en référence actuellement, 6 disent qu'il serait désormais difficile de faire sans ; 2 d'entre elles auraient l'impression de « retourner en arrière ».

De plus, 3 professionnelles se disent ouvertes au changement avec l'idée de transmettre leur expérience et de faire évoluer les choses si possible. Une professionnelle de notre échantillon, qui est passé d'une référence à une continuité des soins, témoigne: « C'est un peu un challenge […] si on tombe sur une personne qui a envie d'apporter des choses et qui croit en ce qu'elle fait, je pense qu'elle va arriver à transmettre […] ; en fait, on vous prévient déjà d'avance que ça va être perdu, mais, bon, on va essayer quand même, ce n'est pas grave […] ça a été quand même difficile pour moi. J'ai eu un choc technique de me dire 'au secours, pourquoi j'ai fait ça, je suis folle' […].Et c'est là en faisant autrement qu'elles disent, ben, non, on ne peut plus retourner en arrière ! » (N°20).

Puis, 2 professionnelles déclarent ne pas avoir eu d'avis sur le type d'organisation des soins de la crèche avant d'y travailler. Elles ajoutent, soutenues par 2 autres professionnelles, qu'il est important de s'y adapter lorsque l'on arrive.

Enfin, pour 3 autres professionnelles, d'autres éléments comptent davantage que la pratique ou non de la référence : la taille de la crèche (3 professionnelles), le projet d'accueil général (1 professionnelle), avoir une proposition d'emploi (1 professionnelle).

3.3.2.5.2. Un positionnement collectif

Selon 6 professionnelles, le choix de l'organisation des soins dépend de l'équipe de professionnelles travaillant ensemble. A partir des expériences, des formations, des représentations et des besoins de chacune, un consensus sera trouvé avant d'opter pour une pratique. Celle-ci peut donc évoluer d'une année sur l'autre en fonction de la composition des équipes.

Pour 2 professionnelles, l'organisation des soins est souvent décidée par la direction de chaque crèche, alors que pour 4 professionnelles, elle peut résulter d'une volonté de la part d'une équipe de professionnelles soutenues par la direction.

3.3.2.5.3. Les phénomènes de « mode »

Ensuite, certaines organisations perçues comme anciennes telles que la référence (4 professionnelles et 2 parents) et la continuité des soins (1 professionnelle et 1 parent)

redeviennent « à la mode » (4 professionnelles pour la référence ; 2 professionnelles pour la continuité des soins).

Trois participants (1 professionnelle et 2 parents) imaginaient que la référence étaient pratiquée dans toutes les crèches et 2 professionnelles que la continuité des soins existait à minima partout. Ces dernières se demandent alors comment l'organisation des soins « à la demande » a pu exister et perdure dans les crèches : « Pour moi c'était logique, il y avait une continuité de soins à la journée partout, dans ma tête de, j'avais idéalisé un truc qui n'existait pas » (N°20).

3.3.2.5.4. Les caractéristiques de l'unité de vie

Six professionnelles soulignent que, malgré tout, plusieurs variables obligent l'organisation des soins à évoluer d'une année à l'autre :

- les besoins des enfants et des parents en présence : 4 professionnelles imaginent une organisation des soins qui pourrait être flexible : « Je reste très ouverte et adaptable à plusieurs méthodes ; je serais plus à prendre un peu à droite, à gauche, mais en restant cadrante quand même » (N°61) ;
- l'âge des enfants (2 professionnelles) ;
- la taille du groupe d'enfants et le nombre de professionnelles (2 professionnelles) ;
- le découpage des unités de vie (1 professionnelle) ;
- les locaux (1 professionnelle)

3.3.2.6. Synthèse générale de l'objectif 2 : les représentations des participants des enjeux de la référence

L'analyse des entretiens confirme certaines de nos hypothèses autour de notre deuxième objectif, à savoir : décrire les représentations des participants (professionnelles et parents) concernant les enjeux de la référence pour l'enfant, les parents et les professionnelles.

Tout d'abord, nous remarquons assez nettement que le premier avantage de la référence décrit par les participants est le fait que ce système procure des repères et, par conséquent, de la sécurité affective à l'enfant comme à ses parents, tel que nous l'avions supposé. Cependant, des inconvénients majeurs sont aussi présentés (exemples : réactions de l'enfant lors de la séparation avec la référente, refus de prise en charge, enfermement dans la relation) et sont jugés comme directement liés à la mise en place d'une relation affective

privilégiée entre l'enfant et la référente, qualifiée parfois « d'exclusive ». Ce résultat est conforme à notre hypothèse. En revanche, nous ne nous attendions pas à relever ces avantages et inconvénients chez les mêmes participants. En effet, les entretiens révèlent une certaine ambivalence autour de la référence dans les représentations de nombreux participants.

Enfin, comme nous l'avions repéré antérieurement en pouponnière, nous soulignons aussi ici un manque de formation et d'espace de réflexion pour aider les professionnelles à réguler les émotions et affects de leur relation à l'enfant.

En revanche, nous n'avons pas retrouvé, dans l'analyse des entretiens, l'idée que les apports de Loczy n'étaient pas adaptés pour l'accueil en crèche des jeunes enfants (seuls 4 participants ont d'ailleurs évoqué cette pouponnière dans les entretiens). De plus, l'idée que des difficultés d'organisation peuvent rendre difficile l'implantation de la référence comme cela a pu être décrit dans la littérature a été peu repérée ici.

3.4. Volet expérimental

3.4.1. Objectif 3 : l'impact de la référence sur les liens professionnelles-enfants

Pour répondre à notre troisième objectif, à savoir, évaluer l'impact de la référence sur les liens enfants-professionnels, nous avons analysé les données issues de deux outils : les entretiens avec les parents et les professionnelles, ainsi que les questionnaires TAQ remplis par les professionnelles. Pour rappel, nous faisons l'hypothèse que la présence d'un référent favorise la création de liens d'attachement enfant-professionnelle d'une part, et en augmente la sécurité de l'enfant, d'autre part.

3.4.1.1. Les données issues des entretiens

3.4.1.1.1. Les relations enfants/parents-professionnelles

3.4.1.1.1.1. Les relations enfants-professionnelles

Des liens difficiles à cerner et à qualifier

Tout d'abord, il nous paraît important de préciser que lorsque nous avons questionné les participants sur leurs perceptions des liens entretenus entre les enfants et les professionnelles de crèche, 8 parents se sont révélés incapables de répondre à cause de leur absence en journée et parce que leur enfant ne parle pas encore et 4 professionnelles ont déclaré être en difficulté pour qualifier la nature des liens créés.

Les relations avec l'ensemble des professionnelles

Dans leur ensemble, les relations des enfants avec les professionnelles de l'unité de vie sont décrites avec un vocabulaire très positif par 11 participants (7 parents, 4 professionnelles) : liens « d'affection » ou de « tendresse » (4 parents), « sécurisants » (4 parents), « de confiance » (1 professionnelle, 3 parents), « particuliers » (2 professionnelles), « d'individualité » ou « privilégiés » (1 professionnelle), « d'attachement » (1 professionnelle), « lien d'accompagnement » (1 professionnelle), « lien d'enveloppement », qui « limitent » (1 professionnelle), « de vrais liens » (1 parent). Un parent parle de complicité et de taquinerie dans ces relations.

Cependant, des réticences sont ressenties chez les enfants par 7 participants lorsque la prise en charge est assurée par des professionnelles extérieures à l'unité de vie (6 parents, 1 professionnelle). En revanche, une professionnelle parle du contact des enfants avec les professionnelles des autres unités comme « une bouffée d'air » (N°61).

Pour 2 parents, l'enfant tisse les mêmes liens avec les différentes professionnelles de l'unité de vie. En revanche, 34 participants (16 parents, 18 professionnelles) pensent que l'enfant créé un lien privilégié avec une professionnelle en particulier, référente ou non.

La création d'un lien privilégié avec une professionnelle

Plus précisément, 26 participants (11 parents et 15 professionnelles) relèvent que l'enfant peut créer un lien spécifique avec sa référence et 21 témoignent d'un lien particulier avec une autre professionnelle (en présence ou en l'absence du système de référence).

Un lien privilégié avec la référente

Ce lien est décrit comme « particulier » (5 professionnelles, 1 parent), une « relation de confiance » (2 professionnelles, 1 parent), une « relation privilégiée » (4 professionnelles), « une petite relation » (1 professionnelle), un lien « affectif » (2 parents). Il s'agit d'un lien « d'attachement » selon 6 professionnelles et 3 parents. Un parent parle même « d'amour » (N°1) et des professionnelles de « feeling plus particulier » (N°3), d'un « petit lien qui se passe un peu plus » (N°23), « d'affinités qui se créent plus peut-être avec certains enfants qu'avec d'autres » (N°43). Pour 5 parents et 6 professionnelles, ce lien particulier peut se former avec la référente même si elle a seulement accompagné l'enfant lors de la période d'adaptation.

Au quotidien, l'enfant manifeste ce lien par la recherche plus fréquente de sa référente pour des contacts affectifs lors des retrouvailles, des moments de tristesse, de souci (8 parents, 14 professionnelles) ; 3 professionnelles et 1 parent perçoivent moins d'opposition à la référente qu'aux autres professionnelles.

Pour 7 professionnelles et 1 parent, le lien entre l'enfant et la référente peut aussi être conflictuel. Cela peut-être dû à des caractères divergents (N=3) ou à ce que vit l'enfant en dehors de la crèche, comme en témoigne une professionnelle : « Il y a des enfants qui arrivent aussi à la crèche […] en étant peut-être insécurisés, avec parfois le poids de ce qui peut se passer à l'extérieur de la crèche. Et puis le comportement de l'enfant à la crèche peut être plus difficile à comprendre pour la personne qui l'a en référence » (N°43). Les professionnelles insistent cependant sur la rareté de ces difficultés d'entente.

Un lien privilégié avec une professionnelle non référente

Pour 21 participants (10 parents et 11 professionnelles), l'enfant peut développer un lien d'attachement avec une autre professionnelle que sa référente et même en dehors de tout système de référence. Ce lien particulier s'exprime également par davantage de contacts affectifs, une recherche plus marquée de cette personne, des comportements d'opposition avec elle, etc.

Pour 2 professionnelles et un parent, cela montre alors que l'enfant est capable choisir sa « référente » de lui-même.

Arguments qui justifient la création d'un lien privilégié

Quatre parents et 3 professionnelles expliquent cet attachement entre l'enfant et la référente ou une autre professionnelle à travers différents éléments :

- le temps (5 professionnelles, 2 parents) ;
- les éléments de personnalité de l'enfant, son histoire de vie (4 parents et 3 professionnelles) ;
- des traits personnels de la référente ou des compétences professionnelles particulières telle que la disponibilité, la sensibilité (4 parents et 1 professionnelle) : « peut-être que c'est moi qui les enferme dans un truc » (professionnelle N°21) ;
- la prise en charge privilégiée des soins dans le quotidien et donc la quantité de temps passé ensemble (3 parents, 2 professionnelles) ;

- le fait de prendre en charge les soins de temps en temps, ainsi que l'accompagnement général proposé (4 professionnelles) ;
- une compatibilité entre les deux personnalités (2 parents, 2 professionnelles) ;
- une petite taille de groupe pris en charge par la référente (1 professionnelle) ou par l'équipe quand il n'y a pas de référence (1 professionnelle) : (« Comme on n'avait pas trop d'enfants. Donc, il y a vraiment le lien qui s'est créé avec les enfants », N°68) ;
- témoigne du lien de confiance (1 parent) ;
- la connaissance par les parents d'une professionnelle (1 parent).

Pour 9 professionnelles et 1 parent, les professionnelles ne peuvent pas entretenir les mêmes liens avec tous les enfants ; ainsi des liens d'attachement avec certains enfants se créent automatiquement, « sans s'en rendre compte » (professionnelle N°61). Quatre professionnelles et un parent ont les mêmes arguments: « on reste humain » (professionnelle N°19), « c'est un métier tellement humain » (professionnelle N°61), « on est quand même humain » (professionnelle N°66), « on est quand même dans l'humain » (professionnelle N°68). Une professionnelle insiste sur l'idée que la création d'un tel lien ne relève pas de « la faute de la professionnelle ». Une professionnelle se demande quand même si elle « n'émet pas elle-même des choses particulières qui augmentent la force du lien « malgré » elle » (N°21) et une précise qu'elle « n'y peux rien !» (N°61).

Un frein à l'ouverture aux autres professionnelles ?

Pour 5 participants (2 parents et 3 professionnelles), la création d'un lien privilégié avec une professionnelle peut entraîner des difficultés dans la mise en œuvre des relais en l'absence de celle-ci. Mais, 9 participants (3 parents et 6 professionnelles) disent ne pas ressentir du tout cela dans le quotidien.

Pour 6 professionnelles, en présence de la référente, l'enfant peut se montrer « accroché » à cette professionnelle et montrer des réticences à s'ouvrir au reste de l'équipe. Cependant, 14 parents et 16 professionnelles n'abondent pas dans ce sens: l'enfant développe une confiance et une aisance avec toutes les professionnelles de l'unité de vie et pour 13 d'entre eux (2 parents et 11 professionnelles) cette ouverture se fait progressivement. Huit professionnelles estiment d'ailleurs que ces liens privilégiés s'atténuent au fil des années et sont donc davantage perceptibles chez les plus petits. A l'inverse, les liens privilégiés

apparaissent davantage perceptibles à mesure que l'enfant grandit pour 2 autres professionnelles.

Analyses des « trois mots »

Pour conclure cette partie sur les relations enfants-professionnelles et avant de décrire les relations parents-professionnelles, nous souhaiterions présenter les résultats issus de la dernière question posée aux participants des crèches sans référence[18] : « Si vous deviez synthétiser les relations enfants-professionnelles en trois mots-clés, qu'est-ce que vous diriez ? ». La liste précise des mots exprimés par chaque participant est présentée en Annexe (Annexe 8) ; nous vous en proposons ci-dessous une synthèse.

Au total, 60 mots ont été formulés par les parents et les professionnelles mais 46 seulement ont été analysés ; les autres ont été supprimés car la formulation de la question avait été modifiée.

L'occurrence des mots

Huit mots apparaissent dans plusieurs entretiens : « confiance » (N=8), « sécurité » (N=5), « bienveillance » (N=3), « respect » (N=2), « complicité » (N=2), « crèche » (N=2), « affectif » (N=2), « écoute » (N=2).

Par ailleurs, si l'on regroupe les mots dont le sens est proche, nous remarquons que les relations enfants-professionnelles sont dépeintes sous l'angle de :

- la confiance par 8 personnes ;

- la sécurité (« sécurité », « être rassurant) ainsi que la bienveillance (« bienveillance », « respect ») à 6 reprises ;

- l'affectif (« affectif », « affection », « tendresse ») et de la réciprocité (« partage », « échange », « écoute ») par 4 participants.

Les thèmes les plus fréquents

Les parents comme les professionnelles se sont d'abord concentrés sur les relations enfants-professionnelles et les adjectifs et valeurs qui leur sont rattachés tels que « respect », « partage », « échange », « complicité », « simplicité ». Puis, ce sont les savoir-être et compétences des professionnelles dans les relations qui ont été ciblés par les deux catégories

[18] Pour les participants issus des crèches avec une référence marquée, la question était différente et portait sur la relation enfant-référente comme nous l'avons présenté précédemment (partie 3.4.2.2.4.5.).

de personnes: par exemple, « bienveillance », « écoute », « spontanéité », « être rassurant », « être bienveillant », « professionnalisme ». Ensuite, c'est la notion de sécurité qui a été abordée. Enfin, des professionnelles mentionnent les bénéfices de ces relations qu'elles en ont retirés (« plaisir », « bonheur ») et des parents pour eux-mêmes et leurs enfants (« richesse », « estime de soi »).

L'ordre d'énonciation

L'analyse de l'ordre d'énonciation des mots ne s'est révélée pertinente que pour les parents : le mot « confiance » apparaît 5 fois sur 6 en première position.

3.4.1.1.1.2. La relation parents-professionnelles

Les liens envers l'ensemble de l'équipe

En général, les participants reconnaissent que les relations parents-professionnelles sont de bonne qualité (7 parents, 4 professionnelles) : certains parlent de liens de « confiance » (1 professionnelle, 3 parents), « sympathiques » (2 professionnelles) ou encore « d'attachement » (1 professionnelle). Deux participants précisent que cette qualité s'acquiert avec le temps.

Deux parents seulement disent entretenir le même lien avec l'ensemble des professionnelles. Pour l'un de ces parents, une relation spécifique se met cependant en place avec les professionnelles stables dans l'unité d'une année sur l'autre, contrairement aux professionnelles qui interviennent ponctuellement.

Un lien privilégié avec une professionnelle

Pour 23 participants (8 parents et 15 professionnelles), un lien privilégié peut exister entre un parent et une professionnelle. Pour 18 d'entre eux (7 parents et 11 professionnelles), ce lien se créé avec la référente et pour 5 autres (4 professionnelles, 1 parent) avec une professionnelle non référente.

Un lien privilégié avec la référente

Le lien entre le parent et la référente est décrit comme « particulier » ou « privilégié » (5 professionnelles et 6 parents), une relation de « confiance » (3 parents, 7 professionnelles) ou encore « d'attachement » (4 professionnelles). Enfin, 3 participants (1 parent et 2 professionnelles) évoquent la création d'un lien de « proximité » ou « d'intimité » comme en témoigne un parent : « Je demande comment vont ses parents. J'essaye un petit peu de

m'intéresser aussi à sa vie privée […] de chaque côté, une intimité développée mais de façon minime » (parent N°1).

Ce lien spécial avec la référente se traduit par des temps de transmissions plus longs et des échanges plus enrichis (9 professionnelles, 8 parents).

Pour 5 parents, la création du lien avec la référente nécessite du temps.

Par ailleurs, 4 parents témoignent ne pas avoir créé de lien spécifique avec la référente.

Un lien privilégié avec une professionnelle non référente

Puis, 5 participants témoignent (4 professionnelles, 1 parent) que des liens d'attachement parents-professionnelles peuvent se mettre en place en l'absence de référence ou avec une autre personne que la référente.

Arguments qui justifient la création d'un lien privilégié

Outre la référence, les participants proposent plusieurs hypothèses pour expliquer la mise en place d'un lien spécifique entre un parent et une professionnelle:

- une compatibilité de personnalité (3 parents, 2 professionnelles) ;
- des réponses adaptées de la professionnelle aux questionnements du parent (1 professionnelle) ;
- des temps d'échange plus fréquents entre les parents et la professionnelle (1 professionnelle) ;
- la reconnaissance de la part du parent du lien privilégié entretenu entre la professionnelle et son enfant (1 parent).

Une professionnelle insiste sur le fait que la création d'un lien privilégié n'est pas due à la professionnelle qui tente d'avoir le même comportement avec tous les parents.

Un frein à l'ouverture vers l'ensemble de l'équipe ?

Pour 8 professionnelles, l'existence d'un lien privilégié entre un parent et une professionnelle peut freiner la communication des parents avec les autres professionnelles. Les relais en l'absence de la référente peuvent alors être plus difficilement vécus et les transmissions évitées. Cependant, ce phénomène semble variable en fonction des parents puisque 5 de ces professionnelles affirment que les relais se passent sans difficultés. Pour 5 autres professionnelles, la force du lien mis en place va, en effet, dépendre de la personnalité du parent et de celle de la professionnelle en présence.

3.4.1.1.1.3. Liens enfants-parents-professionnelles

La prise en compte simultanée des trois acteurs en présence, enfant-parent-référente, apparaît dans 4 entretiens de professionnelles et 5 de parents. L'une de ces professionnelles résume : « on forme un trio » (N°29) et un parent précise que « l'interaction est très importante […] entre les 3 » (N°1).

Pour 5 participants (3 parents, 2 professionnelles), la relation entre l'enfant et une professionnelle référente ou non est impactée par la façon dont les parents considèrent ce lien. Certains d'entre eux vont favoriser la relation en « cultivant la référence », si les parents eux-mêmes se sentent en confiance avec la référente : « Si, moi, je lui fais confiance (à la référente), il (l'enfant) a pas de raison d'avoir peur, tout se passera bien » (parent N°9). A l'inverse, ils peuvent empêcher qu'elle se développe en ne la soutenant pas. Voici un témoignage illustrant notre propos : « Nous, à la maison, on lui a jamais vraiment dit 'Tes référentes, c'est Marie et Sophie […] ; après, c'est vrai qu'elle (sa fille) s'est vite tournée d'elle-même vers Sylvie […] ; peut-être que moi, je me comporte différemment avec elle […] ; elle me rappelle peut-être un peu ma maman » (parent N°74).

3.4.1.1.2. Focus sur la relation d'attachement enfant-professionnelle

La description des relations enfants-professionnelles a engendré de nombreux échanges concernant le processus « d'attachement » et de « détachement » de l'enfant et, par conséquent, autour de la question de la « juste distance » affective entre l'enfant et la professionnelle.

3.4.1.1.2.1. Le système d'attachement

Le processus « d'attachement »

La question de l'attachement enfant-professionnelle a fortement troublé les participants, puisque ce terme est comptabilisé 88 fois dans le discours des professionnelles et 32 fois dans celui des parents.

Pour 8 participants (3 professionnelles et 5 parents), la création d'un lien d'attachement est « nécessaire » pour l'enfant. Or, l'impact de ce lien d'attachement sur le bien-être et le développement de l'enfant fait débat entre les participants, comme nous l'avons vu précédemment. Pour rappel, certains l'accusent notamment de freiner l'ouverture de l'enfant aux autres professionnelles et, plus concrètement, d'engendrer des refus lorsque les soins sont assurés par ces dernières.

Quatre professionnelles expliquent alors qu'il n'est pas toujours évident de savoir si l'attachement répond à un besoin de l'enfant ou l'enferme dans une relation : « On est en ambivalence entre attacher/détacher, ce n'est pas évident » (N°21).

Le processus de « détachement »

Plusieurs professionnelles sont d'accord sur le fait qu'un processus de « détachement » doit s'opérer après une phase d'attachement mais un questionnement existe quant à la personne qui doit enclencher ce processus. Voici la réflexion d'une professionnelle à ce sujet : « Est-ce que nous, on doit de plus en plus mettre de distance ou que par eux-mêmes ils prennent leur envol ? C'est compliqué » (N°21).

Pour 7 participants (5 professionnelles, 2 parents), le détachement est mis en œuvre spontanément par l'enfant : « Ils vont peut-être un peu, pendant quelques temps, vraiment se réfugier avec elle (mais) je pense qu'ils finissent tous par s'ouvrir de toute façon » (parent N°9). A l'inverse, selon 3 autres participants (1 parent et 2 professionnelles), l'adulte doit avoir un rôle actif dans ce processus.

Pour 2 parents et 5 professionnelles, le système de référence doit évoluer progressivement de lui-même lors de la deuxième ou troisième année d'accueil : « La troisième année, il faut ouvrir à fond, la troisième année il devrait y avoir des références ouvertes » (professionnelle N°27). Les participants évoquent ici une prise en charge des soins par l'ensemble de l'équipe après accord de la référente initiale (1 professionnelle).

Existe-t-il un risque qu'un lien d'attachement trop fort se créé entre un enfant et une professionnelle ?

Au-delà de la bascule entre attachement et détachement, 5 professionnelles pensent qu'elles doivent avoir une grande « vigilance », « faire attention » à leur posture quotidienne afin que le lien ne « dévie » pas, « à petite échelle comme à grande échelle » (N°27). L'une d'elle confie: « Je pense que si on ne le fait pas bien, ça peut être vraiment dangereux, aussi parce qu'effectivement on peut créer des liens tellement forts avec ces enfants-là, le but ce n'est pas qu'ils nous prennent pour leurs parents non plus» (N°20). Une autre professionnelle dit d'ailleurs faire « attention à ce que quand les parents sont là, on s'efface » (N°74).

Interrogés sur ce risque de création d'un lien trop fort entre l'enfant et une professionnelle, 11 participants (4 professionnelles et 7 parents) certifient ne jamais avoir été témoins d'une telle relation. L'une de ces professionnelle précise, que « ce n'est pas (…) une exclusivité » ou une « relation fusionnelle », « ça reste professionnel » (N°25).

Pour 6 parents, le risque de création d'un lien affectif trop intense est très réduit en crèche comparativement à une assistante maternelle. Pour 2 autres participants (un parent et une professionnelle) la force du lien dépend aussi de l'enfant.

Cependant, beaucoup de professionnelles ont évoqué les risques potentiels liés à la création d'un lien trop fort et la recherche constante d'une juste distance pour éviter ce phénomène.

3.4.1.1.2.2. Lorsque le lien devient trop fort entre l'enfant et la référente…

Plusieurs participants ont fait part de difficultés engendrées par la création d'un lien d'attachement trop fort entre l'enfant et la professionnelle référente.

Un lien non autorisé

Tout d'abord, selon 3 professionnelles, créer un lien « trop fort » avec l'enfant n'est pas autorisé dans ce métier : « On ne doit pas s'attacher » (N°3), « On nous demande […] d'être maternante, mais sans être trop dans l'affectif » (N°76). D'ailleurs, beaucoup de références à une « norme » sont utilisées par les professionnelles sans jamais la nommer. Leur positionnement auprès des enfants est souvent décrit avec la notion de devoir (le terme « doit » revient 34 fois dans les entretiens et « faut », 202 fois).

Un lien qui peut freiner le développement de l'enfant

Pour d'autres, un tel lien peut freiner l'exploration et la socialisation de l'enfant (2 professionnelles, 2 parents) et rendre difficile la prise de sécurité avec les autres professionnelles (3 professionnelles, 1 parent), créer des tensions entre collègues (1 professionnelle), faire « peur » (2 professionnelles). De plus, cela peut rendre la séparation problématique au bout de trois ans chez l'ensemble des acteurs (2 professionnelles).

Un lien qui peut engendrer un risque de confusion du côté de l'enfant

Ensuite, 2 parents imaginent qu'un lien trop fort peut engendrer un risque que l'enfant confonde les rôles maternels et professionnels, mais ils précisent que cela concerne uniquement les plus petits : « Ça a mis beaucoup plus longtemps pour la première (fille), quand j'allais la chercher, avant qu'elle se rende compte que je n'étais pas n'importe quel adulte » (N°65).

Au contraire, 9 parents et 2 professionnelles estiment qu'il n'existe pas de risque que l'enfant fasse une confusion entre sa mère et une professionnelle. Pour deux participants,

l'enfant fait la différence grâce à l'odeur : « Je pense que quand même l'enfant, doit faire la différence entre maman et (sa référente), on n'a pas la même odeur » (professionnelle N°66).

Un lien qui peut entraîner des sentiments de rivalité/jalousie chez les parents

Comme nous le préciseront dans l'article N°4 présenté dans le chapitre « Discussion », la présence d'un lien fort enfant-professionnelles peut aussi faire surgir des sentiments de jalousie, de rivalité chez les parents selon 9 participants (5 parents et 4 professionnelles). Un parent dit que ce sentiment s'est estompé au fur et à mesure qu'il a eu des enfants ; 2 parents affirment ne jamais avoir éprouvé de tels sentiments.

Pour 2 parents, il pourrait exister une contradiction entre les besoins des parents et ceux de l'enfant. Le témoignage de l'un d'eux est éclairant : « Le plus important, c'est l'enfant ; après ce n'est plus moi, en tant que maman, ou c'est à moi de faire le deuil de mes peurs ou que j'arrête d'avoir peur […] ; voilà, quand je pars un peu trop dans cette direction, je me recentre sur Mathilde et je me dis « le plus important c'est l'enfant, c'est Mathilde et… » (N°7).

Il nous semble également important de dire que 5 participants (2 parents, 3 professionnelles) font le constat que l'enfant passe, au final, plus de temps en crèche avec les professionnelles qu'avec ses parents.

Les rôles maternels et professionnels

Nous avons questionné les participants sur la place et le rôle de la référente vis-à-vis de ceux des parents et réciproquement, et sur les sentiments éprouvés par les deux parties.

La place de la référente pour l'enfant

Pour 6 participants (4 parents et 2 professionnelles), la référente possède une place proche de celle des membres de la famille, mais sans s'y inclure non plus : « Elle fait un peu partie de mes proches » (parent N°9) ; « Une tierce personne hors de la famille » (parent N°1), « Ce n'est pas une grande sœur […] ce n'est pas sa grand-mère […] ; ça pourrait être un peu une grande tata ou une marraine. » (Parent N°9). Deux parents parlent d'une place proche de celle de la mère : « Sa maman de crèche. » (N°74).

Le rôle de la référente auprès de l'enfant

Il s'agirait de s'occuper de l'enfant « comme si c'était le sien » selon 3 participants (1 professionnelle et 2 parents). Pour 5 parents, la référente partage certaines missions similaires

à celles des parents (les soins de l'enfant, l'éducation, le fait d'être une personne de confiance). A l'inverse, pour un seul parent, il ne s'agit pas du tout des mêmes rôles.

Les sentiments de la référente envers l'enfant

Pour 5 participants, les sentiments qu'éprouvent la référente envers l'enfant ne sont pas de la même nature que ceux des parents : moins d'affect et plus de distance (4 parents) ainsi qu'une absence d'amour dans la relation enfant-référente (1 professionnelle) : « Quand je regarde mon enfant, il y a de l'amour, il y a tout ça. Là, ça va être plus de l'accompagnement, de l'encouragement, de la bienveillance » (professionnelle N°38).

Pour une professionnelle, les sentiments éprouvés par la professionnelle n'entraînent pas de confusion dans la place de chacun : « Il y a un moment très fort entre l'adulte et l'enfant. Moi, je dis : il ne faut pas se retenir. Il faut laisser aller ses sentiments. Ce n'est pas pour ça qu'on va vouloir être la maman » (N°76).

3.4.1.1.2.3. La notion de « juste distance »

La question de la distance relationnelle entre l'enfant et le référent a été abordée par 10 professionnelles de plusieurs façons: « bonne » distance (2 professionnelles), « juste » distance (1 professionnelle), « petite » distance (1 professionnelle), « certaine » distance (1 professionnelles), distance « professionnelle » (1 professionnelle).

Pour 8 professionnelles, la notion de distance est accompagnée de l'idée que certaines « limites » ne doivent pas être franchies dans la relation à l'enfant. Il semble s'agir de limites affectives comme en témoigne les extraits suivants : « Ne pas aller trop loin » dans la relation, « être moins proche » (N°3), ne pas être « trop dans l'affect comme si on s'imaginait que c'était nos propres enfants » (N°27).

La difficulté à trouver une « juste » distance?

Six professionnelles se disent en difficulté pour trouver une « juste » distance affective vis-à-vis de l'enfant et proposer une relation d'attachement sécurisante, mais non « emprisonnante ». Voici le vocabulaire employé pour décrire ce dilemme : « compliqué » (N=2), « pas évident » (N=2), « périlleux » (N=1), « vraiment dure » (N=1), « très difficile à faire » (N=1).

Pour une professionnelle, respecter une juste distance relève d'un savoir-faire: « Je n'ai pas su faire la distance professionnelle » (N°21). A l'inverse, pour 4 autres, cela se fait

naturellement. Enfin, pour deux professionnelles, il s'agirait d'une capacité propre à chaque professionnelle.

Pour 4 parents, savoir garder une certaine distance fait partie des compétences de bases des professionnelles de crèche : « Si on est professionnelle en crèche, on sait garder quand même une certaine distance et du recul par rapport à la relation avec l'enfant » (N°45).

Les « outils » permettant de trouver une « juste » distance

Enfin, les participants ont proposé plusieurs solutions qui peuvent aider les professionnelles dans ce sens. Nous les présentons ci-après par ordre décroissant de fréquence.

- ouvrir la prise en charge de l'enfant aux autres professionnelles (2 parents, 10 professionnelles) :
    - ouvrir la prise en charge des soins par les autres professionnelles :
        - en laissant le choix aux plus grands de manger avec la professionnelle et les enfants qu'ils souhaitent lors du goûter (7 professionnelles) : « Les grands, ils sont tout à fait capables de nous dire les choses » (N°61) ;
        - en assurant les soins en binôme (6 professionnelles, 1 parent) et ce, dès l'adaptation (3 professionnelles) ;
        - en passant le relais à une autre collègue pour les soins lorsque la référente est déjà occupée avec un autre enfant (1 professionnelle) ;
        - en assurant une prise en charge des soins par l'équipe entière lors de journées spécifiques, comme le samedi par exemple (1 professionnelle) ;
    - intervention des autres professionnelles lors des temps de jeux : des pôles d'activités sont proposés par les différentes professionnelles (6 professionnelles, 5 parents) ;
    - intervention des autres professionnelles en l'absence de la référente (2 parents) ;
    - ouverture des espaces pour laisser la libre circulation des enfants auprès des différents professionnelles et enfants (1 professionnelle).

- avoir une idée précise de l'objectif des soins et différencier sa posture du rôle de la mère (7 professionnelles, 2 parents) : « Je ne fais pas des câlins parce que je les aime ces enfants-là, je fais des câlins parce que c'est mon métier et que je réponds à leurs besoins » (professionnelle N°61) :
- échanger avec les membres de l'équipe (7 professionnelles et 1 parent) et partager ses observations (4 professionnelles) ;
- acquérir de l'expérience professionnelle (6 professionnelle, 1 parent) ;
- présenter aux parents et à l'enfant l'équipe entière et les relais effectués par les autres professionnelles en l'absence de la référente (6 participants) dès l'adaptation (5 professionnelles) ou via des supports tels que des albums photos de l'équipe (1 parent) ;
- passer le relais à une collègue en cas de difficulté (5 professionnelles) ;
- être d'accord avec l'objectif d'ouvrir l'enfant vers les autres (3 professionnelles) : « Il y en a qui aiment que l'enfant soit très attaché à elles, je pense, et du coup, c'est plus compliqué d'ouvrir… » (N°75) ;
- répondre de façon professionnelle aux demandes affectives de l'enfant : contacts affectifs initiés seulement par l'enfant, absence de bisous, limitation de la durée des câlins (4 professionnelles) ;
- instaurer une distance physique avec l'enfant (4 professionnelles) ;
- augmenter la taille des groupes de référence (2 parents et 2 professionnelles) ou des groupes d'enfants ;
- distinguer la vie professionnelle de la vie personnelle (3 professionnelles) ;
- réaliser un travail sur soi (3 professionnelles) : « On a une histoire personnelle propre à chacun, donc je pense qu'il faut être bien dans ses baskets et dans sa tête pour, au bout des trois ans, avoir un petit pincement au cœur parce que l'enfant s'en va, mais pas avoir des larmes de désespoir parce qu'on le quitte » (N°27) ;
- suivre des formations et se documenter (2 professionnelles, 1 parent) ;
- porter un intérêt à l'ensemble des enfants de l'unité de vie (2 professionnelles) ;

- suivre l'ensemble de l'équipe d'une année à l'autre : 2 parents perçoivent une augmentation de la force du lien d'attachement enfant-professionnelle lorsque que seule la référente suit le groupe d'enfants ;
- adopter un comportement identique avec tous les enfants (1 parent, 1 professionnelle) ;
- consacrer des temps de rencontre avec la psychologue pour les professionnelles (1 parent) ;
- mettre en place la référence (1 professionnelle) : « Quand on était en gros groupe où il y avait des groupes d'enfants et il (n'y) avait pas de référence, il y avait quelque chose qui se créait en plus, que là, dans la référence, ça se fait naturellement. Alors, c'était difficile avant » (N°33).

Enfin, pour 5 professionnelles, devenir soi-même parent peut considérablement aider à ne pas trop s'impliquer avec un autre enfant sur le lieu de travail : « C'est vrai que peut-être qu'avant d'être maman, j'aurais dit que je m'y attachais plus […] ; je les cocoonais, je n'avais pas d'enfant à la maison donc c'était différent » (N°38).

Deux professionnelles apportent une nuance en expliquant que les situations rencontrées avec les enfants de la crèche peuvent faire écho à celles rencontrées avec leurs propres enfants et rendre plus difficile la prise de distance.

Pour alimenter davantage toutes ces informations, nous avons précisé les espaces et supports de formation et réflexion autour des pratiques professionnelles à disposition des professionnelles dans les crèches participantes dans l'Annexe 8.

3.4.1.1.2.4. Au-delà du contenu verbal

Questionner les participants sur les relations entretenues entre l'enfant et les professionnelles a parfois suscité des réactions émotionnelles particulières, des gênes et des difficultés pour élaborer des réponses construites. Nous souhaitons présenter ci-dessous les points de difficulté repérés et les mécanismes de défenses mis en œuvre à ces occasions et révélés par l'analyse du discours.

Des sujets difficiles à appréhender

Tout d'abord, les participants ont pu trouver délicat d'analyser et de mettre des mots sur ce lien construit avec l'enfant. Peut-être n'y avaient-ils jamais réfléchi ? Ou peut-être pensent-ils que l'existence de liens particuliers n'est pas autorisée en crèche ou peu favorable au développement de l'enfant ? (4 professionnelles, 4 parents). Par exemple, à la question

« Le matin, lors de la séparation, est-ce que vous remarquez des différences ou pas dans le comportement des enfants que vous accueillez? », une professionnelle (travaillant avec une référence marquée) répond « Au début, c'est normal (que les enfants manifestent des différences dans leurs comportements envers les professionnelles), parce que quand ils ont été accueillis par une personne, c'est vrai qu'ils ont... faut leur laisser le temps aussi de s'adapter mais dans l'ensemble... non, ça se passe, y a pas trop de problème...» (N°23).

Puis, l'absence de difficultés dans l'accueil de l'enfant à la crèche semble avoir empêché certains participants de faire attention aux liens mis en place dans le quotidien (1 professionnelle, 7 parents). A titre d'exemple, à la question « Qu'est-ce que vous percevez des relations que (votre enfant) tisse ici avec les professionnelles ? », un parent répond « Alors, on en a déjà un petit peu parlé avec les encadrantes... Moi, je dirais… enfin moi, j'aime bien, je trouve… on a toujours… je n'ai jamais été déçu et je pense qu'il y a… un bon échange, une bonne relation. Pour moi en fait, je n'ai rien à… je ne sais pas comment expliquer mais je n'ai rien à redire. Je trouve qu'à chaque fois qu'il arrive, il y va de de bon cœur, donc je pense qu'il est bien » (N°66).

Enfin, lorsque nous avons demandé aux professionnelles la nature de la relation mise en place avec l'enfant, 14 se sont retrouvées embarrassées et l'ont exprimé verbalement ou par un autre moyen (e.g. soupirs, silence).

L'analyse du vocabulaire des entretiens soutient aussi cette idée. Les mots « je ne sais pas/plus » ont été employés 137 fois par les professionnelles et 149 fois par les parents. De plus, des mots relatifs aux difficultés rencontrées sont employés fréquemment : « compliqué » (105 occurrences chez les professionnelles ; 73 chez les parents), « soucis » (45 occurrences chez les professionnelles, 30 chez les parents), « dur » (40 occurrences pour les professionnelles, 17 pour les parents), « problème » (29 occurrences chez les professionnelles, 13 chez les parents). Il est à noter que ces mots sont nettement plus prononcés par les professionnelles issues des crèches sans référence (par exemple, pour le mot « compliqué » : 32 occurrences en référence marquée contre 73 sans référence).

Des sujets suscitant des émotions/sentiments particuliers

De plus, deux sujets en particulier ont paru générer des sentiments et émotions assez négatifs chez certains participants :

- la création d'un lien (fort) d'attachement entre l'enfant et une professionnelle référente ou non peut susciter de l'appréhension, de la peur (6 professionnelles, 8 parents) ;
- la distinction entre le rôle maternel et professionnel engendre parfois des sentiments de rivalité, de jalousie du côté des parents et de culpabilité chez les parents et les professionnelles (3 professionnelles, 6 parents).

Les éléments signifiants du discours

Ces éléments ont été repérés dans les entretiens à travers plusieurs éléments :

- une part importante du discours des participants accordée à ces thématiques.
- une évocation spontanée de ces thématiques.
- un retour fréquent à ces sujets (Exemple : « On peut pas dire que c'est comme une 2ème maman parce que ce n'est pas vrai, parce que ce n'est pas à ce niveau-là […]. Elle ne peut pas supplanter une maman parce qu'on a forcément un lien différent avec notre enfant […] Elle n'a jamais été ma maman […] Je sais que ce n'est pas sa grand-mère, c'est vraiment apparenté à une marraine » (parent N°9).
- une confusion dans le discours (exemple : question = « Dans la deuxième expérience professionnelle que vous avez eu, c'était le même type de référence qu'ici ? Une coréférence et après une ouverture ? », réponse = « Non, c'était différent parce que là on...il y avait pas... on ne parlait pas plus de co-référente parce que du coup.... enfin si, oui et non parce que.... enfin parce que moi j'étais un peu volante c'est à dire que je faisais les bébés et les moyens-grands et en fait là-bas c'était deux sections séparées, les bébés et les moyens/grands. Donc du coup quand je faisais des adaptations de.... de bébés, ben du coup, il y avait.... cette co-référente mais du coup... enfin c'était bizarre parce que il y avait pas trop.... elle prenait le relais mais c'était rapide, c'était très rapide tandis que ici ben on prend le temps quand même c'est à dire au bout de deux, trois jours c'était.... je m'en occupe parce qu'après quand j'étais pas là, quand j'allais chez les moyens/grands, et ben....j'étais pas là, j'étais....je pouvais pas me couper en deux (rires) donc du coup fallait aussi que je m'occupe des moyens/grands enfin, voilà.... avec mes horaires c'était un peu différent. Donc la co-référente entre guillemet prenait vite le relais donc en fait pour moi j'étais pas référente, j'étais référente mais de.... deux, trois jours » (Professionnelle n°14).

- une référence marquée et répétée au cadre d'intervention des professionnelles, la posture qu'elles « doivent » ou non adopter (professionnelles N°3, 21, 27). (exemple : « On ne doit pas s'attacher mais.... », professionnelle N°3).
- certains mécanismes de défenses, présentés ci-après.

Des mécanismes de défenses activés (liste non exhaustive)

Enfin, certains mécanismes de défenses ont été repérés dans le discours :

- l'évitement (exemple : question = « pourquoi 'on ne doit pas' s'attacher ? », réponse = « donc voilà on finit par s'attacher. Là je vois cette année, j'ai mon groupe qui est arrivé en septembre… » ; plus tard dans le discours, question = « pourquoi on ne doit pas s'attacher ? Qui dit ça ? », réponse = « ben pour l'enfant et pour nous. Parce que faut se dire aussi que lui est là trois ans au maximum et après il s'en va et on le revoit plus » (Professionnelle N°3).
- la dénégation (exemples : question = « Les moments où la référente n'est pas là, est-ce que ça rend plus difficile l'accompagnement de l'enfant ou du parent ? », réponse = « Je ne m'en suis pas rendue compte parce qu'en fait, les moments où je ne suis pas là, je ne vois pas ce qui se passe ! » (professionnelle n°43) ; « L'enfant, il nous… enfin, il nous connaît comme si on était… pas ses parents mais vraiment il nous connaît par cœur » (professionnelle n°54).
- l'exagération ou la minimisation du propos (exemples : « Ce petit truc de référent …» (professionnelle n°23) ; « Prendre le temps pendant une semaine avec le parent et l'enfant et ça s'est passé très, très bien, donc ce n'est pas nouveau pour moi ici... et c'est vrai que, là, je continue comme ça, donc c'est génial » (professionnelle N°14) ; « Le matin, c'était assez difficile mais alors dès qu'Isabelle arrivait, c'était le grand bonheur » (parent n°74) ; « J'avais beaucoup de difficulté à le laisser et du coup , j'ai été ravie. Enfin, au départ, j'appelais assez souvent à l'accueil, enfin, dès que j'arrivai au boulot pour savoir si ça se passait bien, si ça allait. Et au fur et à mesure, j'ai été enchantée de voir que mon fils s'était bien adapté, qu'il évoluait assez rapidement » (parent N°58)).
- l'annulation de ce qui vient d'être dit (exemple : « Il y a des enfants qui arrivent aussi à la crèche en étant peut-être insécurisés avec le poids de ce qui peut se passer à l'extérieur de la crèche. Et puis le comportement de l'enfant à la crèche, il peut du coup être peut-être plus difficile à comprendre pour la personne qui l'a en

référence, mais vraiment il y a pas de raison que ce le soit » (professionnelle N°43)).

- La rationalisation (exemples : « Etre référent d'un enfant, l'enfant, il s'attache plus ou moins. C'est logique en fait, c'est quelque chose de naturel l'attachement…» (professionnelle N°33) ; « Ça ne changerait pas les choses en fait qu'il n'y ait pas de référence puisque même si elle s'occupait du tout, de tous les enfants, il y a forcément, enfin, je vais dire c'est humain, il y a forcément un enfant vers lequel on serait peut-être plus attaché, après, ça, c'est inconscient. Voilà, ça ne me perturbe pas » (parent n°6)).
- La contradiction (exemples : « Ils ne m'avaient jamais vue même si je suis allée leur dire bonjour de temps en temps pour qu'ils me connaissent » (professionnelle N°3) ; « On n'est rien pendant trois ans de leur vie » (professionnelle N°27) ; « C'est vrai que ce n'est pas toujours facile, mais ça se passe très bien » (professionnelle N°19)).

3.4.1.2. Les données issues du questionnaire TAQ

Pour évaluer la qualité des liens d'attachement enfant-professionnel, nous avons eu recours au Toddler Attachement Questionnaire. Pour rappel, ce questionnaire est rempli par les professionnelles et permet d'obtenir trois scores correspondant à ces trois échelles : Détachement, Labilité et Flexibilité. Ces capacités/difficultés attentionnelles évaluées renseignent sur la qualité du lien d'attachement enfant-professionnelle. Plus précisément, la flexibilité concerne la capacité de l'enfant à prendre en compte les différents stimuli de l'environnement ; elle est davantage caractéristique d'un attachement sécure, alors que la labilité et le détachement, décrivant des difficultés à maintenir son attention sur une tâche et à avoir un niveau de vigilance suffisant permettant de rester en alerte pour détecter de nouveaux stimuli, sont davantage témoins d'un attachement insécure.

Il n'existe actuellement pas de score seuil ; leur interprétation prenant alors sens dans la comparaison avec les scores moyens obtenus dans l'étude de validation francophone ou dans la comparaison avec d'autres groupes de données.

3.4.1.2.1. <u>Comparaison des scores obtenus en fonction de la professionnelle interrogée</u>

Au total, 65 professionnelles ont participé et ont rempli des questionnaires pour 59 enfants. Comme nous l'avons expliqué dans le chapitre Méthodologie, pour un enfant donné,

nous avons demandé à toutes les professionnelles intervenant dans l'unité de vie de remplir un questionnaire individuellement. Au sein de notre échantillon d'enfants, 43 étaient issus d'une crèche avec référence.

Nous présentons ci-dessous (tableau 43) les scores moyens de la référente aux côtés des scores moyens obtenus par la/les autre(s) professionnelle(s) de l'unité de vie.

Afin de comprendre le tableau 43, il nous paraît judicieux de préciser que le score maximal pour l'échelle Détachement est de 55 points ; il est de 40 points pour la Labilité et de 20 points pour la Flexibilité.

Tableau 43: Caractéristiques des scores moyens des questionnaires remplis par la référente et par l'/les autre(s) professionnelle(s) prenant en charge l'enfant

Sous-échelle du TAQ	**Participante(s)**	**Statistiques descriptives**						
		N	**Moyenne**	**Ecart type**	**Coefficient de variation**	**Minimum**	**Maximum**	**Etendue**
Détachement	Référente	43	2,29	0,52	22,87	1,27	3,73	2,45
	Autre(s) professionnelle(s)	59	2,43	0,53	21,86	1,14	4,06	2,92
Labilité	Référente	43	2,48	0,58	23,26	1,38	3,63	2,25
	Autre(s) professionnelle(s)	59	2,66	0,59	22,14	1,13	3,75	2,63
Flexibilité	Référente	43	3,65	0,63	17,22	2,25	5	2,75
	Autre(s) professionnelle(s)	59	3,6	0,74	20,64	1,88	6,5	4,63

Le tableau 43 ci-dessus permet de remarquer que le score moyen obtenu par les enfants en Détachement et Labilité est plus faible lorsque le questionnaire est rempli par la référente (respectivement M=2.29 et 2.48) que par les autres professionnelles (M=2.43 et 2.66). Il s'agit de l'inverse pour l'échelle de Flexibilité (M=3.65 pour les référentes et 3.60 pour les professionnelles). L'écart entre les deux moyennes est plus important pour la Labilité (0.18 point) que pour le Détachement (0.14 point de de différence) et la Flexibilité (0.05 point). Ceci pourrait alors signifier que l'enfant montre davantage de compétences attentionnelles en présence de sa référente comparativement aux autres professionnelles ce qui, au regard de l'attachement, pourrait laisser imaginer la présence d'un lien plus sécure avec la professionnelle référente.

Par ailleurs, nous relevons que l'étendue des scores est moins importante lorsque la référente a rempli le questionnaire (exemple : pour le Détachement, l'étendue des scores est de 2.45 points pour les référentes contre 2.92 pour les autres professionnelles). Chaque fois, les scores minimum et maximum sont atteints par les professionnelles non référentes. Ce

phénomène pourrait s'expliquer par le fait que le groupe des référentes est composé de moins de participantes (une référente par enfant) que le groupe des « autres professionnelles » (une ou plusieurs professionnelles par enfant). Néanmoins, les coefficients de variation (ou écart-type relatifs) révèlent un autre constat : la variation des scores autour de la moyenne est plus importante lorsque le questionnaire est rempli par la référente que par les autres professionnelles pour le Détachement (22.87 contre 21.86) et la Labilité (23.26 contre 22.14) ; il s'agit de l'inverse pour la Flexibilité (17.22 contre 20.64). Le groupe d'enfants accueillis en référence classique semble donc plus hétérogène du point des scores au TAQ que le groupe sans référence.

Evaluation de la taille de la différence

Afin d'évaluer la taille de la différence entre ces moyennes, nous avons utilisé le calcul suivant[19] :

x = (Moyenne groupe 1 « avec référence classique » - Moyenne groupe 2 « sans référence ») / Ecart-type total commun

De façon communément admise, nous interprèterons le résultat à ce calcul de la façon suivante :

- 0< x >0.4 = différence « négligeable » ;
- 0.4< x >0.6 = différence « moyenne » ;
- x > 0.6 = différence « importante ».

Tableau 44 : Présentation des coefficients d'écarts entre les moyennes des enfants aux différentes sous-échelles du TAQ lorsque le questionnaire est remplis par la référente ou par les autres professionnelles de l'unité de vie

Sous-échelles du TAQ	Ecarts de moyennes
Détachement	0,33
Labilité	0,35
Flexibilité	0,09

Les différences relevées entre les moyennes sont toutes inférieures à .40 et sont ainsi considérées comme négligeables. Cependant, pour les échelles Détachement et Labilité, l'écart entre la moyenne des questionnaires remplis par la référente et celle issue des

[19] La décision d'utiliser uniquement des statistiques descriptives a été préconisée par Philippe Bonnet, statisticien au sein de notre école doctorale. Comme nous le présentons dans le chapitre Discussion, l'utilisation de statistiques inférentielles ne parait pas pertinente au vue de nos données.

questionnaires renseignés par les autres professionnelles permet presque de considérer cette différence comme « moyenne ».

Analyse de corrélation

Enfin, nous avons réalisé une analyse de corrélation de Bravais-Pearson ainsi que de Spearman afin de mettre en lumière les liens entre les réponses des référentes et celles des autres professionnelles. Nous avons réalisés les deux analyses de corrélation durant tous nos résultats afin de tester de façon plus robuste les éventuelles corrélations relevées.

Tableau 45 : Analyse de corrélation de Bravais-Pearson20 entre les scores des enfants aux différentes sous-échelles du TAQ en fonction des différentes professionnelles participantes (référentes ou autres professionnelles)

			Référentes		
			Détachement	Labilité	Flexibilité
Autres professionnelles	Détachement	Corrélation de Pearson	,488**	0,076	-,458**
		Sig. (bilatérale)	0,001	0,627	0,002
		N	43	43	43
	Labilité	Corrélation de Pearson	0	,590**	-,427**
		Sig. (bilatérale)	0,999	0	0,004
		N	43	43	43
	Flexibilité	Corrélation de Pearson	-,343*	-,406**	,512**
		Sig. (bilatérale)	0,024	0,007	0
		N	43	43	43

**. La corrélation est significative au niveau 0,05 (bilatéral).*
***. La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).*

[20] Afin d'augmenter la lisibilité de la présentation, nous avons supprimé la partie inférieure des tableaux de corrélation.

Tableau 46 : Analyse de corrélation de Spearman entre les scores des enfants aux différentes sous-échelles du TAQ en fonction des différentes professionnelles participantes (référentes ou autres professionnelles)

			Référentes		
			Détachement	Labilité	Flexibilité
Autres professionnelles	Détachement	Coefficient de corrélation	,456**	0,132	-,547**
		Sig. (bilatéral)	0,002	0,399	0
		N	43	43	43
	Labilité	Coefficient de corrélation	-0,018	,607**	-,429**
		Sig. (bilatéral)	0,91	0	0,004
		N	43	43	43
	Flexibilité	Coefficient de corrélation	-,382*	-,512**	,596**
		Sig. (bilatéral)	0,011	0	0
		N	43	43	43

**. La corrélation est significative au niveau 0,05 (bilatéral).*
***. La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).*

Des corrélations positives, robustes (autour de 0.50) et très significatives (p<.01) apparaissent entre les scores de Détachement (Corrélation de Bravais Pearson = 0.488 ; p=0.001 ; Corrélation de Spearman = 0.456, p=0.002), de Labilité (Corrélation de Bravais Pearson = 0.590, p<.001 ; Corrélation de Spearman = 0.607, p<.001) et de Flexibilité (Corrélation de Bravais Pearson = 0.512 ; p<.001 ; Corrélation de Spearman = 0.596, p<.001). Cela semble donc indiquer que la référente et les professionnelles perçoivent des comportements attentionnels assez similaires pour un même enfant.

Pour la suite des analyses, nous avons fait le choix de calculer par enfant un score moyen aux trois échelles à partir de tous les questionnaires remplis, que ce soit par les professionnelles référentes ou non référentes.

3.4.1.2.2. Les scores moyens obtenus par enfant

Nous décrivons ci-dessous les caractéristiques des scores moyens obtenus avec cet outil pour l'échantillon d'enfants global et les mettons en lien avec les scores moyens de l'étude de validation francophone. Puis nous comparerons les données remplies pour les enfants issus de crèches avec une référence classique avec celles des enfants accueillis dans des crèches sans référence. Enfin, nous présenterons l'analyse de corrélation entre les scores obtenus aux trois échelles et le score de référence.

3.4.1.2.2.1. Description générale

Le tableau 47 ci-dessous montre les caractéristiques des scores moyens obtenus par les enfants aux trois échelles.

Tableau 47 : Caractéristiques des scores des enfants aux différentes sous-échelles du questionnaire TAQ

Sous-échelle TAQ	**Statistiques descriptives**										
	N	**M**	**M tronquée (5%)**	**ET**	**Coefficient de variation (en %)**	**Med**	**Mode**	**Min**	**Max**	**Etendue**	**Ecart inter-quartile**
Détachement	59	2,4	2,39	0,44	18,41	2,34	2	1,36	3,73	2,37	0,75
Labilité	59	2,6	2,6	0,51	19,62	2,56	3	1,63	3,71	2,08	1,75
Flexibilité	59	3,54	3,55	0,54	15,21	3,75	3,75	1,88	4,38	2,5	2,75

Tout d'abord, nous voyons que les scores moyens les plus élevés se situent dans l'échelle Flexibilité (M=3.54) puis Labilité (M=2.6) pour finir par Détachement (M=2.4). De plus, il y a une plus grande dispersion autour de la moyenne au sein des deux premières échelles (Détachement : ET=0.44, Coefficient de variation = 18.41% et Labilité : ET=0.51, Coefficient de variation = 19.62%) comparativement à l'échelle de Flexibilité (ET=0.54, Coefficient de variation = 15.21%).

Ces scores moyens obtenus apparaissent proche de l'étude de validation : pour le Détachement, nous obtenons 2.40 points de moyenne contre 2.45 lors de la validation et 3.54 en Flexibilité contre 3.57 dans l'étude de validation. En Labilité, nous obtenons un score de 2.6, plus faible que celui de l'étude de validation originale (2.88).

Un alpha de Cronbach a été calculé pour chaque échelle (α=0.72 pour le Détachement, α=0.81 pour la Labilité et α=0.61 pour la Flexibilité) afin d'évaluer dans quelle mesure l'outil se comporte de façon similaire à l'étude de validation francophone. Les trois alphas calculés se sont retrouvés inférieurs à ceux de l'étude de validation francophone mais l'écart paraît peu important (moins de 0.04 point) pour les échelles de Labilité et Flexibilité alors qu'il est de 0.10 point pour le Détachement.

3.4.1.2.2.2. Analyse des scores du TAQ avec les catégories de référence

Parmi les 59 enfants pour lesquels un questionnaire a été complété, nous nous sommes concentrées sur les 22 enfants issus d'une crèche fonctionnant avec une référence sur trois ans et 14 autres sans référente. Les enfants accueillis dans des crèches fonctionnant avec une référence plus limitée dans le temps n'ont pas été pris en compte dans les analyses de cette sous-partie.

Tableau 48 : Caractéristiques des scores des enfants aux différentes sous-échelles du questionnaire TAQ en fonction du type de référence pratiquée dans leur crèche d'accueil (référence classique ou sans référence)

TAQ	Type de référence	Statistiques descriptives										
		N	M	M tronquée (5%)	ET	Coefficient de variation	Med	Mode	Min	Max	Etendue	Ecart interquartile
Détachement	Référence classique	22	2,37	2,37	0,4	16,72	2,3	2,27	1,68	3,3	1,62	0,5
	Sans référence	14	2,4	2,4	0,26	10,72	2,41	2,18	1,86	2,92	1,06	0,31
Labilité	Référence classique	22	2,51	2,51	0,52	20,74	2,46	3	1,69	3,56	1,87	0,9
	Sans référence	14	2,87	2,87	0,44	15,26	2,79	-	2,29	3,71	1,42	0,63
Flexibilité	Référence classique	22	3,52	3,52	0,53	15,08	3,47	3	2,44	4,38	1,94	0,77
	Sans référence	14	3,57	3,57	0,36	10,01	3,69	3,75	2,63	4	1,37	0,34

Les scores moyens des enfants issus des crèches avec une référence classique et sans référence sont très proches avec les échelles Détachement (respectivement 2.37 et 2.40) et Flexibilité (3.52 et 3.57) : les écarts sont de 0.03 point pour le Détachement et de 0.05 point pour la Flexibilité. Cependant, en Labilité, une différence de 0.36 points est visible entre le score des enfants en référence classique (M=2.51) et celui des enfants sans référence (M=2.87) ; le score de ces derniers étant supérieur aux premiers.

Par ailleurs, nous constatons chaque fois une dispersion des scores des enfants autour de la moyenne plus importante pour les enfants en référence classique que les enfants sans référence : l'écart entre les deux coefficients de variation est de 6% pour le Détachement, 5.48% pour la Labilité et 5.07% pour la Flexibilité. Le même phénomène est aussi repéré en ce qui concerne l'étendue des scores et l'écart interquartile. Les scores des enfants en référence classique sont donc moins concentrés autour de la moyenne et la médiane que ceux des enfants sans référence. La différence d'effectif entre les deux groupes (N=22 pour le groupe « en référence classique » et N=14 pour le groupe « sans référence) pourrait expliquer ce résultat.

Evaluation de la taille de la différence

Tableau 49 : Présentation des coefficients d'écarts entre les moyennes aux différentes sous-échelles du TAQ des enfants accueillis en référence classique et des enfants sans référence

Sous-échelles du TAQ	Ecarts de moyennes
Détachement	0,1
Labilité	0,7
Flexibilité	0,12

Le tableau 49 ci-dessus permet de noter que seule la différence entre les moyennes du groupe « référence classique » et du groupe « sans référence » pour l'échelle de Labilité peut être considérée comme importante (x = 0.70), l'écart pour les échelles Détachement et Flexibilité étant négligeable car inférieur à 0.4 (respectivement x = 0.10 et 0.12).

3.4.1.2.2.3. Analyse des scores du TAQ avec le score de référence

Dans un dernier temps, nous avons réalisé une double analyse de corrélation (Bravais-Pearson et Spearman) entre les scores moyens obtenus aux trois échelles du TAQ et le score de référence (global et par variables) calculé pour chaque enfant.

Tableau 50 : Analyse de corrélation de Bravais-Pearson entre les scores des enfants aux différentes sous-échelles du TAQ et leur score de référence (total et par variable)

Corrélations (Bravais-Pearson)												
Sous-échelles	**Caractéristiques**	**Score de référence**										
		V1	**V2**	**V3**	**V5**	**V6**	**V7**	**V8**	**V12**	**V56**	**V1256**	**V37**	**Score total**
Détachement	Pearson Correlation	-0,049	-0,002	0,018	0,005	0,08	-0,085	-0,031	-0,037	0,054	-0,01	-0,031	-0,2
	Sig. (2-tailed)	0,713	0,99	0,895	0,97	0,548	0,521	0,816	0,78	0,683	0,938	0,815	0,879
	N	59	59	59	59	59	59	59	59	59	59	59	59
Labilité	Pearson Correlation	-0,201	0,046	0,062	-0,03	-0,002	0,001	-0,331*	-0,133	-0,012	-0,146	0,054	-0,177
	Sig. (2-tailed)	0,126	0,728	0,64	0,82	0,989	0,992	0,01	0,314	0,927	0,271	0,684	0,181
	N	59	59	59	59	59	59	59	59	59	59	59	59
Flexibilité	Pearson Correlation	-0,077	-0,113	-0,071	0,004	-0,012	-0,013	-0,015	-0,1	-0,007	-0,108	-0,068	-0,111
	Sig. (2-tailed)	0,56	0,395	0,595	0,978	0,928	0,923	0,911	0,452	0,961	0,418	0,61	0,404
	N	59	59	59	59	59	59	59	59	59	59	59	59

**. La corrélation est significative au niveau 0,05 (bilatéral).*

***. La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).*

Tableau 51 : Analyse de corrélation de Spearman entre les scores des enfants aux différentes sous-échelles du TAQ et leur score de référence (total et par variable)

Corrélations (Rho de Spearman)												
Sous-échelles	**Caractéristiques**	**Score de référence**										
		V1	**V2**	**V3**	**V5**	**V6**	**V7**	**V8**	**V12**	**V56**	**V1256**	**V37**	**Score total**
Détachement	Coefficient de corrélation	-0,081	-0,055	-0,018	0,15	0,154	-0,135	-0,076	-0,057	0,149	-0,05	-0,105	-0,053
	Sig. (bilatéral)	0,54	0,679	0,895	0,257	0,243	0,309	0,568	0,666	0,26	0,706	0,429	0,692
	N	59	59	59	59	59	59	59	59	59	59	59	59
Labilité	Coefficient de corrélation	-0,176	0,035	0,04	0,031	0,03	-0,006	-,302*	-0,134	0,028	-0,115	0,027	-0,12
	Sig. (bilatéral)	0,181	0,79	0,761	0,817	0,823	0,967	0,02	0,312	0,836	0,386	0,839	0,366
	N	59	59	59	59	59	59	59	59	59	59	59	59
Flexibilité	Coefficient de corrélation	-0,033	-0,083	-0,023	-0,094	-0,091	0,006	0,031	-0,051	-0,09	-0,088	-0,016	-0,122
	Sig. (bilatéral)	0,803	0,532	0,861	0,478	0,493	0,967	0,815	0,703	0,497	0,505	0,905	0,359
	N	59	59	59	59	59	59	59	59	59	59	59	59

**. La corrélation est significative au niveau 0,05 (bilatéral).*

Les corrélations obtenues entre les scores moyens au TAQ et le score de référence sont dans l'ensemble faibles (autour de .10[21]). Une seule corrélation négative et significative apparaît entre le score moyen de Labilité et la variable 8 « l'organisation des soins lors de la période d'adaptation » (=-0.331, p=0.010 avec l'analyse de Bravais-Pearson et =-0.302, p=0.020 avec le Rho de Spearman). Celle-ci a une taille d'effet moyen (autour .30). Ainsi, plus les enfants ont été confrontés à une seule référente pendant la période d'adaptation, plus leur score de Labilité semble diminuer.

3.4.1.3. Synthèse générale de l'objectif 3 : l'impact de la référence sur les relations enfant-parents-professionnelle

Deux types de données (qualitatives et quantitatives) ont permis de répondre à notre troisième objectif : analyser l'impact de la référence sur les relations enfants-parents-professionnelle.

Les représentations des participants

Tout d'abord, nous avons constaté que les relations enfants-parents-professionnelles sont un sujet difficile à aborder et que les nombreux participants ont peiné à expliciter. Les relations sont surtout perçues de façon duelle ; seuls quelques participants perçoivent les relations sous l'angle de la triade parents-enfant-professionnelle dans laquelle chaque partenaire peut influencer la qualité de la relation entre les deux autres.

Pour une majorité de participants, les liens entre l'enfant, ses parents et les professionnelles sont de bonne qualité. Un lien privilégiée se créé entre l'enfant et sa référente ainsi qu'entre les parents et la référente. Celui-ci est décrit positivement comme une relation de confiance et d'attachement. A l'inverse, il est aussi accusé de freiner l'ouverture de l'enfant et de ses parents aux autres professionnelles de l'unité de vie et, par conséquent, de rendre difficile la mise en place des relais en l'absence de la référente. On lui reproche également de comporter le risque de créer une relation « trop forte » entre l'enfant et la référente suscitant alors des sentiments de jalousie et rivalité du côté des parents.

Une « juste distance » serait alors importante à établir au sein de la relation enfant-référente, notamment pour en limiter ses travers. Bien que certains participants se disent très en difficulté pour savoir comment réguler cette distance, d'autres évoquent plusieurs idées

[21] L'interprétation de la taille de l'effet se base sur les repères de Cohen (1988) : corrélation faible autour de .10, moyenne autour de .30 et forte autour de .50

telles que l'ouverture de la prise en charge aux autres professionnelles et les échanges entre collègues.

Les résultats issus du questionnaire TAQ

Pour une majorité de participants, la référence permet une amélioration de la qualité des liens d'attachement enfant-professionnelles. Quant à lui, le questionnaire TAQ révèle deux résultats ayant une significativité et/ou un effet intéressant :

- une différence importante entre la moyenne des enfants accueillis en référence classique et celle des enfants sans référence à l'échelle de Labilité (0.36 point d'écart) dans le sens où les enfants ayant un référent ont moins de difficultés à maintenir leur attention sur une tâche. Au regard de la théorie de l'attachement, cela témoignerait de la présence d'un lien plus sécure en présence d'un référent que sans ;

- une corrélation négative, moyenne (autour de .30) et significative (à p.05) apparait entre la variable 8 du score de référence (attribution d'un référent pendant la période d'adaptation) et les scores obtenus à l'échelle de Labilité, ce qui veut dire que plus l'enfant a eu un accompagnement individualisé avec une seule référente pendant la période d'adaptation, moins il éprouve de difficultés attentionnelles. Ces éléments vont dans le sens d'un lien d'attachement sécure.

Conclusion

Ces résultats qualitatifs et quantitatifs iraient dans le sens de notre hypothèse, c'est-à-dire que la référence impacterait positivement la création et la sécurité des liens d'attachement enfants-professionnelles en crèche. Cependant, les résultats issus du questionnaire TAQ sont à prendre avec précaution au vue des doutes concernant la pertinence de l'échelle de Labilité au regard de l'attachement. De plus, ces résultats ne sont pas retrouvés avec les échelles de Flexibilité et Détachement contrairement à ce que nous attendions. D'autres études sont alors indispensables pour apporter une réponse plus précise à notre hypothèse.

3.4.2. Objectif 4 : l'impact de la référence sur le développement de l'enfant

Pour répondre à notre quatrième objectif, à savoir évaluer l'impact de la référence sur le développement de l'enfant, nous avons analysé les données issues de trois outils : les entretiens parents et professionnelles, les questionnaires IDE et BITSEA remplis par les parents ainsi que les tests de développement BLR et BLC. Pour rappel, nous faisons

l'hypothèse que la pratique de la référence impacte positivement le développement de l'enfant.

3.4.2.1. Les données issues des entretiens

La petite enfance est considérée comme une période cruciale dans le développement de l'enfant par 3 professionnelles et 1 parent : « C'est vrai que c'est avant 3 ans que tout se joue. » (Professionnelle N°19), « C'est les bases. » (Professionnelle N°74).

3.4.2.1.1. L'impact de la référence sur le développement de l'enfant

Pour 6 professionnelles et 1 parent, tous issus de crèches pratiquant une référence marquée, la référence a un impact positif sur l'évolution générale de l'enfant ou plus spécifiquement sur le développement de l'autonomie, la sécurité affective, la confiance en soi.

Deux professionnelles imaginent un impact positif seulement si la relation fonctionne bien et inversement, s'il existe des conflits. Deux professionnelles pensent que l'impact est différent selon les enfants ou existe seulement si l'enfant reste trois ans avec sa référente.

En revanche, la référence n'a pas d'effet sur le développement de l'enfant selon 3 professionnelles.

Enfin, la question du développement de l'enfant a quelquefois été mise en relation avec celle de l'intégration de l'enfant dans le système scolaire. Ainsi, pour trois professionnelles, un attachement trop fort entre un enfant et sa référente pendant trois ans pourrait compliquer l'entrée à l'école maternelle.

Outre la référence, plusieurs participants nous ont dit que les relations entretenues avec l'ensemble des professionnelles, d'une part, et l'accueil en collectivité, d'autre part, pouvaient avoir une influence (détaillée ci-après) sur le développement de l'enfant.

3.4.2.1.2. L'impact des relations enfants-professionnelles sur le développement de l'enfant

Neuf parents et 7 professionnelles estiment que les relations avec les professionnelles, à travers le cadre éducatif qu'elles fournissent, sont perçues comme des modèles d'imitation et aident à développer la confiance en soi et la sécurité affective chez l'enfant afin de pouvoir s'ouvrir au monde, explorer son environnement et s'épanouir.

Par ailleurs, 3 professionnelles soumettent l'idée que l'impact de ces relations sur le développement de l'enfant est plus faible lorsqu'il est positif plutôt que lorsqu'il est négatif

(dans un cas de maltraitance par exemple) : « Ça va donc avoir fortement un petit impact, mais sans non plus laisser une trace indélébile » (N°19).

Deux parents disent appréhender le départ de la crèche et la séparation avec sa référente. Trois parents disent ne pas être inquiets à ce propos. Enfin, pour un parent, cette difficulté serait davantage éprouvée par les parents que l'enfant.

Pour un parent, les liens créés avec les professionnelles disparaitront à l'issue de la crèche : « Il est petit, donc ça lui passera très vite si jamais il venait à ne plus aller en crèche » (N°58).

Par ailleurs, 4 parents imaginent que l'enfant gardera quelques souvenirs conscients ou inconscients des professionnelles alors que 14 participants (12 parents et 2 professionnelles) pensent le contraire. Pour cinq parents (dont 2 sont accueillis dans une crèche avec une référence marquée et 3 sans), l'enfant gardera davantage des souvenirs de la crèche en générale que des professionnelles alors que pour 4 autres parents (dont la moitié sont accueillis avec une référence marquée), il est difficile d'avoir un quelconque souvenir avant trois ans. Pour un parent, la façon dont l'enfant intègre ces informations en mémoire dépend en fait de chacun.

Enfin, pour 2 professionnelles, le développement dépend en grande partie des liens que l'enfant entretien avec ses parents.

3.4.2.1.3. L'impact de l'accueil collectif sur le développement de l'enfant

L'accueil en collectivité peut avoir un impact important sur le développement de l'enfant selon une vingtaine de participants. Cela se joue plus précisément au niveau du développement de la socialisation (apprentissage de la vie en collectivité, des règles de vie commune ; (16 parents et 3 professionnelles)) et de la sécurité affective de l'enfant (2 parents). Pour preuve, les termes « socialisation » et « sociabilisation » sont employés 19 fois par les parents.

Pour quelques participants précédents (6 parents dont 4 parents accueillis sans référence et 3 professionnelles dont 2 travaillant avec une référence marquée), l'accueil collectif facilite l'adaptation à l'école maternelle. En revanche, pour 7 participants (4 parents dont 3 sont issus de crèches sans référence et 3 professionnelles dont 3 travaillent avec une référence marquée), d'autres éléments vont influencer l'intégration de l'enfant à l'école maternelle tels que son tempérament (3 parents et 2 professionnelles) et la taille de la crèche (1 professionnelle).

3.4.2.2. Les données issues des questionnaires IDE et BITSEA

Tout comme pour les résultats issus du questionnaire TAQ, nous détaillerons ci-dessous les scores globaux obtenus aux questionnaires IDE puis BITSEA avant d'effectuer une comparaison entre les données concernant les enfants issus de crèches avec référence classique et celles des enfants sans référence classique. Nous terminerons par l'analyse de corrélation entre les scores obtenus et le score de référence.

3.4.2.2.1. L'IDE

Pour rappel, l'Inventaire de développement de l'enfant est un questionnaire comportant 270 questions ciblant 8 secteurs de développement. L'analyse des scores permet de calculer 8 quotients de développement (QD) ainsi qu'un QD global pour chaque enfant. Nous faisons le choix ici de ne pas présenter les deux QD d'apprentissage des lettres et nombres qui sont seulement calculés à partir de 37 mois pour le premier et 23 mois pour le second, donc non pertinent pour une bonne partie de notre échantillon.

3.4.2.2.1.1. Description générale

Les analyses ont été réalisées sur 165 questionnaires récoltés. Cependant, cet effectif est variable en raison des données manquantes. Nous avons néanmoins analysé l'ensemble des questionnaires et calculé un QD lorsque les items étaient complets.

Pour introduire le tableau 52 ci-dessous, nous souhaitons préciser que le calcul d'un quotient de développement permet de situer chaque enfant sur une courbe de Gauss ayant comme caractéristique une moyenne de 100 et un écart-type de 15. Nous exposons ci-dessous les caractéristiques des scores obtenus par les enfants de notre échantillon pour l'ensemble des QD (exceptés ceux des lettres et nombres).

Tableau 52 : Caractéristiques des quotients de développement obtenus par les enfants de l'échantillon au questionnaire IDE

QD de l'IDE	Statistiques descriptives										
	N	**M**	**M tronquée (5%)**	**ET**	**Coefficient de variation (en %)**	**Med**	**Mode**	**Min**	**Max**	**Etendue**	**Ecart interquartile**
QD socialisation	161	107,86	105,98	29,65	27,49	103	100	53	210	157	36,5
QD autonomie	163	98,91	97,09	23,91	24,17	95	100	58	183	125	24
QD motricité globale	163	99,1	97,56	20,73	20,92	95	100	55	191	136	20
QD motricité fine	163	98,18	97,72	18,79	19,14	97	100	51	152	101	27
QD langage expressif	165	99,25	96,85	23,18	23,36	95	100	64	197	133	25,5
QD langage compréhensif	165	98,13	96,76	19,64	20,01	95	100	60	206	146	18
QD global	163	96,73	95,96	14,82	15,32	96	100	66	170	104	18

Le quotient de développement moyen obtenu avec la quasi-totalité des sous-échelles se situe autour de 100, ce qui est cohérent avec l'utilisation habituelle de ce test. Ces QD se situent entre 98 et 100 de moyenne. Un QD apparait plus faible : celui pour le développement global (M=96.73) et un plus élevé : le QD socialisation (M=107.86).

Le score le plus obtenu par les enfants pour chacun des secteurs de développement est de 100, ce qui est cohérent avec l'utilisation classique de ce test. Cependant, nous observons des écarts autour de la moyenne très variables entre les différents QD. La variabilité autour de la moyenne est la plus importante pour le QD socialisation (ET=29.65) et la plus faible pour le QD global (ET=14.82).

Les scores minimaux rencontrés sont, pour tous les QD, inférieurs au seuil des deux écarts-types (ET=30) habituellement pris en compte pour la détection de difficultés développementales (M<70). De même, les scores maximaux sont tous supérieurs à deux écarts-types au-dessus de la moyenne (M>130). Ces éléments questionnent sur la présence de valeurs extrêmes.

Les valeurs extrêmes

Pour chaque QD, nous remarquons des écarts non négligeables entre la moyenne et la moyenne tronquée à 5% d'une part et entre la moyenne et la médiane, d'autre part. Ces éléments laissent aussi imaginer la présence de valeurs extrêmes élevées qui influencent la moyenne.

Tableau 53 : Nombre de quotients de développement inférieurs à 70 ou supérieurs à 130 obtenus par les enfants de l'échantillon au questionnaire IDE

QD	QD inférieur ou égal à 70 (N)	QD supérieur ou égal à 130 (N)	Total (N)	Total (% par rapport à l'échantillon total)
QD SO	7	27	34	21,12
QD AU	12	14	26	15,95
QD MG	8	11	19	11,66
QD MF	8	9	17	10,43
QD LEX	3	11	14	8,48
QD LCO	6	6	12	7,27
QD G	3	4	7	4,29

Le tableau 53 ci-dessus permet de noter que de nombreux QD se situent au-delà ou en-deçà de deux écart-types de la moyenne. Selon la loi normale, 95% des données devraient se distribuer entre la moyenne (100) et deux écart-types de celle-ci et par conséquent, seulement

5% au-delà (130) ou en-deçà (70). Or, nous remarquons ici que 21.12% des enfants ayant réalisé l'IDE ont un QD de Socialisation au-dessus de 130 (N=27) ou en dessous de 70 (N=7). Tous les autres QD à l'exception du QD Global ont entre 7.27 et 15.95% de valeurs extrêmes. Seul le QD Global se comporte de façon « normale » avec 4.29% d'enfants ayant des valeurs extrêmes.

Ce tableau 53 vient donc confirmer l'existence d'un nombre important de valeurs extrêmes qui sont, pour une majorité, des valeurs élevées plutôt que basses. Ces éléments nous paraissent importants à développer dans le chapitre Discussion.

3.4.2.2.1.2. Analyse des scores de l'IDE avec les catégories de référence

Dans cette partie, seuls les résultats des enfants issus de crèches fonctionnant avec l'une des deux catégories de référence les plus « extrêmes » sont présentés dans ce document : le fonctionnement en référence classique (sur trois ans) versus le fonctionnement sans référence.

Tableau 54 : Caractéristiques des scores des enfants aux différents quotients de développement du questionnaire IDE en fonction du type de référence pratiquée dans leur crèche d'accueil (référence classique ou sans référence)

QD de l'IDE	Type de référence	Statistiques descriptives										
		N	M	M tronquée (5%)	ET	Coefficient de variation	Med	Mode	Min	Max	Etendue	Ecart interquartile
QD socialisation	Référence classique	56	105,68	103,92	29,94	28,33	100	100	53	203	150	37,25
	Sans référence	49	104	103,12	24,8	23,85	103	91	58	173	115	35
QD autonomie	Référence classique	58	101,03	98,89	22,02	21,8	98,5	100	69	182	113	20,25
	Sans référence	49	100,31	99,15	25,4	25,32	96	100	58	177	119	32
QD motricité globale	Référence classique	58	100,81	106,43	21,37	21,2	95	100	63	191	128	23
	Sans référence	49	96,63	95,41	20,1	20,8	94	100	55	171	116	19
QD motricité fine	Référence classique	57	100,42	99,57	19,08	19	97	100	55	152	97	24,5
	Sans référence	49	98,06	98,42	19,23	19,61	100	104	51	135	84	26,5
QD langage expressif	Référence classique	59	97,58	95,64	22,64	23,2	92	88	69	197	128	27
	Sans référence	49	99,29	97,41	19,36	19,5	97	100	71	169	98	23
QD langage compréhensif	Référence classique	59	96,34	95,55	17,56	18,23	94	100	64	155	91	21
	Sans référence	49	96,96	96,55	14,28	14,73	95	100	62	148	86	18
QD global	Référence classique	58	95,69	95,3	13,91	14,54	95	100	67	133	66	17,25
	Sans référence	49	96,51	96,29	13,63	14,12	97	100	66	137	71	19

La moyenne des QD des enfants accueillis en référence classique est plus élevée que celle des enfants accueillis sans référence pour la socialisation (105.68 contre 104), l'autonomie (101.03 contre 100.31), la motricité globale (100.81 contre 96.63) et fine (100.42 contre 98.06). Cependant, il s'agit de l'inverse pour le langage expressif (97.58 contre 99.29) et compréhensif (96.34 contre 96.96) ainsi que le QD global (95.69 contre 96.51).

Les écarts de moyenne entre les deux groupes se situent entre 0.62 et 4.18 points. Les écarts les plus importants sont retrouvés pour les QD motricité globale (4.18) et fine (2.36) et les moins importants pour les QD langage compréhensif (0.62), autonomie (0.72) et global (0.82).

En ce qui concerne les écarts-types, ils sont plus importants pour les enfants accueillis en référence classique que sans référence pour les QD suivants : socialisation (29.94 contre 24.8), motricité globale (21.37 contre 20.1), langage expressif (22.64 contre 19.36) et compréhensif (17.56 contre 14.28) et global (13.91 contre 13.63). A l'inverse, la dispersion autour de la moyenne est plus importante chez les enfants sans référence pour les QD autonomie (25.4 contre 22.02) et motricité fine (19.23 contre 19.08).

Evaluation de la taille de la différence des moyennes

Tableau 55 : Présentation des coefficients d'écarts entre les moyennes aux différents quotients de développement de l'IDE des enfants accueillis en référence classique et des enfants sans référence

Quotients de développement de l'IDE	Ecarts de moyennes
QD socialisation	0,06
QD autonomie	0,03
QD motricité globale	0,2
QD motricité fine	0,12
QD langage expressif	0,08
QD langage compréhensif	0,04
QD global	0,06

Le tableau 55 ci-dessus permet de préciser que toutes les différences relevées précédemment entre les moyennes des groupes 1 et 2 pour l'ensemble des QD sont négligeables, car inférieures à 0.4.

3.4.2.2.1.3. Analyse des score de l'IDE avec le score de référence

Enfin, nous avons réalisé une analyse de corrélation de Pearson ainsi qu'une analyse de Spearman entre les scores obtenus aux différents QD de l'IDE et le score de référence (total et par variable) attribué à chaque enfant.

Tableau 56 : Analyse de corrélation de Bravais-Pearson entre les scores des enfants aux différents quotients de développement de l'IDE et leur score de référence (total et par variable)

Corrélations (Bravais-Pearson)													
Quotient de développement	**Caractéristiques**	**Score de référence**											
		V1	**V2**	**V3**	**V5**	**V6**	**V7**	**V8**	**V12**	**V56**	**V1256**	**V37**	**Score total**
QD socialisation	Corrélation de Pearson	-0,031	,196*	-,178*	0,15	0,146	-0,016	0,085	0,048	0,151	0,154	-,155*	0,124
	Sig. (bilatérale)	0,698	0,013	0,024	0,058	0,065	0,841	0,286	0,543	0,055	0,051	0,049	0,117
	N	161	161	161	161	161	161	161	161	161	161	161	161
QD autonomie	Corrélation de Pearson	0,032	0,056	0,061	-0,074	-0,082	0,063	0,021	0,043	-0,081	-0,007	0,089	0,02
	Sig. (bilatérale)	0,684	0,476	0,441	0,345	0,3	0,425	0,788	0,587	0,307	0,925	0,261	0,798
	N	163	163	163	163	163	163	163	163	163	163	163	163
QD motricité globale	Corrélation de Pearson	0,075	0,037	0,016	-0,03	-0,008	-0,001	0,015	0,067	-0,018	0,061	0,012	0,065
	Sig. (bilatérale)	0,339	0,636	0,842	0,703	0,921	0,99	0,848	0,397	0,821	0,441	0,876	0,409
	N	163	163	163	163	163	163	163	163	163	163	163	163
QD motricité fine	Corrélation de Pearson	0,024	0,015	0,087	-0,005	-0,01	0,042	0,088	0,022	-0,008	0,018	0,098	0,06
	Sig. (bilatérale)	0,763	0,853	0,267	0,947	0,896	0,591	0,263	0,78	0,915	0,817	0,215	0,447
	N	163	163	163	163	163	163	163	163	163	163	163	163
QD langage expressif	Corrélation de Pearson	-0,091	0,067	-0,02	0,122	0,069	0,009	0,054	-0,041	0,094	0,018	-0,011	0,025
	Sig. (bilatérale)	0,244	0,395	0,801	0,12	0,382	0,908	0,493	0,603	0,232	0,816	0,892	0,752
	N	165	165	165	165	165	165	165	165	165	165	165	165
QD langage compréhensif	Corrélation de Pearson	-0,082	0,019	0,005	0,125	0,097	-0,046	-0,008	-0,052	0,111	0,018	-0,025	0,01
	Sig. (bilatérale)	0,293	0,81	0,952	0,111	0,216	0,554	0,917	0,51	0,154	0,814	0,753	0,899
	N	165	165	165	165	165	165	165	165	165	165	165	165
QD global	Corrélation de Pearson	-0,106	0,031	0,01	0,147	0,134	0,002	0,072	-0,064	0,143	0,026	0,009	0,041
	Sig. (bilatérale)	0,177	0,692	0,904	0,061	0,087	0,982	0,361	0,416	0,068	0,739	0,91	0,602
	N	163	163	163	163	163	163	163	163	163	163	163	163

**. La corrélation est significative au niveau 0,05 (bilatéral).*

Tableau 57 : Analyse de corrélation de Spearman entre les scores des enfants aux différents quotients de développement de l'IDE et leur score de référence (total et par variable)

Corrélations (Rho de Spearman)													
Quotient de dévelop-pement	**Caractéri-stiques**	**Score de référence**											
		V1	**V2**	**V3**	**V5**	**V6**	**V7**	**V8**	**V12**	**V56**	**V1256**	**V37**	**Score total**
QD Socialisation	Coefficient de corrélation	-0,084	0,056	-0,052	,165*	,163*	-0,083	0,064	-0,02	,168*	0,116	-0,094	0,099
	Sig. (bilatéral)	0,287	0,481	0,516	0,037	0,039	0,296	0,416	0,802	0,033	0,143	0,236	0,214
	N	161	161	161	161	161	161	161	161	161	161	161	161
QD Autonomie	Coefficient de corrélation	0,049	0,076	0,031	-0,116	-0,114	0,034	0,018	0,045	-0,114	0,019	0,052	0,068
	Sig. (bilatéral)	0,531	0,333	0,69	0,14	0,146	0,667	0,816	0,572	0,147	0,807	0,506	0,39
	N	163	163	163	163	163	163	163	163	163	163	163	163
QD Motricité globale	Coefficient de corrélation	0,1	0,035	-0,043	-0,015	0,003	-0,034	-0,009	0,08	-0,006	0,068	-0,053	0,072
	Sig. (bilatéral)	0,204	0,66	0,586	0,85	0,969	0,67	0,912	0,31	0,935	0,39	0,502	0,364
	N	163	163	163	163	163	163	163	163	163	163	163	163
QD Motricité fine	Coefficient de corrélation	0,006	0	0,079	-0,026	-0,024	-0,054	0,062	0	-0,025	0,007	0,033	0,054
	Sig. (bilatéral)	0,942	1	0,315	0,744	0,759	0,498	0,432	0,999	0,753	0,933	0,676	0,497
	N	163	163	163	163	163	163	163	163	163	163	163	163
QD Langage expressif	Coefficient de corrélation	-0,118	0,028	-0,038	0,098	0,086	-0,043	0,092	-0,059	0,095	0,029	-0,061	0,019
	Sig. (bilatéral)	0,131	0,725	0,628	0,209	0,273	0,581	0,242	0,45	0,226	0,712	0,439	0,813
	N	165	165	165	165	165	165	165	165	165	165	165	165
QD Langage compréhensif	Coefficient de corrélation	-0,07	0,016	0,006	0,093	0,085	-0,103	-0,002	-0,022	0,087	0,031	-0,064	0,012
	Sig. (bilatéral)	0,372	0,833	0,943	0,234	0,279	0,186	0,984	0,782	0,265	0,694	0,417	0,874
	N	165	165	165	165	165	165	165	165	165	165	165	165
QD Global	Coefficient de corrélation	-0,093	0,008	0,007	0,122	0,118	-0,047	0,079	-0,055	0,123	0,042	-0,024	0,063
	Sig. (bilatéral)	0,237	0,918	0,927	0,12	0,132	0,554	0,316	0,483	0,118	0,598	0,764	0,423
	N	163	163	163	163	163	163	163	163	163	163	163	163

**. La corrélation est significative au niveau 0,05 (bilatéral).*

Les deux analyses de corrélation réalisées ci-dessus révèlent chacune trois corrélations significatives mais faibles (entre .10 et .20) et qui ne sont pas retrouvées avec les deux analyses. A certains moments le coefficient de corrélation de Spearman est supérieur à celui de Pearson mais l'inverse existe aussi. Nous faisons alors le choix de ne pas détailler davantage ces résultats qui paraissent biaisés.

3.4.2.2.2. La BITSEA

3.4.2.2.2.1. Description générale

La BITSEA est un questionnaire permettant d'évaluer les difficultés et les compétences sociales et émotionnelles d'un enfant en deux échelles distinctes (Problèmes et Compétences). Dans la présente étude il a été rempli par les parents. Les items principaux sont additionnés de deux questions complémentaires évaluant le degré d'inquiétude des parents au sujet du développement du langage et des comportements, sentiments ou relations de leur enfant.

Les échelles « Problèmes » et « Compétences »

Les scores moyens

L'échelle Problèmes comporte 31 items et l'échelle Compétences, 11 items. Le parent doit répondre selon une échelle de Likert en 3 points : 0 = « non ou rarement » ; 1 = « un peu ou quelquefois » ; 2 = « oui ou souvent ». Ainsi, le score maximal théorique à l'échelle Problèmes est de 62 points ; il est de 22 points pour l'échelle Compétences.

Au total, des questionnaires ont été remplis pour 167 enfants. Les caractéristiques des scores moyens obtenus par les enfants sont présentées ci-dessous.

Tableau 58 : Caractéristiques des scores aux échelles Problèmes et Compétences du questionnaire BITSEA obtenus par les enfants de l'échantillon

Sous-échelles de la BITSEA	**Statistiques descriptives**										
	N	**M**	**M tronquée (5%)**	**ET**	**Coefficient de variation**	**Med**	**Mode**	**Min**	**Max**	**Etendue**	**Ecart inter-quartile**
Problèmes	167	9,43	8,86	6,52	69,15	8	4	0	33	33	8
Compétences	167	16,72	16,99	3,4	20,36	17	17	5	22	17	4

La moyenne à l'échelle Problèmes est de 9.4 dans cette étude, ce qui est quasiment identique à celle obtenue dans l'étude de validation francophone (M=9.39 ; Wendland et al., 2014). Cependant, les scores sont plus hétérogènes dans notre étude (ET=6.5 contre 5.47 lors de la validation francophone).

En ce qui concerne l'échelle Compétences, la moyenne diffère de 0.45 point de celle issue de l'étude de validation (M=16.7 ici et 16.25 lors de la validation). De plus, l'écart-type de notre étude est légèrement supérieur de 0.20 point à celui de l'étude de validation (3.4 ici contre 3.20).

Pour l'échelle Problèmes, la moyenne tronquée (=8.86) et la médiane (=8) se trouvent plus faibles que la moyenne (=9.4), ce qui laisse imaginer la présence de scores élevés influençant la moyenne. Dans une moindre mesure, il s'agit de l'inverse pour l'échelle Compétences (moyenne = 16.7 ; moyenne tronquée = 16.99 ; médiane = 17).

Les valeurs extrêmes : prise en compte des scores seuils

Des scores seuils existent pour chaque échelle de la BITSEA et permettent de repérer les enfants ayant potentiellement un déficit en termes de compétences socio-émotionnelles. Le tableau 59 ci-dessous présente le nombre d'enfants présentant un score supérieur au seuil dans l'échelle Problèmes et dans l'échelle de compétences (ce qui signifie un retard dans l'acquisition des compétences socio-émotionnelles attendues pour leur âge).

Tableau 59 : Répartition des scores des enfants aux échelles Problèmes et Compétences de la BITSEA en fonction de la présence ou l'absence de difficulté(s) ou déficit(s)

	Problèmes		**Compétences**	
	Fréquence	**Pourcentage**	**Fréquence**	**Pourcentage**
Absence de difficulté/déficit	135	80,84	147	88,02
Présence d'une difficulté/déficit (hors du score-seuil)	32	19,16	20	11,98
Total	167	10%	167	100%

Près de 20% des enfants pour lesquels le questionnaire a été complété (19.16%, N=32) semblent rencontrer de nombreuses difficultés socio-émotionnelles (échelle Problèmes). Ce taux est équivalent à celui de l'étude de validation francophone égal à 20%. De plus, 11.98% de l'échantillon (N=20) présentent un déficit potentiel en termes de compétences socio-émotionnelles. Dans l'étude de validation, cela concernait 15% des enfants.

Ces résultats mettent en évidence que le profil des enfants de notre échantillon est assez proche de celui de l'étude de validation francophone et révèlent ainsi la présence d'une population à faible risque.

L'alpha de Cronbach calculé pour chacune des échelles (α=0.84 pour l'échelle Problèmes ; α=0.63 pour l'échelle Compétences) a permis de vérifier que l'outil s'est

comporté ici de façon plutôt similaire à l'étude de validation francophone (respectivement 0.79 et 0.65).

Les deux questions concernant les inquiétudes parentales

A la fin du questionnaire, deux questions additionnelles sont proposées aux parents :

- « Etes-vous préoccupé(e) des comportements, sentiments et relations de votre enfant ? » (Question A) ;
- « Etes-vous préoccupé(e) à propos du développement du langage de votre enfant ? » (Question B).

Les parents sont invités à entourer une réponse sur une échelle de Likert en 4 points « 1. pas du tout préoccupé(e) », « 2.un peu préoccupé(e) », « 3. préoccupé(e) » et « 4. très préoccupé(e) ».

Tableau 60 : Caractéristiques des scores à la question A et B du questionnaire BITSEA remplis par les parents

Questions de la BITSEA	Statistiques descriptives										
	N	M	Moyenne tronquée (5%)	ET	Coefficient de variation	Med	Mode	Min	Max	Etendue	Ecart inter-quartile
Question A	167	1,4	1,33	0,7	50	1	1	1	4	3	1
Question B	167	1,3	1,18	0,6	46,15	1	1	1	4	3	0

Les moyennes des réponses aux deux questions sont proches (M=1.4 pour la question A et M=1.3 pour la question B) et avec les scores moyens obtenus lors de l'étude de validation francophone (M=1.43 pour la question A et M=1.40 pour la question B). Les écarts-types de notre échantillon sont légèrement plus bas que ceux de l'étude de validation : l'écart-type est de 0.7 pour la question A ici contre 0.8 lors de la validation et de 0.6 pour la question B ici contre 0.77 dans l'étude francophone.

Les scores minimum et maximum correspondent aux réponses permises par l'outil. Nous remarquons que la réponse la plus employée est 1, c'est-à-dire « pas du tout préoccupé(e) », ce qui est cohérent avec l'étude de validation francophone et avec le fait que nous avons un échantillon issu de la population générale et à faible risque.

Tableau 61 : Répartition des réponses des parents en fonction du score obtenu à la question A et B de la BITSEA

Réponse	**Question A :** Préoccupation face aux comportements, sentiments et relations de l'enfant			**Question B :** Préoccupation face au langage de l'enfant		
	Fréquence	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé	Fréquence	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
1	112	67	67,1	134	80	80,2
2	44	26	93,4	23	14	94
3	8	5	98,2	6	4	97,6
4	3	2	100	4	2	100
Total	167			167		

Plus précisément, 93.4% des parents interrogés (N=156) se disent « pas » ou « peu préoccupés » par les comportements, sentiments et relations de leur enfant (question A) et 94% (N=157) au sujet du développement (question B). Cependant, 7% des parents (N=11) se disent « préoccupés » ou « très préoccupés » pour la question A et 6% (N=10) pour la question B.

3.4.2.2.2.2. Analyse des scores de la BITSEA avec les catégories de référence

La BITSEA a été remplie pour 64 enfants issus de crèches avec une référence classique et 48 enfants de crèches sans référence.

Les scores moyens

Les échelles Problèmes et Compétences

Tableau 62 : Caractéristiques des scores des enfants aux échelles Problèmes et Compétences de la BITSEA en fonction du type de référence pratiquée dans leur crèche d'accueil (référence classique ou sans référence)

Echelles de la BITSEA	Type de référence	Statistiques descriptives										
		N	M	M tronquée (5%)	ET	Coefficient de variation	Med	Mode	Min	Max	Etendue	Ecart interquartile
Problèmes	Référence classique	64	8,72	8,29	5,7	65,37	8	8	2	24	22	6,75
	Sans référence	48	9	8,56	5,9	65,56	8	8	1	31	30	6
Compétences	Référence classique	64	16,08	16,34	4,25	26,43	17	17	5	22	17	6,5
	Sans référence	48	17,08	17,32	2,74	16,04	17,5	17	7	21	14	3

A l'échelle Problèmes, les enfants issus de crèches sans référence ont un score moyen plus élevé (M=9) que ceux accueillis dans une crèche en référence classique (M=8.72). Cet écart est de 0.28 points. La dispersion autour de la moyenne est quasi identique pour les deux groupes (ET= 5.70 pour le groupe « référence classique » et 5.90 pour le groupe « sans référence »). Cependant, l'étendue des scores comprend 8 points de plus pour les enfants accueillis sans référence et ceci s'explique par un score maximal plus élevé (31 points contre 24 dans le groupe « référence classique »).

Quant à l'échelle Compétences, les enfants issus de crèches sans référence montrent un score moyen plus élevé (M=17.08) que celui des enfants venant de crèches avec une référence classique (M=16.08) ainsi qu'une bien plus faible dispersion des scores autour de la moyenne (ET=2.74 contre 4.25). Un point d'écart entre les scores moyens des deux groupes et 10% d'écart entre les deux coefficients de variation ressortent. De plus, la distribution des scores est plus étendue dans le groupe « référence classique » (17 points contre 14 dans le groupe « sans référence ») et moins concentrée autour de la médiane : 50% des enfants accueillis en référence classique ont un score compris entre 13.75 et 20.25 points alors que 50% des enfants accueillis sans référence ont un score entre 16 et 19 points. Le groupe d'enfant accueillis avec une référence classique parait donc bien plus hétérogène au regard de la distribution de leurs scores.

Les questions A et B

Tableau 63 : Caractéristiques des scores aux questions A et B de la BITSEA remplis par les parents du type de référence pratiquée dans la crèche d'accueil (référence classique ou sans référence)

Questions de la BITSEA	Type de référence	Statistiques descriptives										
		N	M	M tronquée (5%)	ET	Coefficient de variation	Med	Mode	Min	Max	Etendue	Ecart interquartile
Question A : Préoccupation face aux comportements, sentiments et relations de l'enfant	Référence classique	64	1,44	1,36	0,66	45,83	1	1	1	4	3	1
	Sans référence	48	1,42	1,31	0,79	55,63	1	1	1	4	3	1
Question B : Préoccupation face au langage de l'enfant	Référence classique	64	1,31	1,22	0,69	52,67	1	1	1	4	3	0
	Sans référence	48	1,29	1,2	0,62	48,06	1	1	1	4	3	0

Concernant les questions A et B, les scores moyens sont très proches entre les parents issus de crèches avec une référence classique (M=1.44 pour la question A ; M=1.31 pour la question B) et les parents accueillis sans référence (M=1.42 pour la question A et M=1.29 pour la question B).

En revanche, la dispersion des réponses des parents autour de la moyenne est bien plus importante dans le groupe sans référence pour la question A (ET=0.79 dans le groupe « référence classique » contre 0.66 dans le groupe « sans référence » ; 10% d'écart entre les deux coefficients de variation). Il s'agit de l'inverse pour la question B (ET= 0.62 contre 0.69) qui possède un écart plus faible (4% d'écart environ entre les deux coefficients de variation).

A nouveau, la diminution du score obtenu par le calcul de la moyenne tronquée, puis la médiane, comparativement à la moyenne, laisse imaginer pour chacune des questions la présence de valeurs élevées qui seront présentées après le calcul spécifiant la taille des différences de moyenne observées.

Evaluation de la taille des différences de moyennes

Tableau 64 : Présentation des coefficients d'écarts entre les moyennes aux différentes échelles et questions de la BITSEA entre les familles accueillis en référence classique et les familles sans référence

Sous-échelles de la BITSEA	Ecarts de moyennes
Problèmes	0,05
Compétences	0,27
Question A	0,03
Question B	0,03

L'ensemble des différences de moyennes relevées précédemment entre les deux groupes (référence classique et sans référence) avec la BITSEA sont négligeables (écarts inférieurs à 0.4).

Les valeurs extrêmes : prise en compte des scores seuils

Tableau 65 : Répartition des scores des enfants aux échelles Problèmes et Compétences de la BITSEA en fonction de la présence ou l'absence de difficulté(s) ou déficit(s) et selon le type de référence pratiquée dans la crèche d'accueil (référence classique ou sans référence)

Type de référence	Caractéristiques	Problèmes			Compétences		
		Absence de difficulté	Difficulté possible	Total	Absence de déficit	Déficit possible	Total
Référence classique	N	53	11	64	51	13	64
	%	82,81%	17,19%	100%	79,69%	20,31%	100%
Sans référence	N	39	9	48	44	4	48
	%	81,25%	18,75%	100%	91,67%	8,33%	100%

Les enfants accueillis dans une crèche sans référence montrent légèrement plus de difficultés socio-émotionnelles comparativement aux enfants issus de crèches en référence classique (respectivement 18.75% et 17.19%). L'écart est de 1.56%. Cependant, les enfants accueillis en référence classique sont plus nombreux à avoir un déficit en termes de compétences socio-émotionnelles (20.31% contre 8.33%). L'écart ici est plus important que pour la différence précédente, car il atteint 11.98%.

3.4.2.2.2.3. Analyse des scores de la BITSEA avec le score de référence

Enfin, des analyses de corrélation de Pearson et de Spearman ont permis de mettre en lien les scores moyens de la BITSEA avec le score de référence (total et par variable).

Tableau 66 : Analyse de corrélation de Bravais-Pearson entre les scores des familles aux différentes échelles de la BITSEA et leur score de référence (total et par variable)

Corrélations (Bravais-Pearson)													
Echelles	**Caractéristiques**	**Score de référence**											
		V1	**V2**	**V3**	**V5**	**V6**	**V7**	**V8**	**V12**	**V56**	**V1256**	**V37**	**Score total**
Problèmes	Corrélation de Pearson	-0,025	-0,053	0,008	0,123	0,104	-,173*	-0,053	-0,037	0,114	0,033	-0,094	-0,003
	Sig. (bilatérale)	0,744	0,5	0,916	0,115	0,182	0,025	0,495	0,634	0,141	0,676	0,226	0,966
	N	167	167	167	167	167	167	167	167	167	167	167	167
Compétences	Corrélation de Pearson	-,165*	0,06	-0,129	,216**	,189*	-0,014	-0,069	-0,1	,205**	0,022	-0,116	-0,023
	Sig. (bilatérale)	0,033	0,445	0,096	0,005	0,015	0,861	0,378	0,197	0,008	0,782	0,135	0,769
	N	167	167	167	167	167	167	167	167	167	167	167	167
Question A	Corrélation de Pearson	-0,03	-0,085	0,097	0,097	0,052	0,041	0,041	-0,052	0,073	-0,01	0,105	0,026
	Sig. (bilatérale)	0,696	0,276	0,212	0,212	0,506	0,599	0,596	0,505	0,348	0,9	0,176	0,735
	N	167	167	167	167	167	167	167	167	167	167	167	167
Question B	Corrélation de Pearson	0,079	-0,041	-0,021	-0,098	-0,125	0,041	0,086	0,043	-0,116	-0,027	0,006	-0,009
	Sig. (bilatérale)	0,311	0,596	0,787	0,209	0,107	0,602	0,272	0,578	0,137	0,733	0,939	0,913
	N	167	167	167	167	167	167	167	167	167	167	167	167

**. La corrélation est significative au niveau 0,05 (bilatéral).*
***. La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).*

Tableau 67: Analyse de corrélation de Spearman entre les scores des familles aux différentes échelles de la BITSEA et leur score de référence (total et par variable)

Corrélations (Rho de Spearman)													
Echelles	**Caractéristiques**	**Score de référence**											
		V1	**V2**	**V3**	**V5**	**V6**	**V7**	**V8**	**V12**	**V56**	**V1256**	**V37**	**Score total**
Problèmes	Coefficient de corrélation	-0,03	-0,04	-0,08	0,1	0,1	-0,04	-0,13	-0,04	0,1	0,01	-0,09	-0,01
	Sig. (bilatéral)	0,74	0,65	0,33	0,21	0,22	0,57	0,1	0,65	0,21	0,86	0,24	0,93
	N	167	167	167	167	167	167	167	167	167	167	167	167
Compétences	Coefficient de corrélation	-0,13	0,09	-0,09	,175*	,167*	0	-0,06	-0,06	,174*	0,09	-0,08	0,05
	Sig. (bilatéral)	0,09	0,24	0,25	0,02	0,03	0,97	0,46	0,44	0,02	0,23	0,32	0,55
	N	167	167	167	167	167	167	167	167	167	167	167	167
Question A	Coefficient de corrélation	-0,01	-0,05	0,07	0,1	0,08	0,05	0,02	-0,04	0,09	0,02	0,09	0,08
	Sig. (bilatéral)	0,9	0,55	0,35	0,22	0,28	0,52	0,78	0,61	0,23	0,77	0,24	0,28
	N	167	167	167	167	167	167	167	167	167	167	167	167
Question B	Coefficient de corrélation	0,02	-0,04	0,02	-0,09	-0,1	0,02	0,09	-0,02	-0,1	-0,07	0,03	-0,04
	Sig. (bilatéral)	0,82	0,63	0,84	0,25	0,2	0,8	0,24	0,83	0,22	0,36	0,73	0,58
	N	167	167	167	167	167	167	167	167	167	167	167	167

**. La corrélation est significative au niveau 0,05 (bilatéral).*

Pour l'échelle Problèmes, une seule corrélation apparaît significative avec l'analyse de Bravais-Pearson : celle avec la variable 7 « changement de référente connu dans le type d'organisation passée » (=-0.173, p=0.025). Cette corrélation est négative et concerne les enfants qui ont eu un accueil en référence par le passé, mais ne l'ont plus actuellement. Plus précisément, cela signifie que plus l'enfant a eu de référents différents par le passé, plus son score à l'échelle Problèmes diminue. Cependant, il convient de souligner que l'effet de cette corrélation est faible (inférieure à 0.20) et que ce résultat n'est pas retrouvé avec l'emploi du Rho de Spearman.

En ce qui concerne l'échelle Compétences, trois corrélations d'effet faible ou très faible apparaissent significatives (à p.05 ou p.01) au sein des deux méthodes d'analyse :

- avec la variable 5 « type d'organisation des soins précédente » (Corrélation de Bravais-Pearson = 0.216, p=0.005 ; Corrélation de Spearman = 0.175, p=0.02) ;
- avec la variable 6 « période d'affectation du type d'organisation des soins précédente » (Corrélation de Bravais-Pearson = 0.189, p=0.015 ; Corrélation de Spearman = 0.167, p=0.03) ;
- avec les variables 5 et 6 couplées (Corrélation de Bravais-Pearson = 0.205, p=0.008 ; Corrélation de Spearman = 0.174, p=0.02).

Toutes proportions gardées, ces éléments laisseraient imaginer que le score de l'enfant à l'échelle Compétences augmente à mesure que :

- que l'enfant a connu, par le passé, un type d'organisation des soins en référence ;
- que le temps auquel l'enfant a été exposé à la référence dans le passé augmente ;
- que l'enfant a connu, par le passé, un type d'organisation des soins en référence et que la durée d'exposition à ce fonctionnement a augmenté.

Par ailleurs, la corrélation entre l'échelle Compétences et la variable 1 « type d'organisation des soins en place » apparait significative à p.05 avec le coefficient de Bravais-Pearson (=-0.165, p=0.033), ce qui n'est pas le cas avec le Rho de Spearman =-0.13, p=0.09). Nous n'émettons ainsi pas de conclusion pour ce résultat.

Enfin, toutes les corrélations entre la question A ou B et le score de référence sont très faibles, voire quasi inexistantes (inférieures à 0.10).

3.4.2.3. Les données issues des tests de développement BLR et BLC

Deux test de développement ont été utilisés : le Brunet-Lézine révisé et complémentaire.

3.4.2.3.1. Le Brunet-Lézine révise (BLR)

Le Brunet-Lézine révisé est un test de développement pour les enfants jusqu'à 30 mois qui permet de calculer 4 quotients de développement par secteur (postural, coordination oculo-manuelle, langage et socialisation) ainsi qu'un QD global.

3.4.2.3.1.1. Description générale

Au total, 72 enfants ont réalisé le BLR.

Les scores moyens

Tableau 68 : Caractéristiques des quotients de développement obtenus par les enfants de l'échantillon au test de développement BLR

QD du BLR	Statistiques descriptives										
	N	M	M tronquée (5%)	ET	Coefficient de variation	Med	Mode	Min	Max	Etendue	Ecart interquartile
QD postural	72	98,06	97,93	16,6	16,93	99	105	59	144	85	19,75
QD coordination oculo-manuelle	72	95,57	95,48	12,54	13,12	95,5	96	60	126	66	15,75
QD langage	72	95,69	95,48	14,93	15,6	95,5	111	63	127	64	24,5
QD socialisation	72	103,01	102,51	17,04	16,54	102	102	60	157	97	16,75
QD global	72	97,39	97,56	10,21	10,48	97,5	100	69	117	48	13,5

Le QD moyen le plus faible est la coordination oculo-manuelle (M=95.57) et le plus élevé est celui de socialisation (M=103.01). Ce dernier QD est aussi celui qui possède la plus importante dispersion autour de la moyenne (ET=17.04, coefficient de variation = 16.54%) après le QD Postural (ET=16.60, coefficient de variation = 16.93%). A l'inverse, l'écart-type le plus faible est retrouvé pour le QD global (ET=10.21, coefficient de variation = 10.48%).

Pour l'ensemble des QD, la moyenne, la moyenne tronquée ainsi que la médiane offrent des valeurs proches.

Les scores minimum sont pour chaque QD inférieures à 70 et les scores maximum supérieurs à 130. L'étendue la plus importante entre le score minimal et maximal concerne le QD Socialisation (97 points) puis le QD Postural (85 points) ; la plus faible concerne le QD Global (48 points).

Les valeurs extrêmes

Tableau 69 : Nombre de quotients de développement inférieurs à 70 ou supérieurs à 130 obtenus par les enfants de l'échantillon au test de développement BLR

QD du BLR	Nombre de QD inférieurs ou égaux à 70	Nombre de QD supérieurs ou égaux à 130	Total (N)	Total (% par rapport à l'échantillon total)
QD Postural	4	2	6	8,33
QD Coordination oculo-manuelle	1	0	1	1,39
QD Langage	2	0	2	2,78
QD Socialisation	2	3	5	6,94
QD Global	1	0	1	1,39

Le tableau 69 ci-dessus permet d'observer que chaque QD possède des valeurs extrêmes (au-delà de 130 ou en-deçà de 70) mais que le pourcentage d'enfants ayant ces valeurs comparativement à l'ensemble des passations réalisés ne dépasse pas 5% pour les QD Coordination oculo-manuelle, Langage et Global. Ce taux atteint 6.94% pour la socialisation (2 enfants ont des scores inférieurs à 70 et 3 supérieurs à 130) et 8.33% pour le QD Postural (4 scores inférieurs à 70 et 2 supérieurs à 130). Contrairement à l'IDE, nous remarquons ici davantage de QD inférieurs à 70 que de QD supérieurs à 130.

3.4.2.3.1.2. Analyse des scores du BLR avec les catégories de référence

Au sein de notre échantillon, 29 enfants sont issus de crèche proposant une référence classique et 19 un fonctionnement sans aucune référence.

Tableau 70 : Caractéristiques des scores des enfants aux différents quotients de développement du BLR en fonction du type de référence pratiquée dans leur crèche d'accueil (référence classique ou sans référence)

QD du BLR	Type de référence	Statistiques descriptives										
		N	M	M tronquée (5%)	ET	Coefficient de variation	Med	Mode	Min	Max	Etendue	Ecart interquartile
QD postural	Référence classique	29	96,38	96,7	16,36	16,97	95	81	59	127	68	24
	Sans référence	19	101	100,5	18,09	17,91	103	95	67	144	77	25
QD coordination oculo-manuelle	Référence classique	29	92,45	92,7	12,72	13,76	92	90	60	116	56	16
	Sans référence	19	97,58	96,98	12,22	12,52	96	87	80	126	46	18
QD langage	Référence classique	29	96,9	96,87	17,08	17,63	95	110	66	127	61	28
	Sans référence	19	94,68	94,37	12,69	13,4	98	100	72	123	51	16
QD socialisation	Référence classique	29	99,31	99,55	15,79	15,9	102	84	68	125	57	25,5
	Sans référence	19	108,21	107,01	18,87	17,44	103	95	81	157	76	25
QD global	Référence classique	29	96	96,32	10,62	11,06	96	95	69	116	47	13,5
	Sans référence	19	99,11	98,95	10,54	10,63	100	100	84	117	33	19

Les enfants accueillis sans référence ont un QD plus élevé que les enfants issus de crèche en référence classique pour le développement postural (101 contre 96.38), la coordination oculo-manuelle (97.58 contre 92.45), la socialisation (108.21 contre 99.31) et le développement global (99.11 contre 96). La QD langage est, quant à lui, mieux réussi par les enfants accueillis avec une référence classique (96.90 contre 94.68).

Les écarts-types entre les deux groupes sont relativement proches, sauf pour le QD langage dans lequel une plus forte hétérogénéité des scores est perçue chez les enfants accueillis en référence classique (ET=16.8 pour le groupe accueillis en référence classique et 12.69 pour le groupe accueillis sans référence ; 4.23% d'écart entre les deux coefficients de variation). D'ailleurs, pour ce QD, 50% des enfants accueillis en référence ont score compris entre 81 et 109 alors que 50% des enfants sans référence ont un score entre 90 et 106.

Les scores minimum sont toujours plus faibles pour le groupe d'enfants accueillis en référence classique. C'est l'inverse pour les scores maximum, à l'exception du QD Langage (127 pour le groupe « référence classique » et 123 pour le groupe « sans référence »). L'étendue des scores se trouve ainsi très différente entre les deux groupes : elle est plus importante pour le groupe accueillis en référence classique en ce qui concerne les QD Coordination oculo-manuelle (10 points d'écarts), Langage (10 points d'écarts) et Global (14 points d'écarts) mais plus faible pour les QD Postural (9 points d'écarts) et Socialisation (19 points d'écarts).

Evaluation de la taille de la différence

Tableau 71 : Présentation des coefficients d'écarts entre les moyennes aux différents quotients de développement du BLR des enfants accueillis en référence classique et des enfants sans référence

Quotients de développement du BLR	Ecarts de moyennes
QD postural	0,27
QD coordination oculo-manuelle	0,41
QD langage	0,14
QD socialisation	0,51
QD global	0,29

Le tableau 71 ci-dessus révèle que les différences perçues entre les QD moyen Postural, Langage et Global des groupes avec référence classique et sans référence sont négligeables (respectivement x = 0.27, 0.14, 0.29). Or, celles perçues entre les deux groupes pour le QD coordination oculo-manuelle est de taille moyenne (x = 0.41), tout comme celle pour le QD socialisation (x = 0.51).

3.4.2.3.1.3. Analyse des scores du BLR avec le score de référence

Une analyse de corrélation a ensuite été réalisée entre les scores moyens aux QD et le score de référence attribué à chaque enfant.

Tableau 72 : Analyse de corrélation de Bravais-Pearson entre les scores des enfants aux différents quotients de développement du BLR et leur score de référence (total et par variable)

Quotient de développement	**Caractéristiques**	**Score de référence**											
		V1	**V2**	**V3**	**V5**	**V6**	**V7**	**V8**	**V12**	**V56**	**V1256**	**V37**	**Score total**
QD postural	Corrélation de Pearson	-0,071	0,034	0,052	0,006	0,022	0,02	0,157	-0,041	0,015	-0,035	0,054	0,011
	Sig. (bilatérale)	0,551	0,78	0,662	0,963	0,854	0,865	0,187	0,734	0,899	0,771	0,65	0,924
	N	72	72	72	72	72	72	72	72	72	72	72	72
QD coordination oculo-manuelle	Corrélation de Pearson	-0,203	-0,206	0,091	0,097	0,134	0,075	0,003	-0,221	0,12	-0,167	0,121	-0,125
	Sig. (bilatérale)	0,088	0,083	0,445	0,418	0,263	0,532	0,983	0,062	0,314	0,161	0,312	0,294
	N	72	72	72	72	72	72	72	72	72	72	72	72
QD langage	Corrélation de Pearson	-0,031	0,173	-0,032	0,204	0,164	-0,065	0,15	0,038	0,186	0,155	-0,067	0,159
	Sig. (bilatérale)	0,797	0,146	0,792	0,085	0,169	0,59	0,208	0,75	0,117	0,194	0,575	0,182
	N	72	72	72	72	72	72	72	72	72	72	72	72
QD socialisation	Corrélation de Pearson	-0,222	-0,081	0,041	0,021	0,043	0,028	0,045	-0,192	0,034	-0,187	0,051	-0,162
	Sig. (bilatérale)	0,061	0,498	0,73	0,86	0,72	0,816	0,706	0,107	0,776	0,116	0,672	0,175
	N	72	72	72	72	72	72	72	72	72	72	72	72
QD global	Corrélation de Pearson	-0,163	-0,014	0,048	0,124	0,129	0,014	0,114	-0,125	0,13	-0,056	0,047	-0,02
	Sig. (bilatérale)	0,17	0,908	0,688	0,299	0,279	0,907	0,341	0,296	0,276	0,639	0,695	0,867
	N	72	72	72	72	72	72	72	72	72	72	72	72

Tableau 73 : Analyse de corrélation de Spearman entre les scores des enfants aux différents quotients de développement du BLR et leur score de référence (total et par variable)

Quotients de développement	Caractéristiques	Score de référence											
		V1	**V2**	**V3**	**V5**	**V6**	**V7**	**V8**	**V12**	**V56**	**V1256**	**V37**	**Score total**
QD Postural	Coefficient de corrélation	-0,066	0,043	-0,037	-0,022	-0,019	0,092	0,092	-0,032	-0,02	-0,023	0,029	0,025
	Sig. (bilatéral)	0,581	0,721	0,755	0,853	0,876	0,443	0,444	0,789	0,865	0,849	0,811	0,838
	N	72	72	72	72	72	72	72	72	72	72	72	72
QD Coordination oculo-manuelle	Coefficient de corrélation	-0,188	-,265*	0,083	0,156	0,162	0,065	-0,046	-0,199	0,157	-0,204	0,112	-0,147
	Sig. (bilatéral)	0,113	0,025	0,487	0,192	0,173	0,588	0,704	0,094	0,188	0,086	0,349	0,217
	N	72	72	72	72	72	72	72	72	72	72	72	72
QD Langage	Coefficient de corrélation	-0,034	0,112	-0,012	0,164	0,153	-0,077	0,126	0,037	0,163	0,169	-0,062	0,162
	Sig. (bilatéral)	0,779	0,35	0,919	0,167	0,2	0,52	0,291	0,759	0,17	0,155	0,608	0,175
	N	72	72	72	72	72	72	72	72	72	72	72	72
QD Socialisation	Coefficient de corrélation	-0,122	-0,049	0,036	-0,011	-0,009	0,072	0,06	-0,081	-0,011	-0,115	0,074	-0,097
	Sig. (bilatéral)	0,305	0,68	0,761	0,926	0,937	0,55	0,618	0,497	0,925	0,338	0,537	0,419
	N	72	72	72	72	72	72	72	72	72	72	72	72
QD Global	Coefficient de corrélation	-0,161	-0,073	0,087	0,127	0,126	0,037	0,049	-0,112	0,127	-0,063	0,093	-0,012
	Sig. (bilatéral)	0,177	0,545	0,47	0,287	0,293	0,761	0,681	0,349	0,286	0,597	0,439	0,918
	N	72	72	72	72	72	72	72	72	72	72	72	72

**. La corrélation est significative au niveau 0,05 (bilatéral).*

Les deux analyses ci-dessus montrent des corrélations faibles (autour de .20), très faibles (autour de .10), voire quasi inexistantes (inférieures à .10) entre les différents QD du BLR et le score de référence, dont aucune ne se révèle significative dans les deux analyses. La faible corrélation entre le QD Coordination oculo-manuelle et la variable 2 « Période d'affectation du type d'organisation des soins en place » apparait significative à p.05 avec le calcul du Rho de Spearman (=-0.265, p=0.025), mais pas avec le coefficient de Bravais-Pearson (= -0.206, p=0.083). Nous n'apportons donc pas de conclusion ici.

3.4.2.3.2. Le Brunet-Lézine complémentaire (BLC)

Le Brunet-Lézine complémentaire est un test de développement pour les enfants de plus de 30 mois. A partir du score obtenu, il est possible de calculer un quotient de développement global pour chaque enfant. Tout comme l'IDE et le BLR, cela permet de situer le développement d'un enfant sur une courbe de Gauss (M=100 ; ET=15).

3.4.2.3.2.1. Description générale

Au total, 34 enfants ont effectué la passation du BLC.

Tableau 74 : Caractéristiques du quotient de développement global obtenu par les enfants de l'échantillon au test de développement BLC

QD du BLC	Statistiques descriptives										
	N	M	M tronquée (5%)	ET	Coefficient de variation	Med	Mode	Min	Max	Etendue	Ecart inter-quartile
QD global	34	110,03	109,91	16,95	15,4	114,5	117	73	146	73	22

Le QD global moyen est de 110.03 (ET=16.95). Pour notre échantillon, la moyenne est donc supérieure de 10 points par rapport à ce qui est classiquement attendu dans une courbe de Gauss.

Aucun enfant n'a obtenu un QD inférieur à 70, comme en témoigne le score minimum équivalent à 73. Le score maximum, quant à lui est de 146. Plus précisément, 4 enfants en ont obtenu un supérieur à 130, soit 11.76% de notre échantillon.

3.4.2.3.2.2. Analyse des scores du BLC avec les catégories de référence

Le QD global du BLC a été calculé pour seulement 5 enfants issus de crèches en référence classique et pour le double d'enfants accueillis sans référence (N=10).

Tableau 75 : Caractéristiques du quotient de développement global obtenu par les enfants au test de développement BLC en fonction du type de référence pratiquée dans leur crèche d'accueil (référence classique ou sans référence)

QD du BLC	Type de référence	Statistiques descriptives										
		N	M	M tronquée (5%)	ET	Coefficient de variation	Med	Mode	Min	Max	Etendue	Ecart interquartile
QD global	Référence classique	5	109,6	109,61	21,29	19,43	119	-	86	133	47	41
	Sans référence	10	113,3	113,72	23,78	20,99	110	-	73	146	73	38

Le QD global moyen, ainsi que la dispersion autour de la moyenne, sont plus faibles dans le groupe « en référence classique » (M=109.60 ; ET=21.29) que dans le groupe « sans référence » (M=113.3 ; ET=23.78). L'écart entre les deux moyennes est de 3.7 points. De plus, l'étendue des scores est plus importante de 26 points pour les enfants sans référence (146 pour le groupe « sans référence » contre 133 pour le groupe « référence classique »).

Evaluation de la taille de la différence

Tableau 76 : Présentation des coefficients d'écarts entre les moyennes au quotient de développement global du BLC des enfants accueillis en référence classique et des enfants sans référence

Quotient de développement du BLC	Ecart de moyennes
QD global	0,17

La différence relevée entre le QD moyen au BLC du groupe « référence classique » et celui du groupe « sans référence » est négligeable (x = 0.17).

3.4.2.3.2.3. Analyse des scores du BLC avec le score de référence

Enfin, le QD du BLC a été mis en lien avec le score de référence calculé pour chaque enfant.

Tableau 77 : Analyse de corrélation de Bravais-Pearson entre le quotient de développement global du BLC des enfants et leur score de référence (total et par variable)

BLC	Caractéristiques	Score de référence											
		V1	V2	V3	V5	V6	V7	V8	V12	V56	V1256	V37	Score total
QD Global	Pearson Corrélation	-0,13	-0,06	-0,03	0,06	-0,04	0,08	0,21	-0,11	0,01	-0,11	0,01	-0,06
	Sig. (2-tailed)	0,45	0,75	0,89	0,72	0,84	0,66	0,24	0,54	0,98	0,53	0,94	0,73
	N	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34

Tableau 78 : Analyse de corrélation de Spearman entre le quotient de développement global du BLC des enfants et leur score de référence (total et par variable)

BLC	Caractéristiques	Score de référence											
		V1	V2	V3	V5	V6	V7	V8	V12	V56	V1256	V37	Score total
QD Global	Coefficient de corrélation	-0,2	-0,07	0,09	0,09	0,02	0,08	0,22	-0,22	0,05	-0,1	0,12	-0,02
	Sig. (bilatéral)	0,25	0,68	0,61	0,62	0,91	0,66	0,22	0,22	0,76	0,57	0,5	0,91
	N	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34

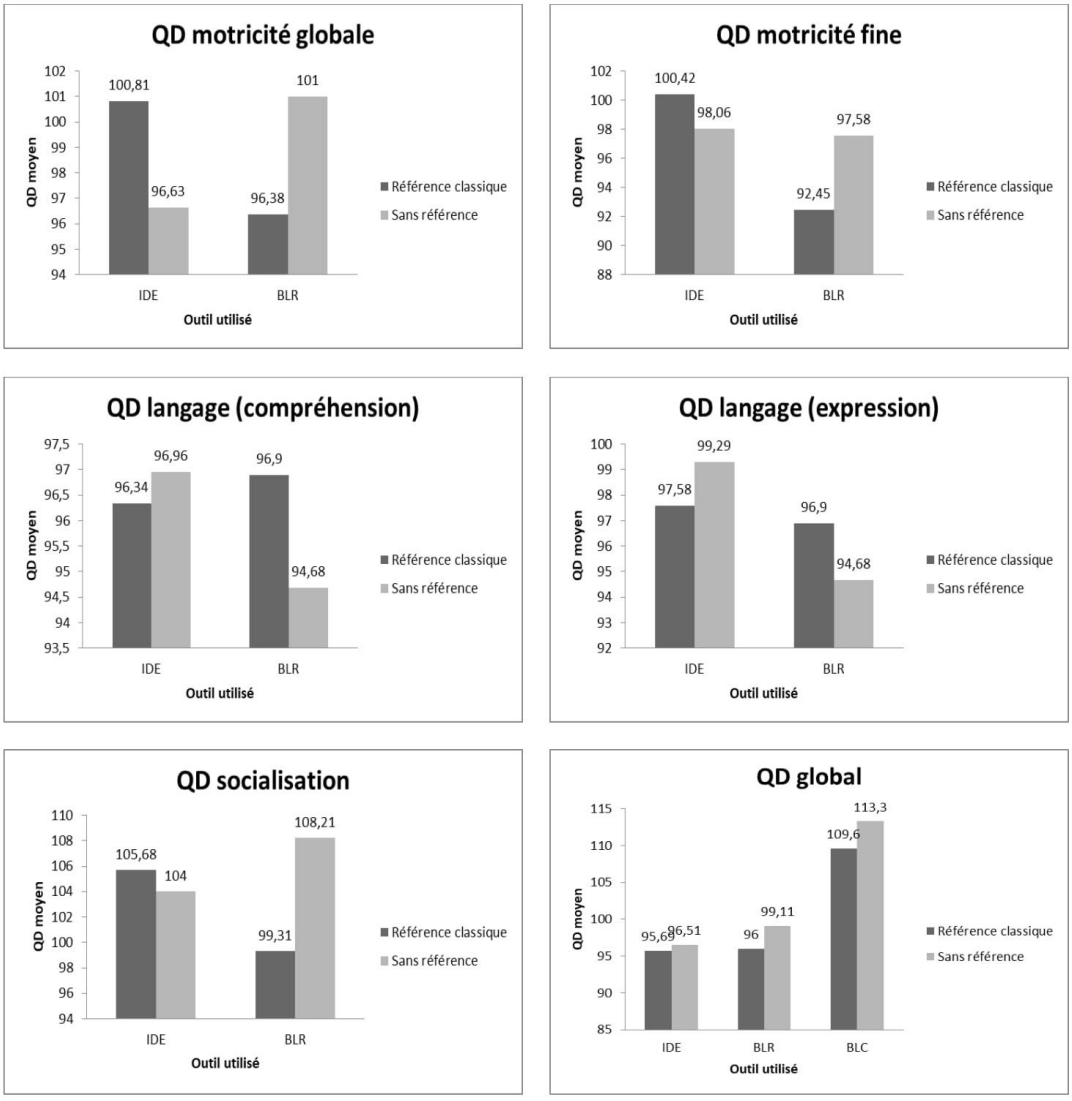
Ces deux analyses ne révèlent aucune corrélation significative entre le QD global du BLC et le score de référence total et par variables. De plus, toutes les corrélations apparaissent faibles (autour de .20), très faibles (autour de .10), voire quasi inexistantes (inférieures à .10).

3.4.2.4. Comparaison des trois outils évaluant le développement de l'enfant

Nous présentons en annexe (Annexe 8) une comparaison entre l'ensemble des données issues des trois outils évaluant le développement de l'enfant : IDE, BLR et BLC.

Nous proposons ici de présenter succinctement leurs données en fonction des deux catégories de référence (référence classique et sans référence) à travers la figure suivante.

Graphique 23 : Quotients de développement (par secteur et global) au questionnaire IDE et tests de développement BLR et BLC des enfants accueillis avec et sans référence classique



Pour tous les secteurs de développement, la comparaison des moyennes entre les groupes d'enfants issus de crèches avec référence classique et sans référence donnent des résultats contradictoires en fonction de l'outil utilisé, questionnaire rempli par les parents (IDE) et test de développement réalisé par le psychologue ou psychomotricien (BLR et BLC).

Plus précisément, en ce qui concerne la socialisation, la motricité globale et fine, les QD moyens des enfants accueillis en référence se montrent plus élevés que ceux des enfants sans référence pour l'IDE, mais plus faibles pour le BLR. Il s'agit de l'inverse pour le langage expressif et compréhensif.

Seule la comparaison entre les moyennes obtenues aux trois outils pour le développement global permet d'apporter une même conclusion : les enfants accueillis en référence classique ont un QD Global plus faible que les enfants accueillis sans référence. Cependant, nous avons vu précédemment que cette différence était négligeable pour les trois outils.

3.4.2.5. Synthèse générale de l'objectif 4 : l'impact de la référence sur le développement de l'enfant

Enfin, pour répondre au quatrième objectif (analyser l'impact de la référence sur le développement de l'enfant), des données quantitatives et qualitatives ont été recueillies et sont synthétisées ci-dessous.

Les représentations des parents et professionnelles

Seulement 7 participants (6 professionnelles, 1 parent) pensent que c'est la présence d'une référente qui influe le plus sur le développement social et affectif de l'enfant.

De façon plus large, pour 16 participants (7 professionnelles, 9 parents), ce sont davantage les relations créés avec toutes les professionnelles de l'unité de vie.

Enfin, pour 21 participants (3 professionnelles, 18 parents), c'est l'accueil en collectivité qui a le plus d'impact sur le développement de l'enfant.

Les résultats issus des outils évaluant le développement

Comportement général des outils

Un nombre important de valeurs extrêmes a été relevé au sein des outils IDE (entre 7.27% et 21.11% selon les QD, à l'exception du QD Global) et BLC (11,76%). Ces résultats seront analysés dans le chapitre Discussion.

Les différences de moyenne entre les données des enfants accueillis en référence classique et sans référence

Des différences de moyenne ont été repérées entre les données issues des enfants accueillis en référence classique et sans référence. A défaut de pouvoir utiliser des statistiques

inférentielles dans notre étude (cf. chapitre Discussion), nous avons utilisé un calcul permettant d'estimer la taille de la différence observée : (moyenne groupe 1 - moyenne groupe 2) / écart-type total commun.

Ce calcul révèle que les différences de moyenne entre les deux groupes sont négligeables pour l'IDE et le BLC.

Concernant le BLR, une différence moyenne ressort pour le QD Socialisation (x=0.51) et le QD Coordination oculo-manuelle (x=0.41). Ainsi, nous pourrions conclure que, dans une certaine mesure, les enfants accueillis en référence classique ont des quotients de développement dans les registres de la socialisation et de la coordination oculo-manuelle plus faibles que les enfants accueillis sans référence. Cependant, nous retrouvons une tendance inverse lorsque l'IDE est utilisé pour ces mêmes secteurs de développement.

Pour la BITSEA, l'étude des caractéristiques descriptives des groupes montrent que les enfants accueillis en référence classique ont des scores bien plus hétérogènes que ceux des enfants sans référence. De plus, ce groupe comporte un nombre d'enfants ayant un déficit potentiel à l'échelle Compétences 11.98% supérieur à celui du groupe sans référence.

Les corrélations entre les données recueillies et les variables du score de référence

Il convient de souligner qu'aucune corrélation testée entre les données issues des différents outils mesurant le développement et le score de référence n'atteint .30, seuil permettant de relever à minima une corrélation « moyenne ».

En prenant comme indicateur la significativité, parmi les corrélations d'effet faible (autour de .20), trois apparaissent significatives (à p.05 ou p.01) avec l'outil BITSEA.

Toutes proportions gardées, ces éléments laisseraient imaginer que le score de l'enfant à l'échelle Compétences augmente si :

- l'enfant a connu, par le passé, un type d'organisation des soins en référence (Corrélation de Bravais-Pearson = 0.216, p=0.005 ; Corrélation de Spearman = 0.175, p=0.02) ;

- le temps auquel l'enfant a été exposé à la référence dans le passé augmente (Corrélation de Bravais-Pearson = 0.189, p=0.015 ; Corrélation de Spearman = 0.167, p=0.03)

- l’enfant a connu, par le passé, un type d’organisation des soins en référence et que la durée d’exposition à ce fonctionnement a augmenté (Corrélation de Bravais-Pearson = 0.205, p=0.008 ; Corrélation de Spearman = 0.174, p=0.02).

Quelques autres corrélations se révèlent significatives mais seulement avec l’une des deux méthodes d’analyse. Nous faisons alors le choix de ne pas tenir compte de leur résultat. Par ailleurs, aucune corrélation significative n’est repérée pour les tests de développement BLR et BLC.

Conclusion

A première vue, les trois résultats les plus saillants issus des outils évaluant le développement de l’enfant que nous avons obtenus semblent aller dans le sens inverse de notre hypothèse initiale : les enfants accueillis dans une crèche avec une référence classique ont des scores plus faibles de socialisation et de coordination oculo-manuelle avec le BLR ainsi qu’un taux plus élevé de déficit potentiel en compétences socio-émotionnelles avec la BITSEA que les enfants sans référence. Nous nous attendions à trouver des scores inverses. Néanmoins, nous pensons qu’à eux seuls, ces résultats ne viennent pas infirmer notre hypothèse, car ces éléments ne sont pas retrouvés avec les autres outils et leur significativité reste encore à prouver.

Durant la réalisation de ce volet expérimental, nous avons testé l’influence sur les données des différentes données décrivant les participants telles que les données sociodémographiques ou concernant l’accueil de l’enfant à la crèche. Nous avons fait le choix de ne pas les présenter ici puisque très peu de résultats significatifs ressortent de notre étude.

De plus, comme nous l’avons expliqué lors de l’analyse des résultats, toute une partie du matériel n’a pas pu être utilisé dans ce travail de thèse afin de respecter les délais universitaires. Nous poursuivrons le traitement des données après la soutenance, ce qui nous permettra de compléter les données sur notre échantillon et d’enrichir les résultats.

4. DISCUSSION

Notre discussion s'organise en deux parties : nous revenons en premier lieu sur l'ensemble des résultats de l'étude, puis nous discuterons ses apports, ses limites et les perspectives de recherches futures.

4.1. Retour sur les résultats

Cette recherche s'est composée de deux parties, un volet exploratoire suivi d'une partie expérimentale, qui constitue la première étude française sur la référence.

En premier lieu, ce travail a permis de valider l'existence d'une hétérogénéité dans les pratiques entourant la référence en crèche collective et multi-accueil et d'en proposer la toute première description. Une variable en particulier induit cette variabilité : la durée d'attribution d'un même référent. C'est ainsi que nous trouvons des références en application entre 3 jours et 3 ans selon les crèches. Ces éléments sont cohérents avec les représentations des participants : tous semblent s'accorder sur la mission principale de la référente : la prise en charge privilégiée d'un groupe d'enfants, mais les représentations divergent en ce qui concerne sa durée d'attribution. La pertinence de la référence à mesure de l'enfant se développe varie fortement entre les participants.

Puis, de nombreuses données ont été recueillies autour du lien enfant-référente. Ce thème recouvre à lui seul une grande part de l'ambivalence éprouvée par les participants à l'égard de la référence : la relation enfant-référente est perçue à la fois comme une source importante de sécurité pour l'enfant et comme engendrant potentiellement une forme de dépendance à l'adulte. Ces éléments sont cohérents avec nos hypothèses initiales. Ainsi, nous pourrions penser que cette première partie de la recherche est venue confirmer scientifiquement et préciser des savoirs issus d'écrits cliniques et internationaux.

La réalisation du volet expérimental avait pour ambition d'analyser empiriquement la présence de ces éléments. Un résultat particulier apparait : la référence (et particulièrement lors de la période d'adaptation de l'enfant) semble diminuer les difficultés de l'enfant dans le registre de la labilité attentionnelle (capacité à rester concentrer sur une activité). Cependant, les difficultés rencontrées dans la mise en œuvre du plan d'analyse, sur lesquelles nous reviendront, limitent la portée de ces résultats. Par ailleurs, ce volet expérimental a permis de souligner les éléments indispensables à prendre en compte dans de nouvelles recherches (présentés dans les perspectives).

4.2. Discussion des résultats

Dans cette deuxième partie, nous suggérons de reprendre les principaux résultats qualitatifs et quantitatifs de notre étude et de les examiner au regard de la littérature. Nous reviendrons ensuite sur les hypothèses à l'issue de cette discussion.

Notre propos se découpe en 7 parties thématiques :

- une présentation de l'intérêt qu'a suscité notre sujet chez les participants et leurs connaissances sur celui-ci (partie 1) ;
- une description des missions de la référente par nos participants et à l'aune de cette fonction dans les pouponnières et les institutions spécialisées (partie 2);
- une discussion autour des différents « degrés de référence » perçus sur le terrain (partie 3);
- une analyse de l'ambivalence des participants autour de la référence (partie 4);
- une description des savoirs des participants concernant le développement psychique, social et affectif de l'enfant à la lumière de la littérature (partie 5);
- une discussion de la notion de « relation privilégiée » sous l'angle de la théorie de l'attachement et de la psychanalyse (partie 6);
- une présentation des différents « tiers » permettant de contenir l'affectivité de la relation privilégiée (partie 7).

4.2.1. L'intérêt pour le thème et les connaissances sur le sujet

En préambule de la discussion de nos résultats, nous souhaitons revenir sur l'intérêt et les connaissances que nous avons perçus chez les participants envers notre sujet d'étude : la référence.

4.2.1.1. Un intérêt certain des participants pour participer à la recherche…

Tout d'abord, nous pouvons souligner le taux important d'acceptation de la recherche par les professionnelles. Pour rappel, 80% des professionnelles sollicitées ont accepté le questionnaire et près de 60%, l'entretien. Les professionnelles se sont montrées particulièrement motivées puisque 94% de celles qui ont consenti à être interviewées y ont donné suite, d'autant plus que certaines crèches n'ont pas décompté le temps de participation du temps de travail ; le chiffre est un peu plus faible pour le questionnaire (71%).

Du côté des parents, le taux d'acceptation est bien moindre : 30% des parents interpellés ont adhéré aux questionnaires, 20%, à la passation du test et 13%, à l'entretien. Puis, 68% de ceux ayant accepté de remplir le questionnaire l'ont effectivement fait, 63% ont réalisé l'entretien et 62%, le test de développement.

Outre ces différences, la quasi-totalité des participants que nous avons rencontrés ont exprimé un réel intérêt pour la recherche et ont fait part de leur souhait d'en connaître les résultats.

Parallèlement à la rédaction de ce chapitre, nous avons divulgué les premiers résultats de la thèse dans les crèches associées à l'étude. Une part importante des professionnelles rencontrées étaient présentes, parfois sur leur temps personnel, voire sur leurs congés, et se sont montrées très curieuses à l'égard des résultats.

Ces éléments nous indiquent ainsi que la référence est un sujet qui questionne les professionnels de terrain et que nos objectifs de recherche ont paru cohérents avec les préoccupations des participants.

4.2.1.2. …mais un sujet peu évident à évoquer

4.2.1.2.1. Des difficultés à répondre à nos questions

Malgré cet intérêt, lors de l'analyse de la dynamique générale des entretiens, nous avons remarqué que certains propos des participants étaient peu authentiques, peu riches. Leurs réponses et leur réflexion nous ont semblées souvent confuses et évasives. Pour preuve, les mots « je ne sais pas/plus » ont été employé 137 fois par les professionnelles et 149 fois par les parents.

Ces éléments nous ont interrogées sur le degré de difficulté de nos questions ou de la thématique abordée, mais aussi sur le degré de maîtrise du sujet par les participants.

4.2.1.2.2. La référence : de quoi parle-t-on ?

L'utilisation fréquente du mot « référente(s) » au pluriel par certains participants montre leur méconnaissance du sujet : sous l'appellation « référente », parle-t-on d'une professionnelle spécifique ou des professionnelles composant l'unité de vie ?

De plus, certains participants se sont demandés de qui cette professionnelle était-elle référente. De l'enfant seulement ? De son parent ? De la famille (parents et enfant) ? Nous n'avions pas prévue cette question dans notre grille d'entretien ; elle n'a donc pas été posée systématiquement aux participants, alors qu'elle nous aurait permis de mieux comprendre le

champ d'action de la référente. Dans les études internationales, il est fréquent de retrouver l'idée qu'il s'agit d'un référent de la famille (Kibble et al., 2014).

4.2.1.2.3. Une maîtrise du sujet différente entre parents et professionnelles

Les parents nous ont semblé avoir une conception du sujet relativement limitée et issue de leurs observations quotidiennes, mais plutôt homogène entre eux. En ce qui concerne les professionnelles, nous avons noté davantage d'hétérogénéité. Cela se remarque notamment à travers la durée des entretiens : 36 minutes d'écart entre l'entretien le plus long et le plus court chez les professionnelles et une variation autour de la moyenne de près de 10 minutes.

4.2.1.3. Quelle connaissance « théorique » de la référence ?

Nous avons constaté que l'historique de la référence est peu connu : seuls 8 participants sur les 20 analysés à ce jour (2 parents et 6 professionnelles) ont proposé des idées, 4 d'entre eux (des professionnelles) ayant des connaissances certaines.

De plus, il est important de souligner que cette pratique est peu présente dans les contenus de formation initiale et continue. Seul un quart des professionnelles de notre échantillon a reçu un apport théorique autour de la référence en formation. Nous avions fait ce même constat chez les professionnelles de pouponnières en 2014 (Violon & Wendland).

Enfin, du côté des parents, la référence est rarement connue avant l'arrivée à la crèche. Les parents apprennent qu'une référente sera attribuée à leur enfant lors de la visite de la crèche, de la signature du contrat, voire même le premier jour de la période d'adaptation. De plus, peu d'éléments explicatifs sont donnés autour de ses missions.

4.2.2. Les missions de la référente

Afin de préciser la définition de cette « histoire » ou de ce « truc » de référence pour reprendre les mots de certains participants, nous nous proposons d'analyser les missions attribuées à la référente.

4.2.2.1. Une mission principale : la prise en charge « privilégiée » des soins

La mission la plus décrite est celle de la prise en charge privilégiée des soins d'un petit groupe d'enfants. Cet accompagnement peut être mis en œuvre seulement quelques jours (lors

de la période de « familiarisation[22] ») ou jusqu'au départ de l'enfant de la crèche (trois ans d'accueil maximum), ce qui est cohérent avec la définition de la référence en crèche que l'on trouve dans les textes internationaux basés sur la théorie de l'attachement (e.g. Ritchie & Howes, 2003 ; Colmer et al., 2011). La prise en charge des temps de soins y est perçue comme permettant un partage de temps individualisé et quotidien indispensable à la création d'un lien d'attachement sécure.

La prise en charge privilégiée de l'enfant par une professionnelle lors de la période d'adaptation est particulièrement valorisée par les participants ; certains notent un meilleur vécu de l'enfant avec un tel fonctionnement. La référente est désignée comme « la porte d'entrée » dans l'institution.

4.2.2.1.1. La notion de soins « privilégiés »

En système de référence, c'est donc la référente qui est désignée, parmi l'ensemble de l'équipe, pour assurer de façon « privilégiée » les soins des enfants de son groupe de référence. Mais que veut dire assurer des soins de façon « privilégiée » ? Et avant tout, qu'est-ce qu'un « soin » ?

4.2.2.1.1.1. Qu'entend-on par « soins » ?

Dans notre étude, des participants décrivent les « soins » comme les « trois temps-clés » de la journée : les repas du midi et du goûter, les changes et l'accompagnement à la sieste. La notion de soins est ainsi comprise dans un sens large référant à la fois à des soins « corporels » et « relationnels » (Zumstein, 2017). Winnicott parle même de « soins psychologiques » lorsque les soins corporels sont particulièrement adaptés à l'enfant (1971).

Une importance particulière est accordée aux temps de soins en crèche car ces moments sont les seuls de la journée où l'enfant est en relation étroite avec l'adulte. Lors des temps de jeux, l'enfant est davantage autonome et expérimente une liberté de mouvement et d'exploration. Cette conception de l'accueil collectif est issue des travaux d'Emmi Pikler, basés sur une idée fondamentale : « Ce qui soutient particulièrement l'enfant dans son jeu libre est l'attention reçue pendant le soin » (Lucas & Navarro, 2017, p.87). En d'autres termes, les temps de soins sont « la source du processus d'attachement » aidant à fournir à

[22] Sylviane Giampino propose un emploi du terme de « période de familiarisation » en remplacement de celui de « période d'adaptation » laissant imaginer une adaptation réelle de l'enfant à l'issue de cette période définie (2017).

l'enfant une base de sécurité qui servira d'appui à son exploration (Lucas & Navarro, 2017, p.76).

4.2.2.1.1.2. La notion de « privilège » : plusieurs interprétations

« Privilégié » comme synonyme de « principal »

Le terme « privilégiée » se référant ici à la prise en charge des soins est une notion qui peut être interprétée de deux façons différentes. Dans les écrits de Loczy[23], il s'agit de désigner une professionnelle parmi l'ensemble de l'équipe qui assurera les soins durant son temps de présence, sauf circonstances particulières. Le terme « privilégié » est ici à comprendre comme synonyme de « principale » ou « prioritaire ».

Dans ce sens, le système de référence permet une répartition équitable de la charge de travail entre toutes les professionnelles de l'unité. Il simplifie l'organisation des unités de vie et améliore la qualité des relations dans l'équipe. Pour Diana Zumstein, la référence garantit ainsi une cohérence dans le fonctionnement collectif (2017).

« Privilégié » comme synonyme « d'exclusif » ?

Un autre sens peut être attribué à l'adjectif « privilégié » : exclusif. Pour illustrer ceci, les professionnelles décrivent l'existence, par le passé, d'un type de référence « rigide », autorisé, voire encouragé institutionnellement : les groupes de référence étaient très cloisonnés et fonctionnaient de façon isolée les uns des autres. Cette application de la référence a toujours provoqué beaucoup de réactions de rejet. Cette appréhension de l'exclusivité se retrouve également dans le discours des professionnels en Océanie (Nouvelle-Zélande ; Rockel, 2003) où une part importante des recherches sur la référence ont été réalisées (cf. article n°1).

Ce fonctionnement entraînait des difficultés importantes à vivre l'absence de leur référente chez les enfants et beaucoup de tensions dans les équipes. Une professionnelle nous a déclaré qu'un système de référence rigide fut utilisé comme une protection contre le groupe, dans une tentative de démantèlement de l'équipe (Dubreuil, 2011, p.36).

Les deux interprétations possibles du terme « privilégié » résident donc dans le degré de flexibilité accordé à l'organisation des soins entre les différentes professionnelles.

[23] Les termes « écrits de Loczy » sont employés ici pour évoquer les écrits décrivant l'expérience de l'Institut Pikler-Loczy mais aussi ceux des cliniciens s'appuyant sur les travaux d'Emmi Pikler pour penser les pratiques françaises, tels que Miriam Rasse.

4.2.2.1.1.3. L'importance de soins privilégiés

L'intérêt de la prise en charge privilégiée des soins par un adulte référent réside dans la création de moments de partage particulièrement « personnalisants » (Rasse, 2017). Des professionnelles, dans notre étude et dans d'autres (Colmer et al., 2011), ont par exemple expliqué que le travail en référence supprimait les tâches « à la chaîne » vécues par le passé, comme le change des couches de 15 enfants les uns à la suite des autres par la même professionnelle.

Diana Zumstein parle de « temps de rencontres significatives et signifiantes » (2017, p.126). Cette qualité des relations trouve sa source dans la meilleure connaissance réciproque acquise par l'enfant et la professionnelle au fil des temps de soins, comme en ont témoigné les professionnelles dans notre étude.

La professionnelle peut s'ajuster plus finement à ce que l'enfant manifeste et, de son côté, l'enfant à la possibilité de prévoir la façon dont va se dérouler le soin. Ces éléments apparaissent dans les propos de plusieurs auteurs et sont perçus comme l'un des avantages majeurs de la référence (Colmer et al, 2011 ; Rolfe, 200 ; Rockel, 2003 ; Ebbeck et al., 2015 ; Kibble et al., 2014). Pour certains de ces auteurs, la référence est indispensable à construire en équipe car l'intervention des professionnelles dans le groupe d'enfants permet de soutenir ces temps de rencontre individualisés et de prendre le relais des référents quand ils sont déjà occupés avec un enfant (Kibble et al., 2014).

Dans les entretiens, nous remarquons qu'un débat existe entre les professionnelles autour de la notion de « bien » connaître un enfant. Seules les professionnelles ayant travaillé en référence perçoivent une différence dans la façon dont l'organisation des soins a une influence sur leur degré de connaissance des enfants. Diana Zumstein ajoute à ce sujet que « ce qui compte, ce sont les détails » (Zumstein, 2017, p.104).

Les participants ont rapidement signalé l'inconvénient majeur de la référence: l'enfant n'a pas le choix de la professionnelle qui va s'occuper de lui de façon privilégiée, et inversement.

4.2.2.1.2. La référente : une professionnelle non choisie par l'enfant

Des participants craignent l'impact négatif pour l'enfant d'un lien qui ne fonctionnerait pas ou qui serait conflictuel entre l'enfant et sa référente. Nous avions constaté cette même méfiance dans les entretiens menés en pouponnières en 2014 (Violon & Wendland) car ce problème semble questionner fortement les professionnelles. Deux notions

dans la littérature peuvent éclairer notre propos, celle de « bouc émissaire » décrite par Denis Mellier (2007) et celle de « référent de transfert » (L'Actif, 2011).

4.2.2.1.2.1. Le phénomène de bouc émissaire

A l'inverse du phénomène de « chouchou » que nous présenterons plus tard dans cet écrit, le phénomène de « bouc émissaire » décrit par Denis Mellier peut aussi exister dans une relation enfant-professionnel et se déployer au sein de l'équipe toute entière : l'enfant est rejeté par tous et devient « une sorte d'exutoire aux projections négatives ambiantes » (Mellier, 2007, p.77).

Dans les entretiens, le risque de se retrouver « bloqué » dans une relation avec un enfant avec qui « ça ne passe pas » est pointé du doigt comme un écueil de la référence. Dans ce contexte, l'absence de choix (la professionnelle ne choisit pas ses enfants de référence ni l'enfant, sa référente) est l'objet de beaucoup de critiques négatives.

Le changement de référente est alors souhaitable pour les participants.

4.2.2.1.2.2. Les changements de référent : une solution ?

Dans notre échantillon, sur les 172 enfants ayant actuellement ou ayant eu par le passé une référente, 24 d'entre eux (soit 14%) ont connu un, deux ou trois changements de référent dans leur parcours. Nous n'avons pas demandé de façon systématique la raison de ces remplacements, mais nous savons que certains sont volontaires et d'autres arrivent de façon inopinée.

Des changements volontaires

Pour plusieurs participants, changer l'enfant de référente est une issue possible face à la survenue d'éventuelles difficultés ou conflits dans le lien enfant-référente ou parents-référente. Or, pour Colmer (2008), le travail de réflexion des professionnelles autour des liens mis en place avec l'enfant (que nous aborderons plus en détail par la suite) est un autre moyen permettant de trouver une solution à cette « relation privilégiée négative » (Mellier, 2007) autre que le changement de référent, véritable passage à l'acte.

De plus, des changements de référente ont lieu en fin d'année suite à l'organisation des unités de vie. Parfois cela relève d'un choix des équipes permettant de limiter l'affectivité de la relation enfant-référente. Dans d'autres cas, cela provient de difficultés à anticiper l'attribution d'une référente de l'arrivée de l'enfant jusqu'à son départ.

Des changements inopinés

Des changements de référent peuvent également se produire suite à des situations imprévues, comme le départ de la référente pour des raisons de mutation, d'arrêt maladie ou encore de congé maternité. Un fort taux de « turn over » existe dans les établissements d'accueil du jeune enfant au niveau international (Fodor Puel, 2011 ; Eberhart-Wright, 2002). Cependant, dans l'étude d'Aguillard et al (2005), les départs inopinés des professionnelles expliquent seulement 3 changements de référent sur les 63 identifiés, les 60 autres étant liés à une décision interne à la crèche.

Des changements non perturbants pour l'enfant

De manière générale, ces changements n'ont pas été ressentis comme perturbants pour l'enfant qui serait doté d'une « capacité de flexibilité importante ». Pour certaines professionnelles, une simple verbalisation suffit pour aider l'enfant à vivre le changement. Nous reviendrons dans l'article n°4 sur la perception des signes de souffrance des enfants par les professionnelles.

Comme le présentent Ritchie et Howes (2003), tout un pan de la littérature souligne qu'il est très délicat pour l'enfant de nouer des liens d'attachement sécures lorsqu'il fait face à une instabilité dans l'équipe de professionnelles. Pour Hodges & Tizard (1989), il pourrait même y avoir un risque que l'enfant ne développe plus de liens d'attachement du tout au sein du mode d'accueil.

4.2.2.1.2.3. La notion de « référent de transfert »

Par ailleurs, des participants insistent sur le fait que l'enfant, s'il le souhaite, peut créer une relation privilégiée avec une autre professionnelle que la référente. Cet autre professionnel est alors dénommé « référent de transfert » ou « référent relationnel » (Le Goff, 2011, p.66).

Cela invite à penser que la fonction organisationnelle du référent n'est pas mise en péril et ne bloque pas la création d'une relation particulière avec d'autres professionnelles : « Ce n'est pas forcément avec le référent désigné par l'institution, voire choisi par l'usager, que le transfert s'engage. Il faut donc imaginer qu'il puisse exister un référent institutionnel […] et un référent dans le transfert » (L'Actif, 2011).

Dans le champ de l'éducation spécialisée, Philipe Chavaroche conseille que deux personnes différentes mettent en œuvre la fonction organisationnelle et relationnelle (2011) dans une forme de coréférence.

4.2.2.1.3. Une pratique cadrée par la présence de l'équipe de professionnelles

4.2.2.1.3.1. Une pratique en autonomie ou en indépendance ?

La notion de soins privilégiés amène certains participants à considérer la référence comme une pratique individuelle. Pour certains, cela est valorisé : la référente est libre de mettre en œuvre les temps de soins comme elle le souhaite ; d'autres mettent plutôt en avant le côté négatif : la référence isole la professionnelle du reste du groupe.

Nous souhaitons mener ici une réflexion autour des notions d'autonomie et d'indépendance. Comme nous le reverrons par la suite, la présence du reste du groupe est indispensable : la référence ne peut se penser en dehors de l'équipe, ne serait-ce que pour assurer une continuité et une organisation dans la prise en charge de l'enfant en l'absence de la référente. La référente a une part de son activité qu'elle peut réaliser en autonomie (les soins) mais pas en indépendance : il est important qu'elle articule sans cesse l'accompagnement qu'elle propose avec celui du reste de l'équipe.

Actuellement, en crèche, les professionnelles affirment qu'il est impossible de mettre en place une organisation des soins exclusive puisque le rôle de la référente est limité dans l'espace, par la présence simultanée des autres professionnelles et, dans le temps, par ses horaires de travail.

4.2.2.1.3.2. Une professionnelle seule face à un groupe d'enfants ?

L'accueil quotidien de l'enfant est assuré, dans la majorité des crèches fonctionnant en référence, par l'ensemble de l'équipe. Les professionnelles non référentes interviennent lors des temps d'activités et lors des temps de soins lorsque la référente est surchargée ou qu'un enfant nécessite une réaction urgente par exemple.

Nous ne pouvons pas décrire précisément le taux de soins dont la référente a la charge comparativement aux autres professionnelles de l'unité, mais nous avons noté que le nombre de professionnelles intervenant dans les soins de l'enfant peut être très variable entre les crèches et en dehors des trois temps du midi (repas, change, endormissement), moment où toutes les professionnelles de l'unité agissent ensemble.

De plus, nous savons que des professionnelles « remplaçantes » sont nommées pour combler les arrêts maladies, les congés ainsi que les temps partiels. Enfin, dans plusieurs crèches, les enfants sont « regroupés » le matin et le soir, c'est-à-dire qu'ils peuvent être accueillis dans une autre unité que la leur et avec d'autres professionnelles. Un grand nombre de professionnelles prennent donc part régulièrement à la prise en charge des soins de l'enfant, même en système de référence.

Ainsi, pour une majorité de participants, la référente se présente comme le premier interlocuteur de l'enfant et de ses parents au début de son accueil, mais est chargée d'introduire progressivement les autres professionnelles auprès de ceux-ci.

4.2.2.1.3.3. Les relais en l'absence de la référente

Lors des entretiens avec les responsables des crèches, nous avons compris que, dans huit d'entre elles, des référentes relais sont désignées pour assurer les soins en l'absence de la référente. Dans les autres, l'ensemble de l'équipe prend le relais de façon indifférenciée. Le nombre de professionnelles assurant les soins de l'enfant de façon générale peut donc aller de deux professionnelles (une référente et une référente relais) à l'ensemble de l'équipe de l'unité de vie, voire de la crèche, en fonction des crèches.

Ceci fait écho aux propos de Diana Zumstein : « Il n'y aura pas de contraste entre un référent hyper investi et d'autres adultes qui seraient interchangeables de n'importe quelle manière » (2017, p.121). Or, elle ajoute que la pertinence du système de référence prend tout son sens lorsque l'on est en mesure de penser les soins en présence du référent, mais aussi en son absence. Tout l'enjeu serait, selon les mots d'Agnès Lucas et Nicole Navarro, « que l'enfant se sente le même, avec une personne différente » (2017, p.93). Le concept de « sentiment continu d'exister » de Winnicott (1971) trouve ici sa place : comment fournir à l'enfant la possibilité de se sentir un être continu en collectivité et face à des changements fréquents de lieu et de rythme de vie ainsi que d'adultes prenant soin de lui ? Dans un fonctionnement en référence, la nécessité de communication entre les professionnelles paraît indispensable afin d'assurer les relais.

Les études internationales attirent l'attention sur l'importance de la présence des référents relais afin de fournir de la sécurité à l'enfant et éviter d'entrer dans une prise en charge exclusive (Kibble et al., 2014 ; Ebbeck et al., 2015).

4.2.2.2. Au-delà de l'organisation des soins : la responsabilité d'un groupe d'enfants

Pour Miriam Rasse, l'une des fonctions principales de la référente se situe même au-delà de l'organisation des soins : assurer et s'assurer de la continuité de « portage » de l'enfant par l'ensemble des adultes intervenant dans son quotidien (2017). Cet élément n'a pas été abordé dans les entretiens comme nous le décrirons par la suite.

A l'Institut Pikler-Loczy, 4 ou 5 professionnelles se relayaient auprès des enfants sur la journée entière; l'une d'entre elles, la référente, portait « la responsabilité à titre particulier du bien-être et du bon développement » de quelques enfants du groupe (Vincze 1991, p.7). Cette notion de « responsabilité » semble rejoindre l'idée de « portage psychique » de Miriam Rasse et est intéressante à examiner à la lueur de nos entretiens.

4.2.2.2.1. <u>La notion de responsabilité dans les entretiens de professionnelles</u>

Du côté des professionnelles, cette notion de responsabilité a été peu abordée comme une des missions de la référente ; elle a davantage été évoquée comme une conséquence d'un fonctionnement en référence.

La référence est perçue comme engendrant une plus importante responsabilité individuelle de la professionnelle envers un groupe d'enfants, là où un fonctionnement autre dilue davantage cette responsabilité sur l'équipe toute entière. Réduire le nombre de professionnelles auprès des enfants augmenterait l'importance de l'impact de leur pratique et de leur positionnement sur l'enfant. Certaines y voient alors une source de valorisation de la référente alors que d'autres estiment que cela peut provoquer un épuisement psychique et des remises en question en cas de difficultés avec un enfant.

Les professionnelles semblent employer cette notion pour évoquer la responsabilité de leurs actes. Or, la notion de responsabilité revêt un autre sens pour les parents de notre étude, ainsi que pour les référentes de pouponnière interrogées dans notre étude de 2014 et pour certains psychologues (Rasse et Appell, 2017). Il s'agirait plutôt de la mise en œuvre d'un travail psychique de pensée et de réflexion autour de l'accueil de l'enfant : l'accueil proposé actuellement à l'enfant dans cette unité de vie et par ces professionnelles lui convient-il ? Lui permet-il de se développer au mieux ?

4.2.2.2.2. La notion de responsabilité dans les entretiens de parents

Les parents, qui ignorent beaucoup d'éléments concernant l'organisation concrète des soins au sein des unités de vie en journée, parviennent davantage à se détacher de l'organisation concrète du quotidien dans la définition des missions de la référente. Certains mettent l'accent sur l'attention particulière de la référente sur le développement de l'enfant et un regard sur son accueil en crèche qui se matérialise par des transmissions spécifiques aux parents et le remplissage de fiches d'observation. De plus, la référence est appréhendée comme une pratique générant davantage de continuité entre la maison et la crèche grâce à la dénomination de cet interlocuteur privilégié. Certains écrits internationaux sur la référence accordent beaucoup de crédit à ce dernier concept (Rockel, 2005).

4.2.2.2.3. La notion de responsabilité dans la littérature

Pour Diana Zumstein, « le référent s'inscrit (forcément) dans un travail d'équipe et n'est jamais seul responsable de la prise en charge de l'enfant » (2017, p.122). Même si l'adulte référent possède certaines prérogatives, elle emploie la notion de « coresponsabilité ».

Pour le référent, il s'agirait en particulier de « porter l'enfant dans sa tête », par son attention (Zumstein, 2017) et d'être en mesure de penser le développement de l'enfant en tenant compte du mode d'accueil. Cela passe concrètement par « un travail d'observation continu », « une force de proposition par rapport aux changements (dans les habitudes de vie de l'enfant) » de la part de la référente (Zumstein, 2017, p.119 ; Kibble et al., 2014).

Ainsi pensée, la référence n'est plus une pratique « visible », observable concrètement dans le quotidien. Elle se joue davantage au niveau psychique.

La distinction proposée par Bertrand Dubreuil (2011) et Yann Le Goff (2011) entre « suivi » et « accompagnement » peut être pertinente ici : la notion d'accompagnement renvoie à la prise en charge quotidienne de l'enfant lors des temps de soins et de jeux, alors que le suivi évoque la coordination de son projet d'accueil dans une dimension temporelle large. Selon ces auteurs, dans le champ de l'éducation spécialisée, la mission du référent se situerait davantage au niveau du suivi que de l'accompagnement quotidien dans lequel toutes les professionnelles interviennent.

En crèche, la présence simultanée de plusieurs professionnelles auprès du groupe d'enfants a centré, comme nous venons de le voir, la mission de la référente autour de la prise en charge privilégiée des soins des enfants. A travers les entretiens, nous remarquons que, dans les représentations, la référence s'y réduit presque intégralement et laisse de côté ce

deuxième axe relatif à « la responsabilité du suivi de l'enfant sur le long terme » (Zumstein, 2017, p.126). En dehors même du système de référence, ceci nous questionne sur les possibilités qu'ont les professionnelles en termes de temps et d'espaces pour penser l'accueil de l'enfant, sa cohérence et sa continuité. Nous reviendrons sur ce point dans la dernière partie de ce chapitre.

4.2.2.3. Les spécificités des missions de la référente en crèche

Dans notre étude, les missions de la référente en crèche sont essentiellement décrites à travers ses composantes « fonctionnelles » et, plus particulièrement, ses fonctions « organisationnelles » et « informatives ». Les fonctions rédactionnelles et de représentation, ainsi que les composantes « relationnelles » qui peuvent faire partie des missions du référent dans d'autres contextes, sont moins fréquemment abordées (L'Actif, 2011). La relation privilégiée mise en œuvre entre l'enfant et la référente est davantage perçue comme une conséquence de la référence que comme relevant d'une mission à part entière. Il paraît judicieux de préciser que ces constats sont faits au regard des missions de la référente en pouponnière et dans le champ de l'éducation spécialisée dont les apports sont actuellement les seules bases théoriques disponibles pour penser la référence.

4.2.2.3.1. Les missions de la référente en crèche à l'aune de celles de « l'auxiliaire privilégiée » en pouponnière

Quelle comparaison possible ?

La littérature montre que la différence entre le public accueilli en pouponnière et celui des crèches a souvent entraîné un rejet des apports de Loczy, jugés comme dénués de sens pour l'accueil d'enfants non carencés et qui jouissaient d'une famille. Dans la présente étude, nous n'avons pas rencontré de professionnelles soutenant cette idée, contrairement à notre première recherche menée en pouponnière (Violon & Wendland, 2014). Pour Myriam David (2005), cette différence ne rend pas moins pertinente la proposition de la prise en charge des soins par un adulte stable et identifié, car tout jeune enfant a besoin de support pour vivre une séparation précoce avec son parent.

Nous constatons cependant que les missions de la référente en crèche et celles des professionnelles de pouponnière divergent.

Des missions assez différentes…

Tout d'abord, rappelons-le, la mission principale de la référente en crèche se réduit pour beaucoup à la prise en charge privilégiée des soins, alors qu'en pouponnière, il s'agit davantage de la responsabilité du bien-être et du développement de l'enfant au sein d'un accueil intégral, de jour comme de nuit.

L'absence des parents dans la vie de l'enfant en pouponnière induit la prise en charge d'un certain nombre de missions fonctionnelles par la référente qui n'ont pas lieu d'être en crèche : réalisation de l'album de vie, achat des vêtements, relais avec les assistantes familiales lorsque l'enfant est placé en institution, réalisation de rapports détaillés à l'attention du juge, les sorties extérieures (Violon & Wendland, 2014). Nous nous attendions à retrouver l'idée que la référente a pour mission d'accompagner l'enfant lors des changements importants dans le quotidien (exemple du changement de lit), comme cela est décrit en pouponnière (Violon & Wendland, 2014), mais cette idée n'est pas apparue dans les entretiens.

Ensuite, à Loczy, les « auxiliaires privilégiées » semblaient avoir des missions rédactionnelles importantes comme la rédaction des comptes rendus détaillés d'observation. Dans nos entretiens, nous ne retrouvons pas la présence de tels écrits mais seulement le remplissage ponctuel de quelques fiches d'observations, de rythmes.

Il nous semble qu'à Loczy, un travail très important a été mené autour de la relation enfant-référente mettant alors la composante relationnelle au cœur des missions de la référente. En crèche, la relation est une conséquence de la référence et non une mission en tant que telle, selon les personnes interrogées. Ce point particulier fera l'objet d'une partie entière par la suite.

…malgré quelques ressemblances

Bien que la quantité de soins pris en charge par la référente diffère entre les crèches et les pouponnières, nous remarquons que dans les deux types de crèches, la référence permet de proposer un accompagnement plus ajusté à l'enfant et à ses besoins.

Ensuite, la référente endosse une fonction informative particulière autour de l'enfant, en crèche comme en pouponnière : cette professionnelle est essentiellement sollicitée par les parents et l'institution pour transmettre ses éléments d'observation.

4.2.2.3.2. Comparaison des missions de la référente entre les crèches et le domaine de l'éducation spécialisée

Dans notre introduction théorique, un ouvrage issu du domaine de l'éducation spécialisée a servi de support incontestable à la description des fonctions de référent (L'Actif, 2011). Pour résumer, trois missions principales y sont mises en avant chez le référent : la fonction de coordination du projet d'accueil (véritable rôle de « chef d'orchestre »), l'inscription de l'enfant dans son histoire (support à la construction d'une identité narrative), un interlocuteur privilégié.

Dans nos entretiens, seule la dernière mission a été évoquée. Comme nous l'avons décrit précédemment, la référente est perçue comme un interlocuteur principal des familles et, dans une moindre mesure, de l'institution. Cet élément nous paraît cohérent avec l'étymologie latine du mot, *reffere rem ad aliquem*, qui signifie « consulter quelqu'un sur quelque chose » (Violon & Wendland, sous presse).

Par ailleurs, la référence offre l'avantage aux professionnelles de mieux connaître l'enfant et de proposer un accompagnement plus ajusté selon elles. Bien que cela n'ait pas été formulé, nous pouvons imaginer aussi que cette connaissance de l'enfant depuis son arrivée dans la crèche les aide à mettre davantage de sens sur ses comportements, ses réactions et à inscrire davantage son évolution dans une perspective temporelle, comme cela avait pu être verbalisé par les référentes en pouponnières (Violon & Wendland, 2014). Ainsi, en restant stable auprès de l'enfant pendant toute sa durée d'accueil, la référente de crèche nous semble aussi avoir ce rôle de garante de l'histoire de l'enfant dans la crèche et de leur histoire relationnelle. Nous avons rappelé en introduction l'importance de cette fonction dans le soutien de la construction de l'identité narrative[24] de l'enfant.

Enfin, nous avons vu précédemment que la référente en crèche peut avoir un rôle de coordination du projet d'accueil de l'enfant, ne serait-ce qu'en pensant la continuité de la prise en charge en son absence. Pour autant, cette mission n'a pas été traitée par les participants.

[24] Cette notion de Paul Ricoeur est développée au regard de la référence dans un chapitre de Yann Le Goff (2011, pp.49-84).

4.2.2.4. Conclusion : la mission de la référente en crèche réduite à l'organisation des soins ?

De façon cohérente avec ce que nous avons découvert dans les écrits cliniques entourant la référence en crèche, cette dernière se trouve, sur le terrain, indissociable de l'organisation des soins qu'elle induit, alors que les missions principales accordées à la référente à Loczy, ou dans le champ de l'éducation spécialisée, sont plus diversifiées.

Ceci nous a amenées à nous poser deux questions :

- en crèche, la référence est-elle réellement réduite à une organisation des soins ? Auquel cas, cela est-il dû à un manque de formation ? A une perte de sens des autres fonctions ?
- la référence s'inscrit-elle dans une réalité plus large sur le terrain que celle de la prise en charge privilégiée des soins, mais dont les professionnelles ont difficilement conscience ?

Dans notre étude, il nous paraissait primordial de « mesurer » la fréquence du système de référence sur le terrain ; nous l'avons alors étudiée sous l'angle de l'organisation des soins bien que cela ne soit peut-être pas si fidèle à la réalité.

4.2.3. Une même notion pour décrire différentes réalités

4.2.3.1. Une définition qui ne fait pas consensus

En anglais, le système de référence (*primary caregiving approach*) comprend deux aspects : la désignation d'un professionnel référent (*primary caregiver*) et son attribution toute la durée d'accueil de l'enfant (*continuity of care*). Cette définition est cohérente avec celle des écrits de Loczy.

Lors de l'élaboration de notre protocole de recherche, nous nous attendions donc à rencontrer des crèches pratiquant la référence et des crèches fonctionnant sans référence, dans lesquelles aucune organisation particulière n'existait entre les professionnelles.

Or, au final, seulement 16% des enfants de notre échantillon ont connu l'un ou l'autre de ces deux systèmes. Nous avons mis à jour tout un éventail d'organisations différentes situées entre ces deux pôles.

4.2.3.2. D'une référence à des références ?

Nous proposons de présenter ci-après trois éléments qui sont à l'origine de la variabilité du « degré de référence » sur le terrain, pour reprendre les mots d'Elliot (2003).

Nous avons utilisé différents termes pour décrire les multiples « degrés » de référence que nous avons nous-même sélectionnés à partir des notions employées par les professionnelles.

- La période d'attribution du référent: trois années (référence « classique »), deux années (référence « souple »), une année (référence « à l'année »), une semaine (référence « à la semaine ») ou une journée (référence « à la journée »), lors de la période d'adaptation uniquement.
- Le nombre de professionnelles endossant cette fonction : un seul professionnel, deux professionnels principaux (« coréférence »), l'équipe entière (parfois dénommée référence de « groupe »);
- Le nombre de professionnelles intervenant en l'absence du référent principal : aucun professionnel (référence « rigide »), un professionnel désigné (référence « relais ») ou l'ensemble de l'équipe.

Parmi ces organisations, quelles sont celles qui relèvent vraiment de la référence ? Existe-t-il des appellations abusives ou erronées du terme de référence ?

4.2.3.3. Un emploi abusif ou erroné du terme « référence » ?

Pour comprendre ces diverses réalités de terrain, il nous faut étudier le sens accordé au mot « référence » en français :

1. Soit cette notion renvoie, comme nous venons de le voir, au système de référence tel qu'il est décrit par les écrits de Loczy et dans la langue anglaise : désignation d'un référent pour toute la durée d'accueil. Auquel cas seul le système de « référence classique » relève de la référence ; les autres organisations ne devraient alors pas employer ce terme. Diana Zumstein parle d'ailleurs de « malentendus, incompréhensions et méconnaissances qui amènent un mauvais usage ou un usage partiel » de la référence (2017, p.118). Ce constat est aussi soutenu par d'autres auteurs (Kibble et al., 2014).

Selon cette considération, l'emploi du terme de référence pour décrire tous ces fonctionnements pourrait être porteur d'un éventuel biais de désirabilité sociale que nous avons évoqué dans les résultats : les directions étaient parfois embarrassées pour assumer leur

organisation des soins quand celle-ci s'éloignait de la référence classique qu'elles savent être une pratique valorisée par les psychologues. D'ailleurs, près d'un quart des professionnelles disent clairement considérer la référence comme une pratique « à la mode ». Selon elles, après une apparition estimée dans les années 1980-1990, la référence se serait essentiellement imposée de façon rigide, avant de disparaître progressivement jusqu'aux années 2010. Elle semble actuellement faire un grand retour ! Cependant, des auteurs attestent qu'il existe une idée fréquente selon laquelle la référence est très répandue dans les crèches, mais que ceci n'est pas confirmé par la réalité de terrain (Rockel, 2005 ; Aguillard et al., 2005). D'autres ajoutent que certaines professionnelles et responsables des lieux d'accueil revendiquent ou défendent cette pratique sans vraiment comprendre son sens (Colmer et al., 2011). C'est la raison pour laquelle Aguillard et ses collaborateurs ont pu relever une différence importante entre le nombre de responsables et professionnelles soutenant la référence et le nombre de crèches où elle est réellement appliquée (2005).

2. Soit l'on considère le concept de référente comme la traduction française de « primary caregiver », c'est-à-dire que l'on retient uniquement la première partie de la définition anglophone du système de référence, la période d'attribution variant quant à elle entre trois jours et trois ans ! C'est ainsi que d'autres agencements peuvent être inclus : la référence « souple », « à l'année », « pendant la période d'adaptation ».

De plus, la prise en compte unique de la référence comme une organisation des soins amène aussi à qualifier de référence les systèmes de « continuité des soins à la journée ou à la semaine ». Or, si l'on considère, comme les écrits de Loczy le suggèrent, la référence comme la responsabilité de l'accueil d'un groupe d'enfants, l'emploi du terme de référence est ici une fois de plus abusif et erroné.

Il est alors indispensable de mener une réflexion permettant de trouver une nouvelle terminologie à employer pour qualifier ces différents fonctionnements. Celle que nous avons proposée tout au long de cet écrit incluait le terme de référence pour reprendre les mots des professionnelles. Or, cela crée une confusion importante autour des pratiques, rendant parfois insaisissable le fonctionnement propre à chaque crèche.

Nous avons déjà remarqué que décrire le fonctionnement adopté n'était pas toujours aisé pour les professionnelles. Nous pourrions alors voir cette incertitude des termes employés comme une conséquence de la difficulté à penser les pratiques, mais aussi comme une cause dans le sens où elle révèle un manque d'appui théoriques et de soutien certain pour les professionnelles, comme nous le verrons ultérieurement.

4.2.3.3.1. La « référence classique » : un fonctionnement rare sur le terrain

Au final, dans notre étude, nous remarquons une faible proportion d'établissements fonctionnant avec une « référence classique » (4 crèches sur 17). Ce constat est aussi vrai dans des recherches internationales telles que celle d'Aguillard et al. (2005).

4.2.3.3.2. Une organisation des soins qui fluctue en fonction de la taille de la crèche

Il semblerait que la taille de la crèche joue sur les raisons de la mise en place de la référence. Les crèches les plus grandes en nombre d'enfants et unités de vie justifient l'instauration de la référence en termes d'apports de repères et de sécurité pour l'enfant. Dans les plus petites crèches, il nous est apparu que l'organisation des soins dépendait souvent de la taille même de la crèche et moins de raisons pédagogiques. Par exemple, lorsqu'il n'y a que deux professionnelles dans l'unité de vie, un système de coréférence se met en place de fait.

Il est facile d'imaginer qu'une unité de vie comportant cinq professionnelles n'engendre pas les mêmes enjeux d'adaptation et de sécurisation pour l'enfant qu'une unité comprenant deux professionnelles et par conséquent moins d'enfants.

4.2.3.3.3. Une organisation des soins qui évolue avec l'âge

Aguillard et al (2005) supposent aussi que la difficulté d'implantation de la référence est due à un manque de consensus autour de la durée d'attribution du référent : jusqu'à quand est-il pertinent de proposer un référent à l'enfant ?

De façon cohérente, nos données montrent que la prise en charge des soins de l'enfant est assurée de façon privilégiée par un référent plus fréquemment dans les unités de vie de bébés alors que chez les grands, ce sont essentiellement les organisations des soins sans référence qui prédominent. Nous avons constaté également que plusieurs participants estiment que la référence perd de sa pertinence au fur et à mesure que l'enfant grandit. Ces résultats sont compatibles avec ceux de Cryer et al (2000) : la référence existe parfois pour les enfants de 0 à 1 ans (infants), mais est quasiment absente pour les enfants de 1 à 3 ans (toddlers).

4.2.3.3.4. Une organisation des soins qui évolue selon les professionnelles en présence

De plus, le choix d'un fonctionnement en référence semble instable dans le temps et peut changer d'une année sur l'autre en fonction des professionnelles en présence dans l'unité de vie.

Nous sommes amenées à penser que le choix et la mise en œuvre de l'organisation des soins ne sont pas cadrés au niveau institutionnel, mais laissés à l'appréciation libre de chaque équipe. En effet, lors de la rédaction de nos résultats, nous avons exposé la difficulté que nous avons rencontrée pour définir des organisations « types » tant il existe une variabilité entre et à l'intérieur même des crèches. Ce constat est semblable à celui d'Anne-Lise Ulman, Emmanuelle Betton et Guy Jobert de l'Observatoire Nationale de la Petite Enfance : « L'activité des professionnelles au sein des crèches n'est pas si standardisée et homogène que ne le laisse entrevoir la lecture de ces projets (pédagogiques et d'établissements) » (2011, p.22). Ils ajoutent que ces projets « ne constituent pas de réelles références de travail pour les professionnelles » (2011, p.16). Or, le projet pédagogique recueillant les fruits d'une réflexion d'équipe autour de la continuité du projet d'accueil apparaît comme un support essentiel dans le quotidien pour soutenir les professionnelles. De façon plus large, nous nous questionnons sur l'existence d'un cadre institutionnel clair entourant les pratiques.

4.2.3.4. L'apparition de « bricolages » de terrain

L'analyse des entretiens montre que les organisations des soins à la demande, c'est-à-dire sans aucune référence, sont peu soutenues par les professionnelles et tendent à disparaître au profit de fonctionnements nommés « référence » ou « continuité des soins à la journée ou à la semaine » par les professionnelles de terrain.

Ce dernier fonctionnement est récent : nous n'en avons trouvé aucune mention dans la littérature clinique et scientifique et ce système n'est pas connu des professionnelles qui ne le pratiquent pas.

A travers les entretiens, nous avons compris que ce fonctionnement est souvent mis en place après une organisation à la demande (absence totale de référence) et dans l'objectif d'insérer un peu de référence dans l'organisation des soins. Les avantages que la référence apporte sont avant tout la fluidité de l'organisation entre professionnelles et de la prise en compte des besoins de repères de l'enfant sur une journée. Cependant, les professionnelles refusent clairement la création d'une relation privilégiée.

En pratique, la continuité des soins est aussi valorisée par son absence de rigidité contrairement au système de référence. Nous nous demandons ici si l'absence de rigidité n'est pas liée à l'absence de cadre théorique entourant cette pratique qui apparaît alors comme un réel « bricolage de terrain ».

Enfin, la terminologie employée pour décrire cette organisation semble induire beaucoup de confusion : en français, la notion de « continuité des soins » est aussi employée pour décrire un enchaînement des différents soins proposés à l'enfant : lui donner son repas puis le changer et l'accompagner à la sieste sans jamais le poser au sol (Lucas & Navarro, 2017). De plus, comme nous l'avons décrit en introduction, en anglais, « *continuity of care* » est synonyme de « référence classique » et désigne la mise en place d'une référence (« *primary caregiving* ») pendant trois ans.

Les différents fonctionnements rencontrés sur le terrain témoignant d'une mise en application partielle de la référence, telle qu'elle est pensée théoriquement, nous paraissent trouver leur source dans une forte ambivalence chez les participants à l'égard de ce système.

4.2.4. Entre avantages et inconvénients : la référence suscite de l'ambivalence

4.2.4.1. Une certaine ambivalence chez les participants

De nombreux avantages et inconvénients sont évoqués autour de la référence. Nous les avons présentés tout au long de cet écrit dans les différentes parties. Nous souhaitons particulièrement insister ici sur un point central qui entoure ces enjeux : la notion d'ambivalence, que nous utiliserons avec le sens suivant : « disposition d'un sujet qui éprouve simultanément deux sentiments contradictoires vis-à-vis d'un même objet » (Le petit Larousse, 2010, p. 35).

Pour preuve, très peu de participants ne se positionnent que d'un seul côté; la majorité présente à la fois les avantages et les inconvénients. Par contre, les professionnelles (9 professionnelles accueillis avec une référence marquée et 10 professionnelles sans) voient essentiellement le côté négatif de la référence alors que, pour les parents, la référence semble engendrer peu de danger; dans le pire des cas, ces derniers l'accusent d'avoir peu d'intérêt. Nous remarquons par exemple que parmi les 9 parents ne proposant que des avantages à la référence, 6 ne soutiennent pour autant pas sa pratique dans le quotidien.

De façon générale, un tiers de nos participants soutiennent la référence mais certains suggèrent qu'elle soit limitée à une ou deux années. Il s'agit uniquement de participants issus de crèches pratiquant une référence marquée, à l'exception d'une professionnelle ayant connu ce système par le passé. Un autre tiers ne la cautionne pas (uniquement des participants issus de crèches sans référence) et le dernier tiers, composé à la fois de participants venant de crèches avec une référence marquée (3 professionnelles et 6 parents) et sans référence (3 professionnelles et 2 parents) n'a pas d'avis tranché sur la question.

En majorité, les parents issus de crèches avec une référence marquée présentent une ambivalence face à ce système (6 parents sur 10) alors que les professionnelles du même groupe sont plus nombreuses à soutenir cette pratique (7 sur 10). Dans le groupe sans référence, les participants (parents comme professionnelles) se positionnent en majorité en défaveur de la référence (6 professionnelles et 8 parents sur 10).

L'absence de positionnement clair d'un tiers des participants est troublante. Nous souhaitons exposer un exemple clé de cette ambivalence, puis spécifier les différences dans les représentations entre parents et professionnelles.

4.2.4.2. Un exemple clé : La référence, entre sécurité et insécurité affective

Le premier avantage attribué à la référence par nos participants, pour l'enfant comme pour les parents, est sa capacité à fournir de la sécurité. La présence d'un référent rassure en offrant un repère face à une pluralité d'adultes et d'enfants et permet de créer un lien particulier de confiance. Cependant, l'inconvénient majeur mis en avant est le malaise que crée l'absence de la référente chez l'enfant et ses parents. Le lien privilégié avec la référente est alors accusé d'enfermer et de freiner l'ouverture vers les autres professionnelles.

Ainsi, la référence est perçue à la fois comme procurant de la sécurité en présence de la référente et de l'insécurité lorsqu'elle n'est pas disponible ou absente. Nous détaillerons, dans la partie 6, les apports de l'expérience de Loczy, de la théorie de l'attachement et d'autres apports psychanalytiques éclairant ce sujet.

Nous désirons néanmoins présenter ici un concept de Winnicott : la « capacité à être seul » (1958). L'enfant doit pouvoir s'appuyer sur la référente en sa présence afin de développer une capacité « à être seul » pour supporter son absence. Bernard Golse rappelle alors l'importance que Winnicott accordait au temps : l'enfant a besoin de temps pour développer cette compétence qui succède à une première phase « d'être seul en présence de l'adulte »[25]. Tout ceci repose sur « un mécanisme d'intériorisation (de l'adulte) dont l'absence au dehors ne pourra être supportée que par l'instauration de sa présence au-dedans de la psyché de l'enfant » (2012, pp.24-25).

Ainsi, les réactions de l'enfant au départ des adultes sources de sécurité (ses parents, la référente) ne viennent-elles pas signifier la difficulté pour l'enfant à réaliser ce mécanisme

[25] A ce propos, nous renvoyons le lecteur à l'article de Bernard Golse : « L'approche piklerienne, au carrefour des neurosciences et de la psychanalyse » (2015).

d'intériorisation ? Quel temps est-il encore possible d'allouer aujourd'hui aux processus de développement à l'œuvre pendant la petite enfance ?

4.2.4.3. Perception de la référence par les parents

4.2.4.3.1. Un maigre soutien de la référence sur le long terme

Du côté des parents, la mise en place de la référence dans la durée est encouragée par à peine un quart des parents. L'intérêt qu'ils accordent à celle-ci se situe dans les tous premiers temps d'accueil ; la référence semble perdre de son sens au cours du temps.

Par ailleurs, il y a autant de parents qui la désavouent que de parents qui ne se positionnent pas.

4.2.4.3.2. Une absence de positionnement en faveur/en défaveur de la référence

Plusieurs parents nous ont fait part de la difficulté d'obtenir une place en crèche et que cela les empêchait d'être trop exigeants envers les pratiques pédagogiques des crèches. Jean Rockel parle également d'un manque de connaissance des pratiques pédagogiques en crèche de la part des parents, en Nouvelle Zélande (2003).

Nous pouvons supposer que l'absence de positionnement en faveur/défaveur de la référence permet de ne pas se trouver dans une forme de dissonance cognitive : défendre cette pratique en ayant son enfant accueilli dans une crèche sans référence.

Par ailleurs, cela nous parait aussi être la conséquence de ressentis contradictoires éprouvés à l'égard du lien privilégié qui se met en place entre l'enfant et la référente dont nous reparlerons par la suite.

Enfin, cela peut témoigner d'un manque de connaissance des parents du développement social et émotionnel du jeune enfant, comme cela a été mis au jour dans une étude américaine (Melmed, 1997).

4.2.4.3.3. Une contradiction avec un choix d'un accueil collectif ?

Pour 17 parents sur les 20 rencontrés, la crèche a été choisie en premier mode d'accueil car elle permet de développer les capacités de socialisation et d'autonomie chez l'enfant. Par ailleurs, pour 13 parents, la présence de plusieurs professionnelles est rassurante (nous reviendrons plus tard sur les raisons évoquées). La référence est-elle alors perçue par certains aspects comme incompatible avec ces idées ?

4.2.4.4. Perception de la référence par les professionnelles

Les professionnelles sont plus nombreuses à plaider en faveur de la référence que de son absence et appuient davantage l'idée de la poursuite de la référence sur trois ans que les parents.

4.2.4.4.1. De nombreuses variables à prendre en compte

A plusieurs reprises dans les entretiens, des participants ont fait part de la difficulté d'exprimer les représentations qu'ils ont de la référence ou des relations enfants-professionnelles, tellement il y a de variables qui entrent en ligne de compte du côté de l'enfant (son âge, ses besoins affectifs propres, son tempérament, sa confiance envers le mode d'accueil, sa capacité à se séparer de ses parents, son état de santé), des parents (le nombre d'enfants, leur confiance envers le mode d'accueil, leur capacité à se séparer de leur enfant), des professionnelles (leurs formations, leur degré d'accord avec cette pratique) et de la crèche (la taille, le nombre de professionnels, la structuration en unités de vie, les locaux).

Pour ces participants, tous les jeunes enfants n'ont pas les mêmes besoins ; le système de référence correspondrait alors à certains enfants ayant des besoins spécifiques, mais pas à d'autres. Certains participants ne sont pas loin de penser que fournir à l'enfant plus de sécurité, plus de repères que nécessaire, pourrait être préjudiciable.

C'est pourquoi certains proposent la mise en place d'une organisation des soins flexibles.

4.2.4.4.2. Une organisation des soins flexible : une utopie ?

Quelques professionnelles conseillent d'ajuster l'organisation des soins en fonction des besoins des enfants et de leurs parents, un accompagnement adapté aux réalités individuelles. De façon schématique, si l'enfant a besoin de repères importants, une référente prend en charge ses soins de façon privilégiée ; sinon c'est l'ensemble du groupe qui intervient.

Nous nous interrogeons sur la tangibilité d'une telle organisation qui nécessiterait une observation importante et fine de chaque enfant dans le quotidien. Il faudrait de plus accorder aux professionnelles une importante confiance dans leur interprétation des comportements de l'enfant.

La relation privilégiée qui se met en place entre l'enfant, et dans une autre mesure les parents, et la référente est la source principale de l'ambivalence éprouvée envers la référence.

Comme nous le discutons ci-après, d'importants questionnements existent autour de la nécessité de créer une telle relation pour le développement optimal de l'enfant.

4.2.5. La connaissance du développement affectif, psychique et social du jeune enfant

Lors des entretiens, les participants ont semblé avoir des connaissances certaines et des représentations propres autour des besoins et du développement du jeune enfant, faisant en partie seulement consensus avec les écrits théorico-cliniques de psychologie du jeune enfant. Des points de divergence importants sont à relever autour de plusieurs sous-thématiques. Nous présentons maintenant la question du processus de socialisation et du besoin de repères de personne.

4.2.5.1. La socialisation : un besoin chez le jeune enfant ?

Au sein des entretiens, les trois quarts des parents considèrent la crèche comme un facteur de socialisation important. Dans leur propos, l'école maternelle n'est plus l'espace-temps dans lequel l'enfant expérimente ses premières relations sociales. Un passage en crèche est jugé nécessaire pour acquérir les bases de la socialisation, tel un prérequis pour l'entrée à l'école. Ces éléments sont retrouvés dans plusieurs recherches (Guédeney et al., 2004 ; Wendland et al., 2018).

Or, selon Patrick Mauvais, l'accueil en collectivité ne répond pas à un besoin du jeune enfant, mais à un besoin de garde pour ses parents (2003). Cette idée est très peu présente dans les entretiens et sur le terrain de façon générale. Ceci fait dire à Antoine Guédeney et à ses collaborateurs qu'un « glissement semble entraîner souvent la confusion entre la vie en collectivité et les processus psychiques en jeu dans la socialisation » (Guédeney et al., 2004). Il ne s'agirait pas simplement de mettre l'enfant face à plusieurs personnes pour que celui se socialise, comme pourraient le penser quelques parents (Rockel, 2003). « Du fait des multiples discontinuités et des ruptures que peut occasionner le rythme de la vie collective », l'accueil en crèche peut être même perçu comme comportant un risque pour le développement de l'enfant (Guédeney et al., 2004, p.285), ce que beaucoup de nos participants, parents comme professionnelles, taisent ou ignorent.

4.2.5.1.1. L'importance des relations personnalisées : la « socialisation primaire »

Plusieurs participants décrivent l'importance pour le très jeune enfant de créer une relation privilégiée avec une professionnelle afin de répondre à ses besoins de sécurité

affective et de développer la confiance en soi, éléments importants pour le développement de l'enfant.

Cette idée semble correspondre à la première phase de la socialisation dite « primaire » (Contrepois, 2008 ; Mauvais, 2009 ; Rasse, 2017), dont l'enjeu est pour l'enfant de construire son individualité propre (qui est-il ?) à travers des relations personnalisées. Cette première étape serait indispensable dans le processus de socialisation : « La reconnaissance de l'autre passe d'abord par la connaissance de soi » (Rasse, 2017, p.160).

Nombre de psychanalystes ont travaillé sur ce travail d'individuation de l'enfant. Nous citerons en exemple le processus de « séparation-individuation » décrit par Margaret Mahler (2013) : après une phase de symbiose avec sa mère, l'enfant se différencie progressivement de la figure maternelle pour construire sa propre subjectivité.

En crèche, pour encourager cette élaboration du « self », un accompagnement individualisé est attendu de la part de professionnelles en nombre limité, intervenant régulièrement et de façon stable (Winnicott, 1962). Tout le défi est ici « d'individualiser le collectif » selon les mots de Patrick Mauvais (2009) ou de « faire de l'individuel dans un collectif » selon Miriam Rasse (2017, p.163). Il est ainsi important que l'enfant soit écouté dans ses mots et dans son corps, entendu dans ses besoins et ses désirs propres, ou encore puisse se mouvoir librement. Pour Miriam Rasse, il s'agit d'un défi quotidien « tant le collectif pousse à la collectivisation […] et à l'uniformisation des propositions » (2017, p.15).

Sur le terrain, cela se met en place à travers des relations personnalisées qui permettent d'offrir à l'enfant des « temps de rencontre personnalisante » (Rasse, 2017, p.163). Il est utile de préciser ici que ces relations se mettent en place avec des professionnelles non interchangeables car, selon les mots de Yann Le Goff, « le transfert ne se transfère pas ! » (2011, p.66). C'est dans cet objectif que la référence prend tout son sens pour Alain Contrepois (2008) et Patrick Mauvais (2009). D'ailleurs, chez les participants de notre étude, nous remarquons que lorsque cette phase de socialisation primaire est reconnue, la référence est encouragée.

Au vu de sa complexité et du débat qu'elle suscite, la mise en place de ces relations individualisées, privilégiées sera discutée par la suite.

4.2.5.1.2. <u>La nécessaire ouverture au groupe : la « socialisation secondaire »</u>

Par ailleurs, de nombreux participants insistent sur l'importance de « l'ouverture » de l'enfant aux enfants et autres professionnelles de l'unité de vie. Cette notion « d'ouverture »

pose problème : que veut dire concrètement s'ouvrir ? Aller vers les autres ? Accepter d'être pris en charge par les différentes professionnelles ? Ne pas avoir de lien privilégié ?

Ce mouvement d'ouverture semble capital pour les professionnelles et davantage reconnu que la phase de socialisation primaire décrite précédemment. Ceci est cohérent avec les propos de Nicole Guédeney : « Les personnels de crèche ou les nourrices sont très sensibilisés au développement de l'autonomie et de la socialisation avec les autres enfants, souvent moins à l'importance prioritaire pour les moins de trois ans de la satisfaction des besoins d'attachement comme préalable à cette autonomie » (2010, p.48).

Cette idée nous mène vers la deuxième phase de la socialisation évoquée dans la littérature : la socialisation dite « secondaire ». Grâce « à la reconnaissance de l'autre comme personne à la fois semblable et différente de soi » et « l'intégration des règles sociales » (Rasse, 2017, p.159), l'enfant se montre en mesure de vivre relativement sereinement en collectivité.

Dans cette phase, nous discernons à travers les entretiens que la référence semble perdre de son intérêt et est même une limite à l'ouverture vers les autres professionnelles.

4.2.5.1.3. Quand s'effectue la « bascule » ?

Dans les entretiens, un débat important existe sur l'âge moyen auquel s'effectue cette « bascule » entre socialisation « primaire » et « secondaire ». La notion de bascule est utilisée ici de façon schématique : le processus de socialisation paraît bien plus complexe qu'une simple bascule de la première phase à la seconde (De Singly, 2000).

La grande majorité des participants juge qu'il est nécessaire que l'enfant s'ouvre vers le groupe avant trois ans. Pour certains, l'enfant est en mesure de s'ouvrir au groupe à l'issue de sa période d'adaptation dans le mode d'accueil : cette période est estimée entre quelques jours et quelques semaines. Pour d'autres, ce sera essentiellement après la première ou la deuxième année.

Dans la littérature, il est fréquent de lire que la phase de socialisation secondaire s'amorce lors de l'entrée à l'école maternelle (Contrepois, 2008 ; Zumstein, 2017). Cependant, Miriam Rasse précise qu'il existe une tendance à raccourcir la phase de socialisation primaire dans notre société : « On attend (des jeunes enfants) un comportement « social » de prise en compte de leurs pairs à une période de leur développement où ils n'y sont pas prêts ! » (2017, p.161). Quel temps est accordé actuellement à la progression du développement, aux rythmes propres de chacun ? Serait-on actuellement dans une « culture de

la rapidité », « du résultat » comme le propose Bernard Golse (2017, p.8) et à Sylviane Giampino d'ajouter : « L'époque est à l'anxiété sur l'avenir des enfants et à l'envie qu'ils soient précoces et savants au détriment de leur débrouillardise et donc de leur autonomie réelle » (2017, p.108). Dans son rapport à l'attention du gouvernement, elle insiste sur la spécificité du développement de l'enfant avant trois ans et ses différences fondamentales existantes avec la période développementale qui suit l'entrée à l'école maternelle : « Les trois premières années de la vie posent les fondations de la personne sans pour autant en déterminer linéairement le devenir » (2017, p.22).

Un lien direct semble exister entre les représentations concernant l'âge d'entrée dans la phase de socialisation secondaire et le soutien de la poursuite de la référence dans l'accueil de l'enfant.

4.2.5.1.4. Par qui s'effectue la « bascule » ?

Les représentations concernant la personne actrice de cette bascule divergent : doit-on laisser l'enfant s'ouvrir de lui-même vers les autres ? La professionnelle a-t-elle une impulsion à donner, voire un guidage à mettre en œuvre ?

Des professionnelles rencontrent beaucoup de difficultés pour repérer à quel moment la relation privilégiée avec un adulte n'est plus nécessaire pour l'enfant et va freiner son développement. Elles disent alors maintenir une certaine vigilance leur permettant de limiter l'enfermement dans une relation duelle qui pourrait devenir préjudiciable pour l'enfant (Mellier, 2001). L'adulte en jeu dans la relation à l'enfant est souvent considéré comme le seul responsable de l'ouverture de l'enfant au reste du groupe.

En revanche, selon les parents, la simple présence des autres enfants et des professionnelles permettrait de développer une aisance en collectivité. De plus, l'accompagnement proposé permet d'acquérir les règles de vie et le cadre nécessaire à la vie en collectivité. Or, comme le rappelle Sylviane Giampino, « il ne suffit pas de mettre un enfant dans un groupe pour qu'il se socialise » (2017, p.195). Les professionnelles ont alors tout un accompagnement à proposer pour une « socialisation sécurisée et sur mesure » (p.128).

Avant d'alimenter davantage la discussion autour de la notion de relation privilégiée, nous souhaitons analyser les représentations des participants au sujet de la question des repères : combien d'adultes « font repère » pour l'enfant ? Combien d'adultes maximum permettent d'assurer un suivi individualisé de l'enfant ?

4.2.5.2. Le besoin de repère(s) : proposer des adultes en nombre limité

Dans les entretiens, il y a un certain consensus sur le besoin de repères chez l'enfant. Ce dernier a besoin d'être pris en charge par un nombre limité de professionnelles pour éprouver de la sécurité affective. Cette idée est cohérente avec l'ensemble des travaux cités en introduction et portant sur la théorie de l'attachement et les enjeux d'un accueil collectif sur le développement.

Cependant, la notion de « repères » semble imprécise pour certains participants : de combien de repères l'enfant a-t-il besoin ? Combien de professionnelles « font repère » ?

4.2.5.2.1. Un ou des repère(s) de personne ?

Différentes interprétations peuvent alors exister. Pour une majorité de parents, toutes les professionnelles de l'unité de vie peuvent servir de repère ; ceci a ainsi justifié l'emploi du terme de « référence de groupe » chez certains. La désignation d'un seul professionnel référent ne se justifie donc pas en termes de repères et le suivi de l'enfant par une équipe fixe est alors favorisé. Pour les professionnelles, cela va davantage dépendre du nombre de professionnelles en présence : pour certaines, 2-3 professionnelles peuvent assurer ces repères alors que, pour d'autres, cela peut aller jusqu'à 5-6 professionnelles. En fonction de leur perception de ce qu'est une personne repère, la pertinence de la référence varie. Diana Zumstein dit rencontrer cette idée « 'd'adultes repères' (au pluriel) plutôt que référent au singulier » (2017, p.122).

4.2.5.2.2. Un besoin à favoriser ?

De plus, certaines professionnelles mettent en balance l'importance des repères avec les besoins physiologiques : l'organisation adoptée doit-elle privilégier la satisfaction rapide des besoins physiologiques de l'enfant ou favoriser les besoins de repères ? La réponse de la professionnelle à cette question influence alors son positionnement en faveur d'une organisation des soins à la demande (réponse rapide aux besoins physiologiques), ou à l'inverse de la référence (réponse aux besoins affectifs).

Nous avons toutefois dénoté un certain paradoxe : des participants reconnaissent à la fois un besoin de repères chez l'enfant, ainsi qu'une grande capacité d'adaptation et de flexibilité leur permettant de vivre sereinement les changements. Les changements de personnes peuvent d'ailleurs être qualifiés de « bouffées d'oxygène » pour certains participants. Dans ce contexte, la référence est alors regardée comme rigide et non idéale pour le développement social et cognitif de l'enfant. Cela nous questionne sur la perception des

éventuels signes de souffrance « à bas bruits » chez les enfants ; nous reviendrons sur ce point dans l'article n°4.

4.2.5.3. La référence : un soutien au développement de l'enfant ?

Quelques études ont pu montrer un impact de l'accueil en crèche d'un enfant sur le développement de la socialisation. Par exemple, Wendland et al. (2018) ont repéré des quotients de développement en socialisation (avec l'utilisation du BLR) plus faibles pour les enfants accueillis en crèche, comparativement aux enfants gardés à domicile par leurs parents. Quel serait alors l'impact de la pratique de la référence ? Viendrait-elle rehausser un peu les scores de socialisation de l'enfant en individualisant davantage la prise en charge en crèche ?

Quelques résultats issus de notre étude peuvent alimenter la discussion. Dans les entretiens, seuls 7 participants sur 20 (6 professionnelles, 1 parent) reconnaissent un impact de la présence d'une référente dans le développement social et affectif de l'enfant. Puis, les outils évaluent le développement de l'enfant, ont fait apparaitre trois principaux résultats : les enfants ayant une référence marquée semblent avoir des quotients de développement de socialisation et coordination oculo-manuelle plus faibles avec l'emploi du BLR et davantage de déficits en terme de compétences socio-émotionnelles relevés avec la BITSEA que ceux accueillis sans référence. Ces résultats semblent opposés à notre hypothèse initiale bien que la significativité de ces différences reste encore à démontrer. De plus, les résultats obtenus avec le BLR ne sont pas retrouvés avec les autres outils évaluant le développement (IDE et BLC) ; nous remarquons même des résultats contradictoires.

Une comparaison des scores obtenus aux trois outils avait été réalisée et présentée en annexe (Annexe 8). Celle-ci révélait une très faible corrélation entre le score global de l'IDE et du BLC, des corrélations moyennes à fortes entre les différents QD du BLR avec ceux de l'IDE d'une part et avec le score global du BLC d'autre part. Seuls les QD de socialisation ne corrélaient pas entre eux. Ces analyses ne nous permettent donc pas ici de comprendre le comportement du BLR et nous amènent à limiter nos conclusions.

Enfin, l'analyse de corrélation des scores obtenus aux différents outils et avec le score de référence n'a pas permis de retrouver des corrélations atteignant .30, seuil d'une taille d'effet moyen. Nous faisons le choix ici de ne pas revenir sur ces résultats.

Ces résultats peuvent s'expliquer par la présence de nombreuses valeurs extrêmes dans et notamment pour les QD Socialisation de l'IDE et le BLR rendant alors les échantillons peu homogènes.

Dans la littérature, nous pouvons seulement comparer ces résultats avec ceux obtenus par Owen et ses collaborateurs en 2008 : aucune différence dans le développement cognitif et langagier n'avait été relevée chez les enfants accueillis avec ou sans référence.

4.2.6. La relation privilégiée : le cœur des enjeux de la référence ?

4.2.6.1. La notion de « relation privilégiée »

Comme nous l'avons noté, la référence génère des appréhensions importantes chez les participants dans le sens où elle induit un « rapproché », « une relation privilégiée » entre un enfant et une professionnelle et enlèverait par conséquent tout garde-fou dans le maintien d'une juste distance relationnelle pour les professionnelles. Pour preuve, cette notion de juste distance a été le thème le plus abordé dans les entretiens en dehors de la description des organisations de soins.

La notion de « relation privilégiée » si fréquemment employée nous interroge: de quoi parle-t-on vraiment sous le terme « privilégiée » ? Ce sous-chapitre est consacré à la description du cheminement de notre réflexion.

4.2.6.1.1. Une seule notion pour décrire deux réalités ?

Nous comprenons que, dans le discours des participants, deux éléments s'entremêlent autour de la notion « privilégiée » :

- la relation « privilégiée » est entendue comme la relation « individualisée » qui se créé entre chaque enfant (dans le meilleur des cas) et une professionnelle (qui peut être différente selon les enfants) dans un lien justement mesuré et contenu (émotionnellement et affectivement parlant) indispensable au développement psychique de l'enfant (interprétation n°1) ;
- la relation « privilégiée » est aussi interprétée comme une relation « affective excessive » qui peut se mettre en place entre un enfant et une professionnelle et que l'excès d'affects rend potentiellement préjudiciable pour l'enfant (interprétation n°2).

Dans notre dictionnaire de langue française, un privilège est décrit comme « un droit, un avantage particulier possédé par quelqu'un et que les autres n'ont pas » (Le petit Larousse, 2010, p. 822). Ces éléments vont dans le sens de l'étymologie latine du mot rappelée par Denis Mellier : « privilégié » vient de « privi-legium » qui signifie, dans sa deuxième appellation, « un avantage, une faveur » (2007, p.30). Ces éléments font ainsi dire à l'auteur

que « la relation privilégiée suppose une préférence, une faveur, un privilège accordé lors du maternage à un bébé » (2007, p.30).

Nous remarquons alors que les dictionnaires de langues française et latine confirment la deuxième interprétation des participants. Dans la première interprétation, l'emploi du mot « privilégié » paraît un peu erroné et employé davantage dans le sens de « principal » ou « prioritaire ». Pour autant, cette notion est fréquemment utilisée dans ce sens dans la littérature et notamment les écrits de Loczy (e.g. Vincze, 1991).

4.2.6.1.2. Différents concepts théoriques éclairants

Plusieurs concepts théoriques nous ont semblé éclairants sur la question des relations privilégiées.

Dans un premier temps, nous avons envisagé la notion de « lien privilégié » sous l'angle du processus de socialisation primaire, comme nous venons de le voir : l'enfant a besoin de développer des liens significatifs avec un nombre restreint d'adultes dans son environnement de vie afin de poursuivre la construction de son « self ». La relation privilégiée serait alors l'aboutissement de l'individualisation du collectif.

Ces éléments nous ont conduites ensuite à penser cette notion dans le cadre de la théorie de l'attachement comme synonyme de « lien d'attachement » : l'enfant se crée une nouvelle base de sécurité dans le lieu d'accueil lui permettant de supporter l'absence de ses parents. Ces éléments sont présentés ci-dessous dans l'article n°4.

Au fil des lectures, la notion psychanalytique de « transfert » nous a paru avoir toute sa place ici. Nous avons exploré, comme nous le présenterons ensuite, la relation sous cet angle et entrevue l'un de ses travers : le phénomène du « chouchou » évoqué par Denis Mellier (2007).

A l'issue de ces descriptions, nous verrons ce qui protège la dyade de basculer d'une relation privilégiée « contenue », « mesurée » à une relation « privilégiée excessive », « exclusive ».

4.2.6.2. La relation privilégiée sous l'angle de l'attachement (théorie de l'attachement)

La revue de littérature que nous avons effectuée nous a menées à l'hypothèse que la présence de référent faciliterait la création de liens d'attachement et en améliorerait sa

sécurité. Nous proposons ici de discuter les résultats qualitatifs, issus des entretiens, et quantitatifs, issus du questionnaire TAQ, sur ce point.

4.2.6.2.1. Article n°4 : « Les enjeux de la référence en crèche selon les professionnelles de la petite enfance et les parents sous l'angle de la théorie de l'attachement »

Les résultats qualitatifs permettant de préciser le lien entre référence et attachement ont été présentés dans l'article n°4 ci-dessous. L'introduction théorique, la méthodologie ainsi que les résultats sont un résumé d'éléments déjà présentés dans cet écrit. Le lecteur peut ainsi se concentrer sur la discussion qui propose une analyse sous l'angle de la théorie de l'attachement.

Accusé de soumission

Bulletin de psychologie Sorbonne <bulletin.de.psychologie@gmail.com>
Mar 28/08/2018, 15:24
À :
margot_violon@hotmail.fr

Madame,
vous avez bien voulu nous adresser, en vue de publication dans le Bulletin de psychologie, un article intitulé "Les enjeux de la référence en crèche selon les professionnels de la petite enfance et les parents"?
Nous vous en remercions.
Votre essai sera soumis prochainement à notre comité de lecture et nous vous ferons connaître, dans un délai maximum de quatre à cinq mois si nos contraintes éditoriales permettront de le faire paraître dans nos colonnes.
En attendant, je vous prie d'agréer, Madame, mes salutations distinguées.
Marcel Turbiaux
Rédacteur en chef

Bulletin de psychologie
17 rue de la Sorbonne
75230 Paris Cedex 05

bulletin@bulletindepsychologie.net
<bulletindepsychologie.net>

Les enjeux de la référence en crèche selon les professionnelles de la petite enfance et les parents

The stakes of the primary caregiving system in day-care centres according to teachers and to parents

Violon Margot[a]

Wendland Jaqueline[a]

[a] Laboratoire de Psychopathologie et Processus de Santé (Equipe 1, LPPS - EA4057), Institut de Psychologie, Université Paris Descartes, Sorbonne Paris Cité.

Correspondance : Violon Margot, Institut de Psychologie, 71 Avenue Edouard Vaillant, 92774 – Boulogne Billancourt

Courriel : margot_violon@hotmail.fr

RESUME

La référence consiste à désigner une professionnelle assurant de façon privilégiée les soins d'un petit groupe d'enfants. Sa pertinence en crèche collective est soutenue par la théorie de l'attachement. Toutefois, elle n'a fait que très rarement l'objet de recherches empiriques.

Dans cette étude, 20 mères et 20 professionnelles de 11 crèches françaises, pratiquant pour moitié la référence, ont été interrogés sur les enjeux de cette pratique pour l'enfant, les parents et le professionnel.

Les participants observent la création d'une relation particulièrement sécurisante entre l'enfant et sa référente, mais repèrent aussi une certaine insécurité en l'absence de cette dernière.

La quantité d'attachement est davantage mise en cause par les participants que la qualité du lien. Les professionnelles gagneraient à être davantage formées à la théorie de l'attachement pour ajuster leur posture.

MOTS CLES

Crèche collective, jeune enfant, lien d'attachement, professionnel petite enfance, référence.

ABSTRACT

Primary caregiving system consists in assigning a single professional caregiver which will provide privileged care to a small group of children. The relevance of this practice in day care centres is supported by the attachment theory but has barely been the subject of scientific research.

In this study, 20 parents and 20 caregivers from 11 French day care centres, half of which with primary caregiving system, have been questioned about the stakes of such a practice for the children, the parents and the professionals involved.

The participants have noticed the development of a secure relationship between the child and his primary caregiver but also underlined difficulties in the case of absence of his primary caregiver.

An excess of attachment is often accused by the participants, instead of the relationship's quality. Professionals would benefit from receiving more training on the attachment theory in order to better adjust their posture.

KEY-WORDS

Day care centre, young child, attachment relationship, teacher, primary caregiving.

INTRODUCTION

En France, un nombre considérable de bébés et de jeunes enfants sont accueillis dans des crèches collectives et des structures multi-accueil. En 2016, 13 700 Etablissements d'Accueil du Jeune Enfant (EAJE) accueillaient près d'un million d'enfants sur le territoire (Ministère des familles, de l'enfance et des droits des femmes, 2016). Ces chiffres, en constante évolution depuis la fin du 20ème siècle, attestent d'un recours important des parents aux modes d'accueil collectif. La qualité de l'accueil dans ces lieux constitue donc un enjeu majeur pour le développement et la santé de ces jeunes enfants âgés de 0 à 3 ans.

Dans cette étude, nous nous intéressons à la pertinence du système de référence fortement débattue de nos jours au sein des crèches collectives et multi-accueils comme nous le présentons ci-après (Mauvais, 2009; Nègre, Javault, 2010).

La référence : définition et historique

La pratique de la référence consiste à désigner pour chaque enfant un adulte responsable de son accueil au sein de la structure collective (Violon, Wendland, 2018). Ce système puise ses origines dans le modèle de fonctionnement de l'Institut Pikler-Loczy. Dans cette pouponnière hongroise (1946-2011), fondée par Emmi Pikler et devenue internationalement réputée pour son « maternage insolite » (David, Appell, 1973), la référence s'est développée pour garantir à l'enfant la création de relations individualisées et ainsi assurer sa sécurité affective.

En France, ces apports se sont propagés dans une période d'après-guerre marquée par une réflexion importante sur les phénomènes de carences graves observés chez des jeunes enfants accueillis en collectivité, notamment orphelins ou placés (David, 2014; Spitz, 1968). Depuis, d'importants travaux autour de la construction psychique du jeune enfant ont permis de comprendre l'importance d'une phase de « socialisation primaire » durant laquelle l'enfant âgé de moins de trois ans éprouve et développe son individualité dans des liens

« personnalisants ». Il s'en suit, après trois ans, une période dite de « socialisation secondaire » qui correspond à l'ouverture au groupe (Contrepois, 2008; Mauvais, 2009; Rasse, Appell, 2017). Une relation privilégiée à un adulte serait donc importante pendant cette période précoce de la vie. Le système de référence a depuis suscité un intérêt grandissant parmi les cliniciens de la petite enfance. Ces derniers soulignent l'importance de répondre à cette nécessité d'individualiser le collectif afin de permettre une poursuite optimale du développement psychique, social et émotionnel de l'enfant.

De plus, la pertinence de la référence a été particulièrement soutenue par les bases conceptuelles de la théorie de l'attachement et des études empiriques dérivées (Aguillard, Pierce, Benedict, Burts, 2005; Rockel, 2005).

Son ancrage dans la théorie de l'attachement

La théorie de l'attachement invite à penser l'existence d'un besoin primaire d'attachement chez l'enfant et la nécessité pour lui de créer un (ou plusieurs) lien(s) d'attachement lorsqu'il se trouve en l'absence de ses parents, généralement ses figures d'attachement principales (Bowlby, 1978a, 1978b, 1984). Au sein d'un mode d'accueil où l'enfant peut passer la majeure partie de ses journées, il semble donc indispensable pour lui de trouver une sécurité affective suffisante lui permettant l'exploration et la bonne poursuite de son développement (Guédeney, 2010).

Des études reconnaissent que les liens d'attachement secondaires, créés par l'enfant avec un adulte professionnel non familier qui en prend soin, peuvent avoir les mêmes qualités en termes de sécurité pour l'enfant que les liens aux parents (Howes, Rodning, Galuzzo, Myers, 1988; Raikes, 1996). La création de ces liens suit le même cheminement et dépend des mêmes conditions que celle des liens développés vis-à-vis des figures parentales, en particulier la présence d'un adulte suffisamment sensible et disponible face à ses besoins de sécurité et réconfort en cas de danger, de peur ou d'inconfort (Howes, Spieker, 2008). De

plus, il a été démontré que la construction de liens d'attachement dits « sécures », aussi bien avec les figures primaires parentales qu'avec les figures secondaires, promeut le développement émotionnel, cognitif et social de l'enfant, grâce notamment au phénomène de base de sécurité : l'enfant dont les besoins d'attachement sont pris en compte est apaisé et peut donc explorer avec confiance et sécurité son environnement, source de nombreux apprentissages (Guédeney, 2010; Honig, 2002).

Plusieurs études ont mis en avant les qualités requises pour que l'adulte puisse devenir une figure d'attachement (Goossens, Van IJzendoorn, 1990; Greenspan, Benderly, 1998; Raikes, 1993; Ritchie, Howes, 2003). Cette personne doit être bien identifiée et connue par l'enfant, disponible et sensible à ses besoins et lui proposer une réponse adaptée : cet adulte doit s'investir physiquement et émotionnellement dans les soins de l'enfant. De plus, cet accompagnement doit être stable et régulier dans le temps.

En crèche, seul un système de référence pourrait permettre de répondre à ces exigences (Aguillard et coll., 2005; Eliott, 2003) : un adulte référent est désigné, identifié au sein d'une équipe de professionnels, et chargé d'assurer la prise en charge des soins de l'enfant de façon privilégiée, régulière et continue dans le temps, c'est-à-dire toute la durée d'accueil de l'enfant. En 1993, Raikes a pu démontrer qu'un enfant nouait un lien d'attachement plus sécure à mesure que le temps passé avec le même professionnel augmentait.

Ainsi, ces observations portent à croire que la professionnelle de crèche référente serait une figure d'attachement pour l'enfant (Guédeney, 2010). Or, en pratique, cette association entre référence et figure d'attachement en crèche a fait l'objet de très peu d'études empiriques à l'échelle internationale et, à notre connaissance, d'aucune en France.

Apports et inconvénients de la référence

Au niveau international, une dizaine de travaux empiriques seulement se sont penchés sur le système de la référence. Il est important de noter que la recherche bibliographique à ce sujet est complexe, car le système de référence (*primary caregiving system*) se décompose en anglais en deux notions : l'attribution d'un référent (*primary caregiver*) et ce sur toute la durée d'accueil de l'enfant (*continuity of care*). Des chercheurs attestent d'une faible présence du système de référence dans sa définition globale dans les crèches américaines (Cryer, Hurwitz, Wolery, 2000 ; Aguillard et coll., 2005) et attribuent cette rareté à un débat autour de la durée d'attribution du référent (notion de continuité des soins) ; la référence perdrait de son intérêt pour les professionnels à mesure que l'enfant grandirait. C'est ainsi que ce système est davantage retrouvé dans les unités de bébés (0-1 ans) plutôt que dans celles des moyens (12-24 mois) ou grands (24-36 mois), en France (Mauvais, 2009) comme à l'échelle internationale (Cryer et coll., 2000).

Une revue de littérature proposée en 2018 par Violon et Wendland propose une synthèse de ces études présentées très brièvement ci-après.

Tout d'abord, quelques études ont montré que le lien enfant-professionnel serait davantage empreint de confiance et de sécurité en présence d'un système de référence (Aguillard et coll., 2005; Ebbeck, Mei Yong Phoon, Chai Kim Tan-Chong, Ai Bee Tan, Lian Mui Goh, 2015; Kibble, Cairns-Cowan, McBride, Corrigan, Dalli, 2018; Rockel, 2003). Ces éléments sont aussi repérés du côté du parent : les liens noués avec la référente de l'enfant permettraient des échanges plus approfondis.

De plus, des recherches ont pu constater une amélioration de la qualité des soins prodigués à l'enfant ou du *caregiving*. Cette notion renvoie à la « fonction de prendre soin » mise en œuvre par un adulte face aux besoins d'attachement de l'enfant (Beckechi, Rabouam, Guédeney, 2009, p.17). En ce sens, la qualité du lien d'attachement dépend étroitement de la

qualité du *caregiving* (Bowlby, 1988). Ainsi, l'étude d'Ebbeck et ses collaborateurs menée en 2015 constate une plus grande adaptation des professionnelles aux besoins spécifiques de chaque enfant, des interactions vocales, visuelles et physiques de meilleure qualité avec les enfants et leurs parents. D'autres études confirment ces résultats et étayent l'idée que le système de référence permet une meilleure connaissance de l'enfant et de ses parents par le professionnel et ainsi de proposer un accompagnement de la famille plus ajusté (Bernhardt, 2000; Ebbeck et coll., 2015; Kibble et coll., 2018; Lee, Shin, Recchia, 2016; Rockel, 2005).

En France, une seule étude, qualitative, réalisée en 2014 auprès de sept professionnelles exerçant auprès d'enfants placés en pouponnières et foyers de l'enfance (Violon, Wendland), a permis de montrer la présence de la référente comme un repère pour l'enfant et un support à la création d'une relation privilégiée et sécurisante dans ce cadre. Cette étude a aussi montré une réflexion importante parmi les professionnelles autour de la nécessité de fournir à l'enfant une sécurité affective, tout en limitant l'engagement affectif pour l'aider à supporter la séparation à venir.

Quelques écrits cliniques français existent sur le sujet et dévoilent un débat important sur le terrain quant à la mise en application de cette pratique (Giampino, 1999 ; Favel, 2008 ; Mauvais, 2009 ; Nègre, Javault, 2010 ; Fodor Puel, 2011). Tout d'abord, la référence est perçue comme engendrant une organisation complexe au sein de la crèche qui peut difficilement être mise en œuvre face au *turn over* important des professionnelles dans ces établissements (Favel, 2008 ; Nègre, Javault, 2010 ; Fodor Puel, 2011) et à l'importante attention accordée par les politiciens et les financeurs concernant les taux de remplissage des places disponibles (Giampino, 1999). Puis, la référence est aussi parfois rejetée à cause du lien qu'elle entretient avec la pouponnière Loczy (Jaquet-Travaglini, Caffari-Viallon, Dupont, 2003). Les enjeux liés au développement des enfants placés en pouponnière sont perçus comme spécifiques et différents de ceux des enfants accueillis en crèche, retrouvant leurs

parents le soir. Enfin, pour d'autres, la relation créée entre l'enfant et sa référente est accusée d'être trop exclusive, source d'une trop grande affectivité, générant de la dépendance de l'enfant envers l'adulte, voire même de l'enfermement (Mauvais, 2009). Pour ces raisons, cette pratique est perçue comme entravant le développement social et émotionnel de l'enfant et enlevant tous garde-fous à la professionnelle pour trouver une juste distance dans le lien à l'enfant (Giampino, 1999). Ces points de débats semblent amener une disparition progressive de la référence dans les crèches, comme en témoigne le titre de l'article proposé en 2010 par Nègre et Javault : « Où est passée la référente de l'enfant ? ».

Problématique

Ainsi, au regard de la littérature existante, quelques questions émergent : sur le terrain, la référente peut-elle devenir réellement une figure d'attachement privilégiée au sein d'un mode d'accueil collectif ? Dans les crèches françaises, les modes de fonctionnement de la référence permettent-il d'augmenter la sécurité du lien d'attachement comme cela a pu être attesté dans d'autres pays ?

En France, en l'absence d'études de terrain et au vu des débats mentionnés plus haut quant à l'utilité de la référence pour le bien-être et le développement de l'enfant et ses éventuels inconvénients, nous avons souhaité recueillir les représentations des professionnelles et des parents de crèches collectives autour de cette pratique. Ceci devrait nous permettre de comprendre davantage les enjeux autour de la mise en application de la référence et de mesurer les connaissances des protagonistes au regard de la théorie de l'attachement. Cette étude s'inscrit dans une recherche élargie portant sur les liens enfant-professionnel en crèche collective et multi-accueil. Nous présenterons ici seulement des données qualitatives issues d'entretiens portants sur les représentations des professionnelles et des parents autour des notions de référence et de lien d'attachement en crèche.

METHODOLOGIE

Participants

Les structures participantes

L'étude a été menée au sein de 11 crèches collectives (7 structures municipales, 2 privées et 2 hospitalières) du département du Loiret (France). Le recrutement a été effectué sur la base du volontariat via un courrier adressé par voie postale à la direction ou au gestionnaire de chaque structure.

Parmi les crèches participantes, 7 proposent un système de référence « marqué », c'est-à-dire dans lequel la référente prend en charge les soins de l'enfant de façon privilégiée pendant les trois années (*N*=3 structures) ou les deux premières années d'accueil (*N*=4). Dans les 4 autres crèches, la pratique de la référence est bien plus modulée et moins soutenue: dans deux crèches, les soins des enfants sont assurés par un binôme de référentes (« coréférence ») dont la composition change d'une année sur l'autre et, dans deux autres structures, un système de référence « à la journée » est en place. Ce dernier fonctionnement, aussi appelé « continuité des soins à la journée », permet qu'une professionnelle prenne en charge les soins de l'enfant de façon privilégiée, mais sur une journée seulement.

Les participants

Deux populations ont été recrutées dans ces structures afin de mener à bien cette recherche: 20 professionnelles exerçant auprès des enfants et 20 parents dont les enfants sont accueillis de façon régulière, c'est-à-dire au moins 20 heures par semaine. Bien que des pères aient aussi été invités à participer, seules des mères ont pris part à l'étude. L'ensemble des participants devaient avoir une maîtrise suffisante de la langue française pour pouvoir répondre à un entretien.

Afin de comparer les différentes mises en application du système de référence, nous avons recruté la moitié des participants (10 parents et 10 professionnelles) au sein de 7

crèches pratiquant une référence marquée (groupe 1), et l'autre moitié dans les 4 autres crèches la pratiquant de manière moins soutenue (groupe 2).

– Données sociodémographiques des professionnelles

Toutes les professionnelles rencontrées sont des femmes. Ceci n'est pas surprenant car selon des données récentes, 99% des salariés en EAJE sont des femmes (Alberola, Jauneau, 2012).

Parmi elles, 7 exercent dans une unité de bébés (0-12 mois), 4 de moyens (12-24 mois), 4 de moyens-grands (12-36 mois) et 5 de grands (24-36 mois). Seize professionnelles sont auxiliaires de puériculture et 4 ont une CAP Petite Enfance.

La moyenne d'âge des professionnelles interviewées est de 37 ans et 9 mois (*ET*= 8,38). Ce chiffre est proche de celui relevé au niveau national estimé à 40 ans en 2011 (Alberola, Olm, 2011).

Le nombre d'années d'expérience en crèche s'échelonne entre 1 et 26 années et atteint une moyenne de 12 ans (*ET*= 7.75). De plus, les professionnelles sont en poste dans la crèche actuelle depuis 7.85 ans en moyenne (*ET*= 6.20). Ces chiffres sont légèrement supérieurs à ceux retrouvés à l'échelle nationale par l'étude du Centre de recherche pour l'étude et l'observation des conditions de vie (CREDOC) en 2011 : 50% des salariés des EAJE ont à peine un peu plus de 4 ans ou moins d'ancienneté dans la structure (Alberola, Olm, 2011).

– Données sociodémographiques des parents

Comme précisé plus haut, les entretiens ont été réalisés uniquement avec des mères. Seulement trois d'entre elles étaient accompagnées de leur enfant lors de l'entretien.

La moyenne d'âge des mères est de 33.8 ans (*ET*= 4.49 ans). La mère la plus jeune a 24 ans et la plus âgée, 40 ans.

Le niveau d'études des mères varie entre le niveau Baccalauréat (*N*=1) et cinq années d'études supérieures (*N*=6). Entre ces deux extrêmes, 5 mères ont un niveau équivalent à deux années après le Baccalauréat, 5, à trois années et 3, à quatre années d'études supérieures.

L'ensemble des mères appartiennent à trois catégories socio-professionnelles : employées (*N*=12), cadres et professions intellectuelles supérieures (*N*=7) et professions intermédiaires (*N*=1).

– Données sociodémographiques des enfants

Les entretiens concernent 13 filles et 10 garçons, dont 3 fratries. L'âge moyen des enfants est de 21,52 mois (*ET*= 8.41 mois).

Matériel

Les données ont été récoltées à travers 40 entretiens semi-directifs effectués grâce à une grille de questions construite pour cette étude et adaptée pour des passations destinées aux parents et aux professionnelles. Les participants ont répondu à 25 questions portant sur leurs représentations et leur vécu de la pratique de la référence en crèche ainsi que sur son impact sur les relations d'attachement enfant-professionnelles, le bien-être et le développement de l'enfant, ses avantages et inconvénients.

Procédure

Les participants ont été sollicités par courrier, remis en main propre par la direction des structures. Les entretiens se sont déroulés au sein des crèches et ont été menés par une seule expérimentatrice. Ils ont eu une durée moyenne de 34.05 minutes pour les professionnelles (*ET*= 9.29, *Min*= 21 ; *Max*= 57 minutes) et de 26.2 minutes pour les parents (*ET*= 5.42, *Min*= 15 ; *Max*= 37 minutes).

Les entretiens ont été enregistrés sur dictaphone après accord du participant. Préalablement à la passation, les participants ont reçu une note d'information précisant les modalités de participation ainsi que leurs droits (refus, retrait, accès et rectification des

données) et les procédures d'anonymisation et de sécurisation des données. De plus, un formulaire de consentement libre et éclairé reprenant ces éléments était signé en double exemplaire par le participant et l'expérimentatrice avant chaque entretien.

Ce protocole de recherche a reçu un avis favorable du Conseil d'Evaluation Ethique pour la Recherche en Santé (CERES, Université Paris Descartes) le 05 novembre 2015 (N°IRB : 20153200001072) ainsi qu'une validation par le Comité Consultatif de Traitement de l'Information dans le domaine de la Recherche en Santé (CCTIRS ; Ministère de l'Education Nationale, de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche) en date du 23 mars 2016 (N°15.1032bis). Enfin, une déclaration a été effectuée auprès de la Commission Nationale des Libertés Informatiques (CNIL) le 23 mai 2016 (N° 1954311v0).

Analyse des données

Préalablement à la mise en œuvre des analyses, les entretiens ont été retranscris verbatim grâce à un logiciel de traitement de texte. Puis, une analyse de contenu selon la méthodologie de Bardin (2013) a été mise en œuvre. Plus précisément, nous avons réalisé une analyse thématique en associant chaque unité de texte (discours brut du participant) à une unité de codage (créée par nos soins après plusieurs lectures de l'ensemble du corpus). Les unités de codage ont été comptabilisées en termes de présence/absence entre les différents entretiens. Ces dernières ont été ensuite regroupées en sous-thématiques, puis en catégories thématiques. Ce codage a été opéré avec un logiciel de traitement de données (Excel).

RESULTATS

Les résultats sont présentés en trois parties successives : les enjeux de la référence pour l'enfant, puis pour les parents et enfin pour les professionnels. Nous rapporterons entre parenthèses le nombre de participants ayant exprimé chaque idée et, en cas de citation, le numéro spécifique de l'entretien du participant en question.

Les enjeux de la référence pour l'enfant

La présence d'une référente sécurise en fournissant des repères

L'avantage majeur de la référence mis en avant par les participants est sa fonction rassurante pour l'enfant (15 parents, 12 professionnelles). De façon générale, la référence sécurise l'enfant en lui proposant une personne « repère » vers qui se tourner en cas de besoin (les notions de « piliers », de « phare », de « point d'ancrage » sont aussi utilisées).

Selon ces participants, la sécurité apportée par la référence permet à l'enfant d'explorer sereinement l'environnement physique et social. Une professionnelle imagine qu'à la crèche « un édifice se construit » à partir d'un « pilier principal », la référente (N°27).

La création d'un lien privilégié

Pour 26 participants (11 parents et 15 professionnelles), l'enfant crée un lien privilégié avec sa référente, lien qui se manifeste par une recherche plus fréquente de celle-ci pour des contacts affectifs lors des retrouvailles, de moments de tristesse, de soucis (8 parents, 14 professionnelles). De plus, 3 professionnelles et 1 parent perçoivent moins d'opposition à la référente qu'aux autres professionnelles, alors que 3 parents et 1 professionnelle trouvent que l'enfant est davantage en opposition avec sa référente, tout comme il peut l'être avec ses parents.

Cependant, la moitié des participants rencontrés (10 parents et 11 professionnelles) rapportent aussi que l'enfant peut tout aussi bien nouer des liens avec une autre personne que la référente et en dehors d'un système de référence.

Neuf participants (6 professionnelles et 3 parents) décrivent le lien privilégié avec le terme « d'attachement » et 8 participants (3 professionnelles et 5 parents) estiment que celui-ci répond à un réel besoin de l'enfant. Cependant, 4 professionnelles expliquent qu'il n'est pas toujours évident de savoir si l'attachement répond à un besoin de l'enfant, ou s'il l'enferme

dans une relation : « On est en ambivalence entre attacher/détacher, ce n'est pas évident » (N°21).

De façon générale, nous remarquons que la notion d'attachement enfant-professionnelle questionne fortement les participants puisque ce terme est comptabilisé 88 fois dans le discours des professionnelles et 32 fois dans celui des parents.

L'absence de la référente : source d'insécurité

Par ailleurs, 22 participants (6 parents et 16 professionnelles) évoquent des difficultés importantes éprouvées par l'enfant en cas d'absence de sa référente (pleurs, réclamation de la référente) ; 2 parents et 3 professionnelles ont même observé un refus de la prise en charge de l'enfant par le reste de l'équipe lorsque cela était le cas. L'enfant est alors décrit comme « perdu », « malheureux » et le temps de séparation comme un « déchirement », une « panique ». Pour ces participants, c'est la force du lien d'attachement mis en place avec la référente qui serait en cause.

L'inconvénient d'un fort lien « d'attachement »

Plusieurs participants disent appréhender la création d'un fort lien d'attachement qui comporterait des inconvénients. Tout d'abord, un tel lien pourrait freiner l'exploration et la socialisation de l'enfant avec les enfants et les autres professionnelles de l'unité de vie (6 professionnelles, 2 parents) : l'enfant resterait alors « accroché » à sa référente. De plus, pour trois professionnelles, un « attachement trop fort » entre un enfant et sa référente pendant trois ans pourrait compliquer l'entrée à l'école maternelle.

Cependant, 14 parents et 16 professionnelles ne perçoivent pas ces difficultés au quotidien : l'enfant ayant un lien d'attachement à sa référente développerait une confiance et une aisance avec toutes les professionnelles de l'unité de vie et pour 13 participants (2 parents et 11 professionnelles), cette ouverture se ferait progressivement, au cours du temps.

Le processus de « détachement »

Plusieurs participants (5 professionnelles et 1 parent) pensent qu'un processus de « détachement » doit s'opérer après une phase d'attachement avec une professionnelle spécifique, mais un questionnement existe quant à la personne qui doit enclencher ce processus : « Est-ce qu'on doit de plus en plus mettre de distance, et que, par eux-mêmes, ils prennent leur envol ? C'est compliqué » (N°21).

Pour 7 participants (5 professionnelles, 2 parents), l'enfant s'ouvre spontanément vers les autres professionnelles : « Ils vont peut-être un peu, pendant quelques temps, vraiment se réfugier avec elle (mais), je pense qu'ils finissent tous par s'ouvrir, de toute façon » (N°9). A l'inverse, selon 3 autres participants (1 parent et 2 professionnelles), l'adulte doit avoir un rôle actif dans ce processus.

Pour 2 parents et 5 professionnelles, le système de référence doit alors évoluer progressivement lors de la deuxième ou troisième année d'accueil pour permettre à l'enfant de bénéficier des autres professionnelles : « La troisième année, il devrait y avoir des références ouvertes » (N°27). Au contraire, 6 professionnelles et 2 parents soutiennent la stabilité de la référence pendant trois ans avec l'idée que la référence, « c'est toujours important jusqu'au bout » (N°1).

Un lien qui doit être justement distancié

La notion de la juste distance a été fréquemment abordée dans les entretiens en tant que distance relationnelle permettant de répondre aux besoins affectifs de l'enfant sans l'enfermer dans le lien. Six professionnelles se disent en difficulté à ce sujet.

Plusieurs participants émettent des stratégies permettant de réguler l'affectif. Par exemple, lorsque le lien affectif avec l'enfant devient trop intense, 4 professionnelles proposent d'instaurer une distance physique avec l'enfant, 4 participants (2 parents et 2 professionnelles) d'augmenter la taille des groupes de référence ou des groupes d'enfants

dans l'unité de vie. Par ailleurs, 21 participants (14 professionnelles et 7 parents) pensent que l'intervention de plusieurs professionnelles dans la prise en charge de l'enfant est aidante. Pour certains, cela se concrétise par une intervention dans les jeux mais aussi en relais de la référente dans les soins en son absence, voire en sa présence (lors de difficultés, d'une surcharge de travail).

Les enjeux de la référence pour les parents

Selon 8 participants (2 parents, 6 professionnelles), la référence est qualifiée « d'essentielle » pour les parents. Pour 5 d'entre d'eux (2 parents, 3 professionnelles), elle serait même plus importante pour les parents que pour l'enfant.

Un repère pour les parents

Le principal atout de la référence pour le parent est sa fonction sécurisante : la référente joue le rôle de repère, « d'interlocuteur privilégié » au sein de l'équipe de professionnelles pour 22 participants (11 parents, 11 professionnelles). Au total, 18 participants (7 parents et 11 professionnelles) estiment que ce fonctionnement permet de tisser un lien privilégié entre le parent et cette professionnelle ; 10 d'entre eux le qualifient de lien de « confiance ». Ce lien serait perceptible par une recherche mutuelle du parent et de la référente lors des temps de transmissions et des échanges plus personnalisés, plus riches et plus « profonds » qu'avec d'autres professionnelles (9 professionnelles, 8 parents).

L'accompagnement privilégié proposé par la référente lors l'arrivée de l'enfant dans la structure (période de familiarisation) a particulièrement été apprécié par 15 participants (5 parents, 10 professionnelles). Lors de ce temps d'accueil, la présence d'une référente rassure aussi bien l'enfant que les parents et facilite ainsi la séparation avec ces derniers et l'adaptation de l'enfant à la crèche.

Un frein à l'ouverture vers les autres professionnelles ?

Cependant, pour 8 professionnelles, ce phénomène freine le développement de la confiance des parents envers les autres professionnelles. Cela se manifesterait souvent par de brefs échanges entre eux et une inquiétude de la mère à laisser son enfant en l'absence de la référente.

Les enjeux de la référence pour la professionnelle

Un suivi personnalisé ou exclusif des enfants ?

Pour 16 participants (9 parents et 7 professionnelles), la désignation d'un référent permet de proposer à l'enfant un accompagnement plus individualisé. Plus précisément, en étant référente, la professionnelle se positionne davantage en situation d'observation et d'attention vis-à-vis de son groupe d'enfants, ce qui engendre évidemment une meilleure connaissance de ceux-ci: « Cela procure au professionnel une connaissance de l'enfant « en tant que personne, en tant que Maxime, en tant que Nina, en tant que sa personne, oui » (N°23) ; « On n'a moins l'impression que c'est un enfant parmi tant d'autres » (N°10). Sur le long terme, cette pratique permet un meilleur suivi de l'enfant dans son développement et une plus grande facilité pour repérer, interpréter et s'ajuster à d'éventuelles difficultés.

Cinq professionnelles précisent toutefois que ce fonctionnement réduit alors de fait la connaissance par le professionnel des autres enfants de l'unité de vie et les affinités possibles avec ceux-ci.

Une amélioration de la qualité du travail ?

Pour 5 professionnelles, un fonctionnement en référence améliore la qualité du travail et, plus précisément, de compétences relationnelles telles que la patience, la bienveillance et la disponibilité envers les enfants.

De plus, pour ces participants, la référence bonifie l'ambiance des unités de vie : les groupes d'enfants et les adultes sont plus calmes et sereins.

Cependant, pour 8 professionnelles, la référence limite le travail en équipe et peut même engendrer des tensions entre professionnelles en cas, par exemple, de lien d'attachement trop fort entre un enfant ou un parent et une référente.

Un impact sur le bien-être des professionnelles

Pour 6 professionnelles, la référence permet de générer du bien-être chez les professionnelles. Ainsi, une professionnelle parle de « bienfait » et de « bouffée d'oxygène » (N°33) ; une autre dit prendre « plaisir à travailler » et que « c'est super agréable » (N°14) ; une autre encore : « Je m'y retrouve personnellement beaucoup et puis moins fatiguée, moins stressée, moins énervée » (N°33). Le suivi d'un petit groupe d'enfants dans la durée rend cette pratique « stimulante », « intéressante » et même « valorisante » pour ces professionnelles.

A contrario, selon 4 autres professionnelles, dans un système en référence, les problèmes rencontrés dans le quotidien avec certains enfants font naître un sentiment d'isolement et de lourde responsabilité chez la référente. L'une d'entre elles parle de « l'usure professionnelle » que cela peut provoquer à terme (N°38).

De plus, 4 professionnelles mentionnent une difficulté éprouvée par la référente qui serait engagée dans un lien fort d'attachement à l'enfant : « On passe énormément de temps avec eux, du coup on s'y attache et c'est un peu ça le plus dur » (N°3).

DISCUSSION

Cette étude avait pour objectif de relever les représentations des professionnelles de crèches et des parents concernant les enjeux de la pratique de la référence en crèche collective et plus particulièrement autour du lien enfant-parents-référente créé. Nous proposons ci-dessus d'éclairer ces représentations à la lumière des apports de la théorie de l'attachement.

De façon générale, nous retrouvons dans les entretiens une forte ambivalence au sujet de la référence, entre sécurité et insécurité, notamment parmi les professionnelles.

De la sécurité générée par la présence d'une référente ?

La création d'une figure d'attachement secondaire pour l'enfant

D'après nos entretiens, l'enfant crée bien, pour beaucoup, un lien d'attachement avec sa référente, le terme « d'attachement » étant spontanément utilisé par les professionnelles et, dans une moindre mesure, par les parents (2 fois moins d'occurrences de ce terme environ). Il est cependant à prendre avec précaution : est-il employé dans le sens de la théorie de l'attachement, c'est-à-dire comme procurant de la sécurité, ou utilisé comme synonyme d'affection ? Nous ne pouvons pas répondre de façon précise à cette question, la présence ou non d'un véritable lien d'attachement nécessitant à cet âge des observations de la relation enfant-professionnelle. Nous relevons toutefois dans les discours que la référente est la personne vers qui l'enfant se dirige le plus, qu'il sollicite le plus pour des contacts affectifs dans les moments de stress tel qu'une chute, une douleur, un chagrin, et que les séparations avec cette professionnelle entraînent davantage de manifestations de détresse qu'avec les autres professionnelles.

Ces éléments semblent cohérents avec la description de la figure d'attachement selon Guédeney : la personne vers qui l'enfant se tourne « en cas de détresse […] pour y trouver un sentiment de sécurité » (2010, p.5). Face à sa figure d'attachement l'enfant active un système composé de différents comportements (dits « comportements d'attachement ») dont l'objectif premier est de retrouver ou de maintenir la proximité physique avec cet adulte : les pleurs, les cris, le sourire, le babillage, l'agrippement, les déplacements. Ainsi, pour identifier la figure d'attachement, Guédeney propose une observation de l'enfant : à 12 mois, « regardez vers qui il se tourne ou qui il regarde ou vers qui il court et il vous aura désigné sa figure d'attachement principale ! » (2010, p.14).

Il semblerait alors que la référente se prête particulièrement à la création d'un lien d'attachement en crèche. Des résultats identiques avaient été notés dans une étude portant sur

des entretiens effectués avec des professionnelles référentes en pouponnière (Violon, Wendland, 2014). Néanmoins, comme nous l'avons remarqué, seule une étude observationnelle pourrait confirmer l'existence de tels liens.

Une fonction rassurante pour le parent

Du côté des parents, les participants évoquent également la création d'un lien de confiance particulier avec la référente. De plus, plusieurs participants mentionnent l'idée que ce lien de confiance facilite en conséquence la séparation avec l'enfant.

Nous pourrions penser ici que, lors des premières séparations, les parents peuvent éprouver un fort taux de stress activant alors leur propre système d'attachement (Guédeney, Beckechi, Mintz, Saive, 2012 ; Guédeney, Grasso, Starakis, 2004). La présence d'une seule professionnelle pendant toute la période d'adaptation est valorisée par les participants. Cet accompagnement proposé par la référente permet aux parents d'apprendre à découvrir la crèche, son organisation et les professionnelles qui vont assurer la prise en charge de l'enfant. Ce temps est certainement rassurant pour les parents (Kibble et coll., 2018) et leur permet de désactiver leur système d'attachement et, dans un second temps, de (ré)activer le système de *caregiving* : les parents se retrouvent à nouveau en mesure de rassurer leur enfant et de lui fournir ainsi la sécurité pour vivre la séparation à venir.

Une amélioration du caregiving des professionnelles ?

Certaines professionnelles décrivent une amélioration de la qualité de leur travail, de leurs soins lorsqu'elles ont expérimenté la référence. Ces améliorations semblent porter sur deux éléments impactant positivement la qualité du *caregiving* (Beckechi et coll., 2009) :

- la disponibilité : en ayant moins d'enfants à « porter psychiquement » au quotidien, les référentes se décrivent comme plus disponibles pour leur groupe de référence ;

- la sensibilité : les professionnelles disent avoir une meilleure connaissance de l'enfant en référence, ce qui leur permet de mieux comprendre ses besoins et d'y répondre de façon plus ajustée.

A partir d'observations des interactions, Ebbeck et ses collaborateurs ont aussi noté l'amélioration du *caregiving* suite à la mise en place d'un système de référence : une meilleure sensibilité, un accompagnement plus adapté aux besoins de l'enfant, des interactions plus riches avec les enfants et leurs parents (2015). Dans cette étude, nous retrouvons de plus l'idée que le système de référence permet à la professionnelle d'apprendre davantage à connaître les parents et de réduire ainsi les éventuelles incompréhensions et attitudes jugeantes qui peuvent survenir dans le quotidien.

Par ailleurs, la référence est perçue par les professionnelles comme améliorant aussi leur propre bien-être, à travers une pratique plus stimulante intellectuellement, un sentiment d'être plus efficace dans leur travail, en proposant à l'enfant un accompagnement plus personnalisé et ajusté, une ambiance des unités de vie plus sereine. Ces données corroborent celles de Colmer, Rutherford, et Murphy (2011) et soutiennent l'hypothèse que cet état de bien-être favoriserait l'activation et la mobilisation du système de *caregiving*.

De façon générale, les résultats en terme d'apports de sécurité pour l'enfant, les parents et les professionnels sont cohérents avec les données des études internationales à ce sujet (Ebbeck et coll., 2015; Kibble et coll., 2018; Rockel, 2003).

Une insécurité générée par l'absence de la référente ?

En parallèle aux apports décrits ci-dessus, de nombreux participants ont évoqué des difficultés pour l'enfant à vivre les séparations avec sa référente lorsqu'un lien d'attachement a été créé. Ceci est cohérent avec la théorie de l'attachement.

D'une part, les signes de détresse de l'enfant lors d'une séparation d'avec le figure d'attachement témoignent d'un lien d'attachement sécure : un enfant sécure éprouve une

détresse lors de la séparation avec cette figure qui se manifeste par des pleurs et une recherche active de sa présence (Ainsworth, Wittig, 1969; Guédeney, 2010). Les retrouvailles sont marquées par un besoin de contacts physiques qui s'estompe après quelques minutes ; l'enfant peut alors retourner explorer son environnement et aller à la rencontre des enfants et du reste de l'équipe de façon plutôt sereine (Colmer et coll., 2011; Kibble et coll., 2018). L'intervention de professionnelles avec lesquelles l'enfant n'a pas élaboré un tel lien peut alors augmenter la détresse et engendrer des manifestations d'opposition. Ce n'est qu'au fil de son développement que l'enfant acquiert un sentiment de sécurité qui ne nécessitera plus la présence physique de la figure d'attachement (Colmer et coll., 2011).

D'autre part, en fonction de leur intensité, les manifestations de détresse de l'enfant peuvent être le signe d'un attachement insécure avec la référente. Un quart des professionnelles citent le cas d'enfants « accrochés » à leur référente, refusant la rencontre avec les autres professionnelles et l'exploration de leur environnement. Dans la littérature (Ainsworth, Wittig, 1969; Guédeney, 2010), ces éléments font écho à la description de l'attachement dit « ambivalent-résistant » : des manifestations de détresse intense sont perceptibles au départ de la figure d'attachement mais difficilement apaisées par son retour ; l'enfant se trouve alors non seulement en situation d'insécurité vis-à-vis de la figure d'attachement mais aussi en difficulté pour explorer et pour s'ouvrir aux autres.

Une valorisation des comportements évitants ?

L'évocation fréquente des manifestations de chagrin de l'enfant lors de la séparation avec sa référente en tant qu'inconvénient majeur à la référence nous questionne à deux niveaux :

- si l'on se positionne du point de vue de la théorie de l'attachement, la référence est-elle source d'un taux plus important de liens d'attachement insécures ambivalents-résistants ? Ici, la seule prise en compte de la réaction de l'enfant à la séparation ne

suffit pas à répondre à cette question ; une observation fine de son comportement lors des temps de retrouvailles et de la qualité de l'exploration serait nécessaire.

- ces représentations sont-elles le témoin de difficultés éprouvées par les professionnelles pour contenir les émotions de peur, de tristesse de l'enfant lors de la séparation ? Ravivent-elles leurs propres angoisses de séparation infantiles ?

Ces dernières remarques nous amènent à constater une forme de valorisation des signes d'évitement et de retrait chez les enfants parmi les participants, professionnelles et parents. En effet, nous remarquons que les liens d'attachement insécures évitants dans lesquels l'enfant exprime peu d'émotion lors de la séparation et centre avant tout son attention sur le jeu ne sont pas du tout décrits dans les entretiens. Seraient-ils alors considérés comme normaux ?

De façon générale, les pleurs de l'enfant sont perçus comme témoins de souffrance et leur absence évoquerait un état de bien-être. Or, les pleurs du bébé ne seraient-ils pas, à l'inverse, « le signe qu'il peut éprouver la séparation, en être conscient » comme le propose Mellier (2001) ? Qu'en est-il des formes de « pseudo-adaptation » empêchant l'enfant d'éprouver les émotions liées à la situation (Lucas, Navarro, 2017, p.94) ? Et qu'en est-il alors des signes de souffrance « à bas bruits », lorsque l'enfant à « renoncé à s'exprimer » faute d'avoir été « entendu » (Zumstein, 2017, p.105) ? Nous pensons ici au risque de création de « faux self » chez l'enfant qui tenterait à tout prix de s'adapter à l'environnement, car « plus l'enfant doit s'adapter à l'adulte (et à l'environnement), moins il est 'lui-même' » (Zumstein, 2017, p104).

Nous nous permettons de reprendre ici des propos de Zumstein qui posent bien les enjeux pour le jeune enfant tenu de s'adapter à la collectivité : « Même si l'on ne trouve plus heureusement de forme d'hospitalisme sévère tel que nous avons pu l'observer dans les effroyables images des pouponnières roumaines par exemple, il persiste des signes de

souffrance dans un cadre collectif […] que l'on peut repérer dans certains comportements agressifs ou en retrait ou encore dans la sur-adaptation de certains enfants » (Zumstein, 2017, p.130).

La « juste distance » sous l'angle de la théorie de l'attachement

Les réactions de détresse de l'enfant ressenties par les participants lors de la séparation avec la référente sont, pour beaucoup, le témoin d'un lien d'attachement « trop » fort. Les participants amènent alors l'idée qu'il est indispensable d'instaurer une « juste distance affective » dans le lien à l'enfant.

Or, selon la théorie de l'attachement, le travail de la professionnelle consisterait ici à faire un« pas de côté » dans sa relation à l'enfant, plutôt qu'un « pas en arrière » ! En d'autres termes, en ajustant les réponses fournies aux besoins d'attachement de l'enfant, la professionnelle pourrait ainsi induire davantage de sécurité dans le lien et en modifier ainsi sa qualité.

L'ouverture à l'autre sous l'angle de la théorie de l'attachement

Après une première phase « d'attachement », 5 professionnelles et 1 parent suggèrent une période de « détachement » de la figure d'attachement afin de permettre à l'enfant de s'ouvrir au reste du groupe.

Au regard de la théorie de l'attachement, cette notion de « détachement » est comprise tout autrement et, de fait, n'est pas pertinente. La création d'un lien sécure d'attachement n'empêche pas l'exploration de l'espace ni la socialisation, bien au contraire, elle est la condition indispensable pour une ouverture optimale à l'autre (Ainsworth, Wittig, 1969). Il ne s'agirait donc pas de se « détacher », de se « couper » de sa base de sécurité (la figure d'attachement), mais de prendre appui sur elle pour aller vers l'extérieur (Guédeney, 2010).

Comparaison des représentations des parents et des professionnelles

Les avantages de la référence pour l'enfant et ses parents sont perçus de façon plutôt homogène entre parents et professionnelles. Plus précisément, un fort consensus existe autour de l'idée que la référente constitue un repère pour l'enfant comme pour ses parents et permet de proposer à la famille un accompagnement plus individualisé. Cependant, quelques éléments sont à relever : les trois quarts des professionnelles mentionnent la création d'un lien privilégié entre la référente et l'enfant, d'une part, et avec les parents, d'autre part, alors que cela est précisé par seulement la moitié des parents. Il est aussi à noter que l'importance de la référence lors de la période de familiarisation de l'enfant avec la crèche est soulevée par deux fois plus de professionnelles que de parents.

Les inconvénients de la référence pour les enfants et les parents sont chaque fois davantage présentés par les professionnelles que par les parents. Plus précisément, entre 2 et 4 fois moins de parents perçoivent des difficultés lors de l'absence de la référente ou mentionnent une limitation dans l'exploration de l'espace et l'ouverture aux autres en présence de la référente. De plus, aucun parent ne perçoit d'inconvénient de la référence pour eux-mêmes, alors qu'un quart des professionnelles imagine un frein à l'ouverture au reste de l'équipe.

Par ailleurs, les enjeux de la référence pour les professionnelles ont été pointés par celles-ci essentiellement, les parents ayant visiblement moins d'avis sur ce point.

Enfin, un emploi plus fréquent des notions « d'attachement » et de « détachement » est repéré dans les entretiens de professionnelles mais, comme nous venons de l'expliquer, avec un sens souvent éloigné des concepts de la théorie de l'attachement.

CONCLUSION

Les résultats de cette étude qualitative, réalisée dans le contexte français, sont en cohérence avec ceux obtenus dans les recherches internationales. La mise en place d'un

système de référence, proposant à l'enfant la présence d'un adulte identifié et stable, servirait de support à la création d'un lien d'attachement. Cependant, les participants relèvent les difficultés de l'enfant lors du départ ou absence de sa référente. Nous ne pouvons pas vérifier dans quelle mesure cela relèverait d'un comportement de protestation présent chez des enfants sécures ou d'un attachement insécure ambivalent-résistant. D'autres études observationnelles sur le terrain seraient donc indispensables. Outre le comportement de l'enfant lors de la séparation, ces études devront s'intéresser aux comportements exprimés lors des retrouvailles et à la qualité du jeu de l'enfant en présence et en l'absence de la référente (Ainsworth, Wittig, 1969).

De plus, nous observons une forte appréhension parmi les professionnelles face à la mise en place de liens « d'attachement » trop importants avec la référente. Ce « danger » est présent dans le débat français depuis plusieurs années (Giampino, 1999), mais aussi dans d'autres pays (Rockel, 2005). Nous proposons ici un autre angle d'approche, peu utilisé par les professionnelles : penser ces difficultés en termes de qualité d'attachement plutôt que de quantité. De plus, les comportements évitants des enfants ne sont pas relevés et semblent peu préoccuper les professionnelles. Ces éléments nous paraissent être le témoin d'un manque de connaissance des appuis théoriques autour de l'attachement, comme cela a déjà été observé dans d'autres recherches (Rockel, 2003).

Enfin, la présence de ces fortes appréhensions nous questionne sur le temps et les espaces alloués au soutien des professionnelles dans la mise en place des liens avec les enfants. Quels supports les professionnelles ont-elles pour penser la base de sécurité qu'elles proposent à l'enfant et réaliser cet « art du *caregiving* » (Lally, Toress, Phelps, 2018)?

BIBLIOGRAPHIE

Aguillard (Amber), Pierce (Sarah), Benedict (Joan), Burts (Diane).– Barriers to the implementation of continuity-of-care practices in child care centers, *Early Childhood Research Quarterly*, *20*, 2005, p. 329-344.

Ainsworth (Mary), Wittig (Barbara).– Attachment and exploratory behaviour of one-year-olds in a strange situation, dans Foss (B.), *Determinants of infant behaviour IV*, London, Methuen, 1969, p. 11-136.

Alberola (Elodie), Jauneau (Pauline).– Les professionnels des établissements d'accueil du jeune enfant en 2011, Centre de recherche pour l'étude et l'observation des conditions de vie, Paris, décembre 2012.

Alberola (Elodie), Olm (Christine).– Les professionnels dans les établissements et services d'accueil collectif de jeunes enfants, rapport final, Centre de recherche pour l'étude et l'observation des conditions de vie, Paris, juillet 2011.

Bardin (Laurence).– *L'analyse de contenu*, Paris, Presses Universitaires de France, 2013.

Beckechi (Violaine), Rabouam (Catherine), Guédeney (Nicole).– Le système des soins parentaux pour les jeunes enfants, le caregiving, dans Guédeney (N.), Guédeney (A.), *L'attachement : approche théorique*, Paris, Elsevier Masson, 2009, p. 17-28.

Bernhardt (Jennifer).– A primary caregiving system for infants and toddlers: Best for everyone involved, *Young Children, 55,* 2, 2000, p. 74-80.

Bowlby (John).– *A secure base: Parent-child attachment and healthy human development*, New York, Basic Book, 1988.

Bowlby (John).– *Attachement et Perte. Volume 1: l'Attachement*, Paris, Presses Universitaires de France, 1978a.

Bowlby (John).– *Attachement et perte. Volume 2: La séparation: angoisse et colère*, Paris, Presses Universitaires de France, 1978b.

Bowlby (John).– *Attachement et perte. Volume 3: La perte: tristesse et dépression*, Paris, Presses Universitaires de France, 1984.

Colmer (Kaye), Rutherford (Lynne), Murphy (Pam).– Attachment theory and primary caregiving, *Australasian Journal of Early Childhood, 4,* 36, 2011, p. 16-20.

Contrepois (Alain).– Les étapes du processus de socialisation, *Métiers de La Petite Enfance*, 140, 2008, p. 18-21.

Cryer (Debby), Hurwitz (Sarah), Wolery (Mark).– Continuity of caregiver for infants and toddlers in center-based child care. Report on a survey of center pratices, *Early Childhood Research Quarterly, 4,* 15, 2000, p. 497-514.

David (Myriam), Appell (Geneviève).– *Loczy ou le maternage insolite*, Paris, Le Scarabée, 1973.

David (Myriam).– *Prendre soin de l'enfance,* Toulouse, Erès, 2014.

Ebbeck (Marjory), Mei Yong Phoon (Dora), Chai Kim Tan-Chong (Elizabeth), Ai Bee Tan (Marilyn), Lian Mui Goh (Mandy).– A research study on secure attachment using the primary caregiving approach, *Early Childhood Education Journal,* 43, 2015, p. 233-240.

Eliott (Enid Frances).– A web of relationships: Caregivers' perspectives on the complexity of working with infants and toddlers, *Humanities and Social Sciences, 63,* 12, 2003, p. 4215.

Favel (Françoise).– Loczy, une référence actuelle, *EJE journal*, 14, 2008, p. 10-31.

Fodor Puel (Isabelle).– Préserver la qualité de l'accueil du jeune enfant, *Cahiers de la puéricultrice*, 250, 2011, p. 22-24.

Giampino (Sylviane).– Personne de référence et suivi des enfants dans les lieux d'accueil, *La Lettre Du Grappe*, 1999, p. 67-74.

Goossens (Frits), Van IJzendoorn (Marinus).– Quality of infants' attachments to professional caregivers: relation to infant-parent attachment and day-care characteristics, *Child Development, 3*, 61, 1990, p. 832-837.

Greenspan (Stanley), Benderly (Beryl Lieff).– *L'esprit qui apprend : affectivité et intelligence,* Paris, Odile Jacob, 1998.

Guédeney (Antoine), Grasso (Francesco), Starakis (Nafsica).– Le séjour en crèche des jeunes enfants : sécurité de l'attachement, tempérament et fréquence des maladies, *La psychiatrie de l'enfant, 47*, 1, 2004, p. 259-312.

Guédeney (Nicole), Beckechi (Violaine), Mintz (Anne-Sophie), Saive (Anne-Lise.).– L'implication des parents en néonatologie et le processus de caregiving, *Devenir, 1*, *24*, 2012, p. 9-34.

Guédeney (Nicole).– *L'attachement, un lien vital*, Paris, Fabert, 2010.

Honig (Alice Sterling).– Choosing childcare for young children, dans Bornstein (M.), *Handbook of parenting. Volume 5: Practical Issues in Parenting,* Hillsdale, Lawrence Erlbaum Associates, 2002, p. 375-406.

Howes (Carollee), Rodning, (Carol), Galuzzo (Darlene), Myers (Lisabeth).– Attachment and child care: Relationships with mother and caregiver, *Early Childhood Research Quarterly, 4*, 3, 1988, p. 403-416.

Howes (Carollee), Spieker (Susan).– Attachment relationships in the context of multiple caregivers, dans Cassidy (J.), Shaver (P.R.), *Handbook of attachment. Theory, research, and clinical applications,* New-York, Guilford, 2008, p. 317-332.

Jaquet-Travaglini (Paulette), Caffari-Viallon (Raymonde), Dupont (Alain).– *Penser, réaliser, évaluer l'accueil en crèche: une démarche d'équipe*, Genève, Editions des deux continents, 2003.

Kibble (N.), Cairns-Cowan (N.), McBride (B.), Corrigan (J.), Dalli (C.).– *Primary caregiving - what it means for you and tour child*, [le 13 août 2018, https://babysteps.co.nz/primary-

caregiving-means-child/].

Lally (J.), Toress (Y.), Phelps (P.).– *How to care for infants and toddlers in groups*, [le 13 août 2018, https://www.zerotothree.org/resources/77-how-to-care-for-infants-and-toddlers-in-groups].

Lee (Seung Yeon), Shin (Min Sun), Recchia (Susan).– Primary caregiving as a framework for preparing early childhood preservice students to understand and work with infants, *Early Education and Development, 3,* 27, 2016, p. 336-351.

Lucas (Agnès), Navarro (Nicole).– Les soins. Dans un contexte professionnel, comment en faire des temps de rencontre avec soi et avec l'autre?, dans Rasse (M.), Appell (J.R.), *L'approche piklérienne en multi-accueil-accueil,* Toulouse, Erès, 2017, p. 73-98.

Mauvais (Patrick).– Le collectif individualisé ou comment cultiver le bien-vivre ensemble, *Métiers de la petite enfance*, 154, 2009, p. 31-34.

Mellier (Denis).– Bébé à la crèche : quelle autonomie ? quel accueil ?, dans Mellier (D.), L*e bébé et ses institutions*, Toulouse, Erès, 2001, p. 35-52.

Ministère des familles, de l'enfance et des droits des femmes.– Plan d'action pour la petite enfance, Dossier de Presse, 15 novembre 2016.

Nègre (Odile), Javault (Dominique).– Où est passée la référente de l'enfant ?, *Métiers de la petite enfance*, 158, 2010, p. 34-35.

Raikes (Hilary Abbie).– A secure base for babies: Applying attachment concepts to the infant care setting, *Young Children*, 51, 1996, p. 59-67.

Raikes (Hilary Abbie).– Relationship duration in infant care: Time with a high abiliy teacher and infant-teacher attachment, *Early Childhood Research Quarterly*, 8, 1993, p. 309-325.

Rasse (Miriam), Appell (Jean-Robert).– *L'approche piklérienne en multi-accueil*, Toulouse, Erès, 2017.

Ritchie (Sharon), Howes (Carollee).– Program practices, caregiver stability, and child-caregiver relationships, *Applied Developmental Psychology*, 24, 2003, p. 497-516.

Rockel (Jean).– "Someone is going to take the place of mum and dad and understand..." Teachers' and parents' perceptions of primary care for infants in early childhood centres, *NZ Research in Early Childhood Education*, 6, 2003, p. 113-126.

Rockel (Jean).– Primary care in early childhood education – To be or not to be?, *ACEpapers*, 15, 2005, p. 73-87.

Spitz (René).– *De la naissance à la parole : la première année de la vie*, Paris, Presses Universitaires de France, 1968.

Villaume (S.), Legendre (E.).– *Modes de garde et d'accueil des jeunes enfants en 2013. Etudes et résultats,* [le 13 août 2018, http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er896.pdf].

Violon (Margot), Wendland (Jaqueline).– Être référent d'un jeune enfant en crèche

collective : une pratique à (re)-conceptualiser ?, *Devenir*, 4, 2018.

Violon (Margot), Wendland (Jaqueline).– Les relations professionnels/enfants dans les pouponnières et foyers de l'enfance : la notion de référence, *La psychiatrie de l'enfant, 2,* 57, 2014, p. 581-616.

Zumstein (Diana).– Référence n'est pas préférence! La personne de référence, ses relais et le travail d'équipe, dans Rasse (M.), Appell (J.R.), *L'approche piklérienne en multi-accueil-accueil,* Toulouse, Erès, 2017, p. 99-140.

4.2.6.2.2. Les données issues du questionnaire TAQ

Par ailleurs, nous avons tenté de valider empiriquement les éléments qualitatifs issus des entretiens grâce à l'utilisation du questionnaire TAQ.

4.2.6.2.2.1. La création de lien(s) d'attachement en crèche

L'utilisation du questionnaire TAQ auprès des professionnelles nous a permis de trouver un résultat significatif : les scores obtenus par les enfants en Détachement et en Labilité sont plus faibles (écarts de 0.14 point et 0.18 point) lorsque le questionnaire est rempli par la référente que par les autres professionnelles. Ceci irait dans le sens de meilleures capacités attentionnelles (capacités à maintenir son attention sur une tâche et à avoir un niveau de vigilance adapté) chez les enfants ayant une référente. Cependant, nous pouvons difficilement interpréter ce résultat au regard de l'attachement puisque la taille de la différence est faible.

4.2.6.2.2.2. La qualité du lien d'attachement

Concernant la qualité du lien d'attachement, deux résultats ressortent :

- le score moyen des enfants en Labilité est plus faible pour ceux issus de crèches pratiquant la référence classique, comparativement aux enfants issus de crèches sans référence (0.36 point d'écart, différence importante).
- le score moyen des enfants en Labilité semble diminuer (effet moyen à .30, corrélation significative à p.05) quand les enfants ont eu un accompagnement individualisé (une référence) lors de la période d'adaptation.

L'échelle de Labilité semble être celle qui réagit le plus à l'influence de la référence dans notre étude. La labilité attentionnelle est une difficulté à maintenir son attention sur une tâche et à inhiber les distractions. Au regard de la théorie de l'attachement, un score élevé en Labilité serait témoin d'un lien insécure. Les résultats de notre étude pourraient alors indiquer que les enfants issus des crèches en référence classique seraient un peu moins insécures que les enfants issus des crèches sans référence.

Ces résultats iraient dans le sens de notre hypothèse initiale. Néanmoins, nous employons le conditionnel car ces interprétations sont à prendre avec beaucoup de précaution. Dans l'étude de validation originale de l'outil, l'échelle de Labilité est celle qui est la moins corrélée à l'Attachement Q-Sort (=.20 ; Pallini & Laghi, 2012). Des modifications de l'échelle

ont eu lieu lors de la validation française (Violon et al., sous presse), mais l'étude de validité convergente avec cette nouvelle version n'a pas encore été réalisée.

Ainsi, dans notre étude, il semble difficile de confirmer l'hypothèse selon laquelle la présence d'une référente aux côtés de l'enfant permet d'améliorer la qualité du lien d'attachement et de soutenir les recherches prouvant une amélioration de la sécurité d'attachement entre l'enfant et le professionnel lorsque celui-ci s'occupe d'un nombre restreint d'enfants (Van IJzendoorn & Tavecchio, 1987 ; Howes et Hamilton, 1992) ou dont il est référent (Bacro, Mace & Florin, 2008 ; Ebbeck et al., 2015).

4.2.6.3. La relation privilégiée sous l'angle du transfert (théorie psychanalytique)

Pour plusieurs auteurs ayant contribué à l'écriture de l'ouvrage clé « Le référent : un objet professionnel non identifié » (L'Actif, 2011), la relation référent-usager (ici l'enfant) ne peut pas se penser sans la notion de transfert. Cependant, l'un d'eux trouve qu'il s'agit ici d'un « abus théorique » et invite à employer davantage la notion « d'effets de type transférentiels » (Brizais, 2011, p.134).

4.2.6.3.1. Le processus du transfert

Pour Joseph Rouzel, le processus du transfert comporte deux étapes successives : la première consiste à se laisser imprégner par la relation et par les émotions qui en découlent, se laisser « prendre » avant de « s'en déprendre » (2011). Cela nous évoque un chapitre de Marie-José Soubieux à propos du travail du psychanalyste face au deuil périnatal intitulé : « Se laisser affecter sans penser, puis penser ce qui affecte » (2013, p.165).

Pour Marie-José Soubieux, le travail de penser, activé dans le second temps, permet d'induire « un décalage entre ce que le patient a projeté sur (nous) et ce qui lui a fait retour » (2013, p. 165). Nous pourrions parler ici d'un véritable travail de contenance effectué par « l'appareil à penser les pensées » de la professionnelle. Selon le modèle de Wilfried Bion, cet appareil a la fonction de transformer les éléments bêta reçus (« les impressions sensorielles et les expériences émotionnelles » transmises par l'enfant) en éléments alpha (« éléments mnésiques »), davantage digestibles et pouvant « être emmagasinés pour être utilisés par la suite dans les rêves et les pensées vigiles inconscientes » (Soubieux, 2013, p. 166).

Ce processus permet de prendre une certaine distance face aux affects éprouvés en activant la pensée. Ce mécanisme est fondamental pour aider l'enfant à développer son propre « appareil à penser » ou, en d'autres termes, sa propre capacité à penser. Dans un article

datant de 2014, Régine Concato-Dougnol cite Albert Ciccone : « Un bébé ne peut penser que si les adultes en lien avec lui pensent à lui, pensent en partie pour lui et pensent par eux-mêmes » (p.27).

4.2.6.3.2. Un appareil à penser difficile à activer ?

Dans nos entretiens, les participants ont peiné à penser les émotions et les sentiments éprouvés dans leurs relations aux autres, ce qui s'est traduit par beaucoup d'hésitations, de silences, des difficultés pour trouver les bons mots... De plus, nous avons remarqué l'émergence de certaines émotions et sentiments (tels que la peur, la jalousie, la culpabilité), l'activation de mécanismes de défense (par ex. évitement, dénégation, exagération), et une articulation spécifique du discours (insistance sur certains sujets, évocation spontanée, etc.) lorsque nous questionnions la nature des relations enfants-professionnelles essentiellement.

Ces éléments, que l'on rencontre également dans la littérature (Zumstein, 2017), nous interrogent sur la façon dont l'activation de la seconde phase du transfert pourrait être soutenue chez les professionnelles de crèches en particulier. Nous avons réservé par la suite un sous-chapitre à ce sujet. Nous proposons pour le moment d'analyser les risques qu'engendre une relation transférentielle non « pensée », non « contenue ».

4.2.6.3.3. Les risques d'une relation transférentielle non contenue

Joseph Rouzel identifie trois risques majeurs : un débordement des affects, un sentiment d'appropriation, un désinvestissement de la relation par les autres professionnelles (2011).

4.2.6.3.3.1. Un débordement des affects

Le phénomène de « chouchou » décrit par Denis Mellier dans son livre « l'inconscient à la crèche » (2007) est une illustration clé de ce phénomène : un « attachement excessif » se développe entre un enfant et une professionnelle qui s'élisent l'un et l'autre. Cette relation génère jalousie et envie autour d'elle de la part des autres professionnelles, des enfants et des parents. Dans nos entretiens, des participants disent avoir déjà observés de tels sentiments chez des enfants et des parents.

Ce type de relation privilégiée peut être l'aboutissement d'une difficulté chez l'un ou l'autre des protagonistes à élaborer les éprouvés liés à la séparation de l'enfant et des parents pour Denis Mellier (2007) qui rappelle, par ailleurs, que « l'accueil est une épreuve pour les trois « partenaires » concernés, bébé, parent et accueillant » (Mellier, 2001). Il serait alors

question de trouver « quelqu'un qui comble » l'absence de la mère pour l'enfant, dans une sorte de « mêmeté » (Mellier, 2007, p.33).

Pour se protéger du vécu de telles émotions, des mécanismes de défenses comme l'évitement peuvent alors émerger.

De l'évitement des relations affectives

Dans notre étude, nombre de professionnelles ont amené l'idée que faire intervenir d'autres professionnelles dans les soins, instaurer de la distance physique avec l'enfant, ou ne pas l'accueillir le matin permettrait de réguler les émotions ressenties. C'est dans cette idée que la référence à parfois été rejetée.

Diana Zumstein a aussi repéré ces mécanismes d'évitement : « Des représentations inconscientes et des émotions suscitées par les moments de séparation peuvent empêcher le professionnel de s'engager dans un véritable lien » (2017, p.113). Elle explique que, sans le soutien des professionnelles, les difficultés relationnelles rencontrées pourraient entraîner « un risque de trop se passer le relais ». (2017, p.129). Ces éléments avaient déjà été relevés, comme nous l'avons mentionné en introduction, par Myriam David et Geneviève Appell dans des pouponnières françaises : la pratique de soins dépersonnalisés permettait une mise à distance des émotions (Dugravier & Guédeney, 2006).

Or, pour John Bowlby, au-delà de la prise en charge des soins, l'adulte deviendra une figure d'attachement à condition qu'il s'engage dans la relation (1978). Et il ajoute : « c'est une erreur de supposer qu'un jeune enfant diffuse son attachement sur beaucoup de figures de telle sorte qu'il n'a aucun attachement puissant à personne, et en conséquence sans qu'une personne particulière lui manque quand elle n'est pas là » (Bowlby, 1978, cité par Concato-Dougnol, 2014, p.28).

4.2.6.3.3.2. Un sentiment d'appropriation

Un sentiment d'appropriation, d'emprise de la relation peut s'éprouver chez l'un des acteurs en présence.

Pour Denis Mellier, toute relation privilégiée comporte en elle-même un risque de repli sur elle-même et d'enfermement (2007). La relation peut alors prendre la forme d'une exclusivité dans laquelle les autres protagonistes (professionnelles, enfants, parents) se trouvent exclus. Romuald Avet parle à ce sujet de « relations duelles aliénantes » (1990, p.12).

Ainsi, pour certaines professionnelles, « s'attacher à l'enfant, c'est risquer une transgression, développer une relation d'où le parent se trouve exclu » (Mellier, 2002). La création d'un tel lien peut alors générer de la culpabilité chez les professionnelles perceptibles par un rejet de la faute sur l'enfant (Mellier, 2007). Nous l'avons senti dans leurs tentatives de justifications du lien d'attachement mis en place avec l'enfant.

Pour comprendre ce qui se joue du côté du professionnel, nous pourrions citer ici les apports de Paul Fustier selon qui prendre soin d'un autre active des sentiments et des fantasmes dont celui de l'appropriation. Lorsque cet autre est un enfant, le désir d'enfant se trouve aussi réactivé. Selon Denis Mellier, « la crèche donne l'occasion d'être ce parent idéal, de prendre cette place imaginaire, avoir un enfant, sans un père réel, sans relation sexuelle, comme pouvait le fantasmer l'enfant » (2007, p.63) et pour Myriam David, « les contacts proches avec les bébés suscitent chez les soignants des émois liés à une maternalité latente » (2008, p.23).

Ces éléments s'inscrivent dans la notion de narcissisme de Freud : « On ne s'occuperait donc pas de l'autre pour lui mais pour soi, pour ressourcer son propre narcissisme » (Chavaroche, 2011, p.19). Bien que cette citation nous paraisse un peu schématique, cela nous rappelle que l'engagement dans une relation comporte une part d'investissement narcissique à ne pas négliger : « Les problèmes des très jeunes enfants et leurs parents touchent en chacun de nous des points sensibles et enfouis de notre première enfance » (David, 2014, p.395).

En crèche, cette idée est souvent évitée, rejetée, niée ; l'humain et l'individu doivent s'effacer derrière le professionnel. Certaines professionnelles se défendent de cette injonction dans les entretiens en affirmant qu'elles « restent humain(es) » malgré tout !

Il convient de préciser que ce sentiment d'appropriation peut aussi être éprouvé du côté de l'enfant. Plusieurs professionnelles disent à ce propos que l'enfant arrive à la crèche chargé de son histoire passée et des éléments de son contexte de vie globale qu'il convient de prendre en compte pour analyser les liens tissés dans le mode d'accueil.

Une certaine confusion entre place maternelle et professionnelle ?

Face à une relation enfant-professionnelle très forte, des sentiments de rivalité et de jalousie peuvent se manifester chez les parents à l'égard de la professionnelle.

Dans nos entretiens, beaucoup de participants disent qu'il y a peu de risque de confusion entre les places maternelle et professionnelle mais peu sont en mesure d'expliquer

plus en détail cette différence. Nous avons trouvé les parents encore plus en difficulté que les professionnelles sur ce point. L'une des seules dissemblances évoquées concerne la nature des sentiments : les professionnelles ressentiraient un sentiment de l'ordre de la tendresse envers l'enfant, alors qu'il s'agirait d'amour pour les parents.

Pour les professionnelles, l'idée de s'occuper des enfants « comme si c'était les siens » est revenue plusieurs fois, tout comme le besoin de réaffirmer que « nous ne sommes pas leurs parents ». Plusieurs d'entre elles disent aussi être aidées dans la régulation de leur émotion lorsqu'elles deviennent elles-mêmes parents. Cela voudrait-il signifier qu'un investissement affectif de type parental est à l'œuvre avec l'enfant avant la naissance du premier enfant ? Pour Chaplain et Custos-Lucidi (2005), cela vient renforcer les stéréotypes selon lesquels les compétences innées, naturelles chez les femmes sont indispensables pour prendre soin des jeunes enfants.

Par ailleurs, pour plusieurs parents, la référente prend une place d'une personne « proche » de la famille. Le référent pourrait alors être regardé par certaines comme « un double familial » dans l'institution (Chavaroche, 2011, p.20) entrant dans « une concurrence affective » avec le parent (Junier, 2015) qui craint alors de ne plus « être le personnage principal » (Marinopoulos, 2015). Des parents peuvent se sentir menacés d'un « rapt affectif » (Giampino, 2017, p.65). Ainsi, quelques parents expriment avoir fait le choix d'un accueil en collectivité pour ne pas risquer la mise en place d'un fort lien d'attachement enfant-professionnelle, comme cela pourrait être le cas chez une assistante maternelle. Du côté des professionnelles, certaines peuvent alors rejeter la création d'un lien avec l'enfant par peur « d'usurper la place des parents » (Zumstein, 2017, p.115).

Ces résultats sont cohérents avec ceux que nous avions retrouvés auprès des référentes de pouponnières en 2014 et qui nous avaient amenées à présenter les apports d'Emmi Pikler à ce sujet (Violon & Wendland). Cette pédiatre distinguait nettement la relation mère/enfant et professionnelles/enfant ; tenter de reproduire une relation parent/enfant ne peut mener qu'à un échec en institution (Falk, 1992). Ces relations n'ont pas la même histoire : pour le parent, l'enfant arrive après une période de gestation entraînant un phénomène de transparence psychique (Bydlowski, 2001), puis de « préoccupation maternelle primaire » (Winnicott, 1956) à travers lequel il s'inscrit dans l'histoire de la famille. La relation enfant-parent est un lien de filiation qui inscrit l'enfant dans un arbre généalogique : les parents n'occupent ainsi pas la même place « subjective et symbolique » pour l'enfant que la professionnelle (Giampino, 2017, p.63). Ces deux relations n'ont pas non plus la même motivation : le soin de

l'enfant est guidé par l'amour du parent là où il est guidé par un intérêt pour le développement chez la professionnelle (Vincze, 2002). Il est noté que cette dernière est rémunérée pour prendre soin de l'enfant (Giampino, 2017). Enfin, l'avenir de la relation n'est pas le même : la relation à la professionnelle est limité dans le temps et dans l'espace de la crèche.

Le référent peut être, comme le parent, inscrit dans « l'intimité quotidienne » et fournir ainsi une importante « sécurisation à l'enfant », mais il se situe aussi « dans la société » et, à ce titre, propose une « émancipation (de l'enfant) par l'altérité » (Giampino, 2017, p.64).

4.2.6.3.3.3. Un désinvestissement de la relation par les autres professionnelles

Pour Joseph Rouzel, le dernier risque du transfert se situe dans le surinvestissement de la relation à l'enfant par le référent comme nous l'avons mentionné en introduction (cf. article n°1). En conséquence, il se produit un phénomène de désinvestissement du côté des autres professionnelles (Rouzel, 2011). Reynald Brizais (2011) parle de « déresponsabilisation » des autres professionnelles. Le référent se retrouve alors livré à lui-même dans sa relation à l'enfant. Dans les entretiens, certaines professionnelles ont évoqué, comme inconvénient à la référence, un isolement de la professionnelle qui se retrouve seule face aux difficultés rencontrées.

Lorsque ce phénomène a lieu, la création d'un lien privilégié peut alors donner l'impression qu'un couple se forme au sein de la collectivité, ce qui peut venir menacer l'équilibre du groupe (Mellier, 2007). Pour Denis Mellier, il existe une forme « d'antagonisme entre le couple et le groupe » (2007, p.29). Dans les entretiens, nous avons ressenti cela chez certaines professionnelles qui n'ont pas su justifier à la fois l'existence de relations privilégiées et l'importance du travail en équipe.

Des réactions de résistance face à la création de liens privilégiés peuvent alors apparaître du côté des professionnelles et engendrer des mécanismes de protection tels que le « pacte d'indifférenciation ».

Un pacte d'indifférenciation

Selon Paul Fustier, dans une équipe pourrait exister un « pacte d'indifférenciation » dans lequel le fait d'être « tous pareils » a une fonction rassurante (L'Actif, 2011). Nous le constatons dans le témoignage de professionnelles à travers deux éléments :

- une importance cruciale à travailler en équipe, partager les mêmes missions et d'avoir le même positionnement envers les enfants ;
- une réticence à relever les différences dans les liens entre professionnelles et enfants, comme si leur repérage était signe d'un problème.

Comme le propose Philippe Chavaroche, dans ce contexte, la référence peut être rejetée car elle pourrait menacer ce pacte (2011).

4.2.6.3.4. La nécessité d'une relation affectivement « contrôlée » ?

Comme nous l'avons vu, il est important que l'enfant puisse créer des relations individualisées en crèche, mais elles doivent rester relativement contenues affectivement. Tout l'enjeu pour les professionnelles est alors de trouver cette « juste distance » afin de situer la relation quelque part entre l'exclusivité et l'exclusion de l'enfant (Mellier, 2007). Denis Mellier rappelle à ce propos l'idée d'Anne Déthier (psychologue, Université de Liège) sur l'existence d'un « paradoxe de l'implication distancée » : « Pour une professionnelle de la petite enfance, l'attachement, l'implication affective est nécessaire, mais elle doit s'accompagner d'une démarche de distanciation pour ne pas créer de confusion avec la mère » (2007, p.54). Cette distanciation affective semble être un réel défi à relever sur le terrain tant le sujet est abordé de façon répétée dans les entretiens des professionnelles de crèche comme de pouponnière (Violon & Wendland, 2014).

A l'Institut Pikler-Loczy, tout un travail de réflexion a été mené autour de cette question de la « juste distance ». Comme nous l'avons présenté en introduction (article n°2 : Violon & Wendland, 2014), les nurses étaient invitées à mettre en œuvre une relation « consciemment contrôlée » avec les enfants (Dugravier, 2006, p.136) consistant à faire preuve de mesure dans l'expression des affects et des sentiments.

4.2.6.3.5. La référence comme outil de régulation ?

A l'Institut Pikler-Loczy, la mise en place de la référence a permis de poser un cadre contenant autour des relations enfants-professionnelles. Plus précisément, l'attribution d'une référente a permis d'offrir à chaque enfant une relation privilégiée et de lutter ainsi contre l'exclusion de certains, générée par les phénomènes de « chouchou » (Vincze, 1991). Dans notre étude, une seule professionnelle perçoit la mise en place de la référence comme aidant à réguler la juste distance avec l'enfant.

Un certain paradoxe pourrait apparaître ici si l'on reprend notre propos. Nous avons remarqué que la référence est accusée, par la plupart de nos participants, d'amplifier le risque de créer des relations affectives excessives avec les enfants. Puis, après avoir détaillé l'importance de la juste distance affective dans la relation à l'enfant, nous finissons par proposer un « outil » de régulation essentiel issu des apports de Loczy : la référence !

Il ne semble pas possible de dépasser ce paradoxe si la référence est réduite uniquement à « une relation purement duelle » (Mellier, 2007, p.19). La référence, comme elle a été pensée à l'Institut Pikler-Loczy, s'avère indissociable d'un travail d'élaboration psychique mené autour de la relation à l'enfant rendu possible grâce à la présence de tiers.

4.2.7. La présence de tiers

En crèche, plusieurs personnes ou supports viennent faire tiers dans la relation privilégiée enfant-référente et cela est nécessaire pour « protéger tant l'usager que le référent des risques potentiels ou avérés que leur relation encoure » (Le Goff, 2011, p.67).

Nous proposons de les discuter les uns après les autres selon la logique des poupées russes (de la plus petite à la plus grande) : la triade enfants-parents-référente, l'équipe de professionnelles, la direction et l'institution, les considérations éthiques et politiques entourant l'accueil du jeune enfant en France et les savoirs concernant le développement du jeune enfant.

4.2.7.1. La triade

Dans les entretiens, des participants ont émis l'idée que les parents pouvaient médiatiser la relation enfants-référente et ainsi faire « tiers ». Nous imaginons que ce phénomène existe entre chacun des membres de la triade : l'enfant fait « tiers » dans la relation parents-référente et la référente dans la relation parents-enfant. Cette dernière configuration est illustrée par le soutien du lien que doit tisser la professionnelle en l'absence du parent : pour soutenir au mieux la construction de l'enfant, le professionnel doit l'aider à penser la continuité de son existence entre la maison et la crèche. Ainsi, il est important que le professionnel aide à faire « exister » les parents absents dans la tête de l'enfant afin de le « relier » à eux (Rasse, 2017).

Dans la littérature internationale, la référence est vraiment perçue comme un système englobant la famille. Ces auteurs parlent de réel « partenariat » avec les parents (Colmer et al., 2011 ; Kibble et al., 2014) et de « référent de la famille » (Kibble et al., 2014).

Ces éléments nous rappellent les travaux réalisés à Lausanne sur les interactions triadiques ou familiales par Elisabeth Fivaz-Depeursinge, Nicolas Favez, France Frascarolo, Blaise Pierrehumbert. Ces travaux portent sur la notion de « triangulation », cette idée de Bowen (1972), selon laquelle « l'inclusion d'une troisième personne dans une relation duelle (fait) baisser la tension ou l'anxiété dans cette relation » (Fivaz-Depeursinge & Favez, 2013).

Ce concept s'est développé dans le cadre de la famille autour des interactions père-mère-bébé et peut servir de support pour penser les relations triadiques dans les lieux d'accueil de la petite enfance. Par exemple, sous l'angle de l'attachement, penser la façon dont peut s'articuler la relation d'attachement aux parents et à la référente en un « modèle interne opérant triadique » cohérent se révèle intéressant : existe-t-il une influence particulière de l'un de ces liens sur la création du modèle interne opérant et plus largement sur le développement de l'enfant ? Le lien d'attachement professionnelles-enfant est-il « correcteur » / « perturbateur » face à la relation parents-enfant (Frascarolo-Moutinot & Favez, 2007)?

Nous pourrions aussi évoquer l'étude menée en 2001 par Chantal Zaouche-Gaudron autour d'un « jeu à trois » enfant-mère-accueillante. Des interactions de jeux ont été analysées dans des crèches collectives et des crèches familiales. Les analyses montrent que le nombre de pauses dans le jeu, de regards, d'interactions vocales entre les protagonistes semble influencé par le type d'accueil : il y a moins d'engagement « dans la dynamique interactionnelle » dans les accueils collectifs. Ces éléments amènent l'auteure à conclure qu'un type « d'alliance modérée prédomine » en crèche collective où « le consensus entre les trois partenaires apparaît plus fragile » (Zaouche-Gaudron, 2001).

Ces apports théoriques sont pertinents pour réfléchir à l'alliance établie entre les trois partenaires. Elisabeth Fivaz-Depeursinge et Nicolas Favez parlent à ce propos d'alliances « fonctionnelles » ou « problématiques » (2013). Dans les premières, l'ensemble des partenaires trouve une place dans l'interaction repérée et soutenue par chacun, ce qui n'est pas le cas dans les alliances problématiques où se manifestent des phénomènes d'exclusion par exemple.

Comme nous venons de le voir très brièvement[26], prendre en compte la triade paraît donc un élément indispensable pour penser la référence au sein du mode d'accueil.

[26] Ces éléments nécessiteraient d'être davantage développés dans une étude à part entière au vu de leur pertinence pour le sujet étudié.

4.2.7.2. L'équipe de professionnelles ou le « tiers horizontal[27] »

Dans nos entretiens, la présence de l'équipe autour de la référente est le premier élément cité par les professionnelles comme aidant à trouver une juste distance dans la relation à l'enfant. La présence des autres professionnelles aide à réguler la relation enfant-référente en intervenant lors des temps de jeux, en effectuant les relais dans la prise en charge des soins de l'enfant en l'absence de la référente et quelques fois en sa présence, en partageant ses observations et ses représentations.

Ceci fait écho aux propos de Yann Le Goff : « La référence est une relation certes privilégiée, duale mais bordurée par l'autre, par d'autres professionnelles » (2011, p.50). D'ailleurs, dans la recherche internationale, la référence est insérée dans une approche mobilisant l'équipe toute entière sous la notion de « *team approach* » (Rockel, 2003 ; Ebbeck et al., 2015 ; Kibble et al., 2014).

4.2.7.2.1. La fonction contenante de l'équipe

Il faut citer ici les écrits issus de la psychanalyse groupale. Denis Mellier souligne l'existence d'une « pensée de groupe propre à une équipe » témoin d'un « appareil psychique d'équipe », à l'image de « l'appareil psychique groupal » décrit par René Kaes (Mellier, 2007). Comme le rappelle Corinne Cammareri (2011), l'appareil psychique de l'équipe est un « appareil à penser » qui permet de contenir et transformer les émotions brutes émanant de la relation à l'enfant.

Pour mettre en œuvre cette fonction contenante en crèche, plusieurs supports existent.

4.2.7.2.2. Les supports à la mise en place de la fonction contenante de l'équipe

4.2.7.2.2.1. Les temps d'observation

Dans les entretiens, plusieurs professionnelles décrivent l'importance des temps d'observation des enfants dans leur exploration et les relations entretenues avec les autres enfants, les professionnelles et leurs parents. Ces temps d'observation sont réalisés de façon informelle dans le quotidien et permettent ensuite d'alimenter le cahier de transmission servant de support à l'échange avec les parents, ainsi que les temps d'échange entre professionnelles dont nous parlerons après. Quelques supports écrits permettent de recueillir les éléments observés et sont essentiellement remplis pendant la période d'adaptation (feuille

[27] Le Goff, 2011, p.67.

d'adaptation) ou lors des grandes acquisitions développementales (fiches de développement). Néanmoins, comme le rappelle Chaplain et Custos-Lucidi, il n'y pas encore vraiment de « tradition d'écriture » dans les métiers des professionnelles de la petite enfance (2005, p.9).

Pour les parents, cette observation mutuelle des professionnelles entre elles est considérée comme un signe de sécurité : l'intervention des autres professionnelles en cas de difficultés, les remarques adressées, les relais effectués permettent alors de contenir d'éventuels élans d'agressivité des professionnelles envers les enfants.

Dans la littérature, l'observation est décrite comme fondamentale pour ajuster la relation et plus largement l'accompagnement proposé à l'enfant et ses besoins (David & Appel, 1973 ; Zumstein, 2017 ; Kibble et al., 2014). A l'Institut Pikler-Loczy, l'intérêt de la nurse pour le développement de l'enfant permettait cette régulation émotionnelle : « L'ardeur des émotions peut être efficacement remplacée par l'intensité de l'intérêt porté à l'expression des besoins des enfants et à leur satisfaction » (Falk, citée par Vincze, 2002, pp. 161-162).

4.2.7.2.2.2. Les temps d'échange formel

Dans les entretiens, des temps d'échange entre professionnelles ont été plusieurs fois signalés comme aidants face aux difficultés rencontrées. Ils sont valorisés sur deux aspects :

- le partage des observations quotidiennes des professionnelles qui permet d'enrichir la connaissance de l'enfant, de faciliter les relais en l'absence de la référente et de penser à plusieurs son bien-être et son développement au sein de la crèche ;
- le partage des représentations de chacune permettant d'harmoniser les pratiques, de diminuer les conflits entre professionnelles, de réguler les relations enfants-professionnelles.

Ces temps d'échange entre professionnelles se déroulent de façon informelle dans le quotidien. Peu d'espaces formels ont été mentionnés tels que les réunions d'équipe ou les groupes d'analyse des pratiques souvent animés par un psychologue. Or, nous savons, grâce aux entretiens avec les membres de la direction, que ces espaces existent. Cependant, les responsables des crèches affirment que la référence et, de façon plus large, les liens enfants-parents-professionnelles n'y sont pas abordés. Ceci pose question: pourquoi ces espaces ne sont-ils pas utilisés par les professionnelles comme support à la pratique de la référence et à l'analyse des relations enfants-professionnels ? Sont-ils trop insuffisants en quantité pour être repérés comme aidants ? Sont-ils ajustés à la réalité du terrain ? Nous remarquons, dans l'un

des textes de Jean Rockel, que la référence fait aussi peu l'objet d'échanges en Nouvelle Zélande (2005).

Sur les 17 crèches participantes, 10 crèches n'ont pas de groupes d'analyse des pratiques, 8 de réunions d'équipe et 3 de réunions ou journées pédagogiques. Davantage de moyens en termes de temps de formation, de reprise des pratiques, d'interventions de psychologues sont demandés dans les deux crèches privées, comparativement aux crèches municipales et hospitalières. De façon générale, ces supports semblent insuffisants.

4.2.7.2.2.3. Deux supports mais un objectif commun : la mise en route des processus de pensée

Dans la littérature, les temps d'observation et les espaces d'échange sont mis en avant car ils permettent de contenir les émotions et de soutenir la mise en route des processus de pensée, de réflexion, voire de réflexivité.

Tout d'abord, comme nous l'avons présenté dans l'article n°2 traitant de la référence en pouponnière, à l'Institut Pikler-Loczy, un important travail d'observation et de réflexion lors de réunions était réalisé. L'objectif était de développer chez le professionnel sa capacité réflexive lui permettant de mieux contrôler les élans affectifs éprouvés dans la relation à l'enfant. Le travail de réflexion semble être ainsi l'une des clés pour limiter le risque de « dérives dans des excès relationnels adulte-enfant » (Zumstein, 2017, p.129) car il permet de « protéger les enfants des projections trop fortes ou trop personnelles » des professionnelles (p.127). Joseph Rouzel souligne l'importance de la verbalisation : « Le transfert qui n'est pas travaillé dans la parole rejaillit dans le réel et souvent sous sa forme la plus brutale » (2011, p.94). Ainsi, selon Didier Houzel, le relation privilégiée « peut être la meilleure ou la pire des choses selon l'usage que l'on en fait, c'est-à-dire qu'elle peut être néfaste à l'évolution d'un enfant si l'équipe est incapable, pour une raison ou pour une autre, d'un travail psychique sur ce qui se vit dans l'institution » (2007, p.15).

Ces temps de « réflexivité institutionnalisée » et de « socialisation professionnelle (parler de son travail avec d'autres dans un cadre professionnelle sans être jugé) » sont, pour Sylviane Giampino, des pratiques « professionnalisantes et triplement préventives : des violences latentes ou effectives sur les enfants, des dérapages dans les relations avec les parents et de la souffrance au travail des professionnelles » (2017, p.50). Ces temps sont ainsi essentiels pour toutes les professionnelles et même en l'absence de difficultés rencontrées : « Même la nurse la plus expérimentée a besoin d'un soutien

permanent » (Vincze, 2002, p.157). Pour Miriam Rasse, ces temps de partage aident à « relier les professionnelles entre elles » afin qu'elles puissent ensuite « relier l'enfant à lui-même » et « à ses parents » (2017, pp.15-16).

Cela permet aussi de « maintenir vivant son intérêt pour les enfants, source de plaisir au travail », de garder un authentique intérêt pour leur développement (Zumstein, 2017, p.129). Dans notre étude, la notion de « routine » est revenue à quelques reprises. La référence est vue par certaines professionnelles comme stimulante dans le sens où le suivi de l'enfant permet de suivre les évolutions dans le développement ; pour d'autres, cette pratique est, à l'inverse, source d'une importante routine générée par le fait de toujours s'occuper des mêmes enfants, des mêmes parents.

Enfin, concernant la mise en place de la référence, ces espaces paraissent indispensables pour réaliser le « travail d'ajustement et d'appropriation » nécessaires (Giampino, 2017, p.36), puisque la référence n'est pas un « modèle à copier » comme le rappelle Miriam Rase (2017, p.13). Dans la littérature internationale, ce travail de réflexivité est aussi soutenu par de nombreux auteurs pour une pratique ajustée de la référence (Colmer, 2008 ; Colmer et al., 2011). De plus, tout un travail d'équipe est primordial pour penser la continuité de la prise en charge de l'enfant lors de l'absence de la référente (Rockel, 2003).

4.2.7.3. Le tiers institutionnel et le tiers « vertical[28] *»*

A un échelon plus élargi, la direction de l'établissement et l'institution jouent un vrai rôle de tiers dans la relation enfant-référente en proposant un cadre institutionnel : « Ce cadre tend à instituer un certain ordre, pas n'importe lequel ; c'est-à-dire un essai de repérage structurant de la place et de la fonction de chacun qui favorise l'instauration et le maintien d'une dynamique relationnelle » (Avet, 1990, p.10).

4.2.7.3.1. Le rôle hiérarchique de la direction

Le rôle hiérarchique mis en œuvre par les responsables des crèches envers les professionnels se formalise par l'écriture d'un projet institutionnel, d'une charte autour de l'accueil de l'enfant, la signature d'un contrat de travail avec le salarié. La proposition d'un cadre composé de valeurs, d'une éthique, de missions définies borde les pratiques et, en ce sens, la hiérarchie possède une fonction contenante envers les professionnelles (L'Actif,

[28] Le Goff, 2011, p.67.

2011). Le renvoi à un « Autre institutionnel » qui fait loi est nécessaire pour la mise en œuvre de la fonction de référent (L'Actif, 2011).

4.2.7.3.2. Le cadre donné à la fonction du référent par l'institution

Les missions du référent doivent être clairement délimitées au niveau de l'institution : le référent n'est pas libre de faire ce qu'il veut comme il le veut (Giampino, 2017, Zumstein, 2017, L'Actif, 2011). Bertrand Dubreuil souligne la nécessité de clarifier ces missions car il établit un lien direct entre l'amplification des relations affectives excessives par la référence et « l'imprécision du contenu de la fonction de référent » (Dubreuil, 2011, p.36). Diana Zumstein, quant à elle, parle d'un « véritable engagement institutionnel global » (2017, p.122).

Plusieurs supports paraissent formaliser le cadre de la mission du référent ; nous pensons notamment aux fiches de poste et aux projets éducatifs et pédagogiques.

Concernant les fiches de poste, nous n'avons pas recueilli d'informations à ce sujet. Nous ne savons donc pas si la mission de référent y figure en crèche ; ce qui est le cas dans le champ de l'éducation spécialisée (L'Actif, 2011).

Le projet éducatif, obligatoire dans toutes les crèches (article R2324-29 du code de la santé publique), et le projet pédagogique permettent de « préciser les dispositions prises pour assurer l'accueil, le soin, le développement, l'éveil et le bien-être des enfants ». A ce titre, ils sont un support pour penser la continuité de l'accueil face aux ruptures inévitables induites par les plannings, les congés, les changements de professionnelle et poser un cadre autour de l'accueil quotidien de l'enfant (Giampino, 2017). Comme l'explique Didier Houzel et ses collaborateurs en 1999 dans son livre sur les enjeux de la parentalité, les expériences de discontinuité sont constitutives de la vie ; tout l'enjeu de l'accompagnement de l'enfant est de l'aider à inscrire psychiquement ces évènements de façon constante, d'être garant du maintien du « sentiment continu d'exister ».

Dans les entretiens, les réactions émotionnelles importantes (imaginées ou observées) de l'enfant au départ de sa référence à l'issue de sa journée de travail nous questionnent sur d'éventuelles difficultés chez la référente et plus largement chez les professionnelles à penser la continuité de l'accompagnement proposé à l'enfant. L'absence d'évocation du rôle de coordination/responsabilité du projet d'accueil de la référente par les professionnelles n'en serait-il pas un autre témoin ?

Par ailleurs, très peu de crèches pratiquant la référence ont une description de ce système dans leurs projets pédagogiques, voire juste une mention de cette pratique ; les relais en l'absence de la référence ne sont donc pas particulièrement définis. Comment ce système fait-il donc sens dans l'institution ?

4.2.7.4. Les considérations « éthiques » et « politiques »[29]

4.2.7.4.1. Les référentiels métiers

Selon Sylviane Giampino, « la fonction psychique de contenance d'un mode d'accueil dépend ainsi beaucoup de la tranquillité intérieure des adultes présents, de leur capacité à se sentir eux-mêmes en appui, sur leur métier, sur une équipe, sur un service » (2017, p.44). Ainsi, la façon dont les fonctions du référent sont pensées dans la conception des différents métiers des professionnelles de la petite enfance (e.g. auxiliaires de puériculture, éducateurs de jeunes enfants) pose question. Quelles sont les compétences spécifiques requises par les organismes de formation initiale pour exercer cette fonction ? Qu'en disent les supports pédagogiques ?

Nous n'avons pas eu le temps d'analyser le contenu des manuels pédagogiques et de préparation aux concours dont disposent les professionnelles et aucune d'elles n'a évoqué ces supports lors des entretiens. Pour autant, ils se révèlent aussi constituer un appui non négligeable pour la pratique quotidienne.

Aguillard et al (2005) ainsi qu'Owen et al (2008) insistent également sur ce manque de supports pédagogiques à destination des encadrants et des professionnelles permettant de soutenir la mise en place de la référence en crèche.

Du côté de l'éducation spécialisée, Yann Le Goff fait le même constat qui l'amène à formuler deux hypothèses : « Soit la référence est une relation éducative comme les autres dont la spécificité serait d'origine et d'ordre administratif ; soit c'est une relation qui a des traits spécifiques qui méritent d'être relevés, auquel cas, le secteur qui pratique largement la référence […] n'en a pas fait suffisamment cas, comme si c'était un impensé, un point aveugle dans la vision des métiers éducatifs » (2011, p.57). Comment les professionnelles peuvent-elles alors assumer cette mission de référente « alors que rien dans leurs référentiels professionnels ni dans leur formation ne les y préparent ? » (Chavaroche, 2011, p.11).

[29] Ces notions sont issues d'un chapitre de Joseph Rouzel (2011, pp.85-98).

4.2.7.4.2. Le cadre juridique

Le cadre juridique entourant l'accueil des jeunes enfants, dont quelques éléments sont présentés en introduction, permet de dessiner certains des contours de la référence. Par exemple, nous pouvons penser que la règlementation des taux d'encadrement a un impact direct sur la référence puisqu'il détermine le nombre d'enfants par référente. D'ailleurs, pour Colmer et al (2011), la pratique de la référence relève parfois d'un vrai challenge dans les lieux d'accueil du jeune enfant au vu des ratios importants. Nous n'avons pas étudié dans notre étude l'impact du nombre d'enfants par référente sur le vécu d'un tel système, mais une étude affirme que ce système fonctionne parce que le nombre d'enfants par référent est faible (2-3 par professionnel ; Ebbeck et al., 2015). A Loczy, les auxiliaires privilégiées avaient aussi 2 enfants en moyenne en référence (Vincze, 1991). Nous savons que dans les crèches participantes à notre étude, ces taux peuvent atteindre 7-8 enfants par référente…

Actuellement, la référence n'est pas inscrite dans un quelconque texte juridique, les crèches d'accueil du jeune enfant étant libres de leurs choix pédagogiques tant qu'ils « veillent à la santé, à la sécurité, au bien-être et au développement des enfants qui leur sont confiés dans le respect de l'autorité parentale » (Code de la santé publique, article R2324-17). Cependant, ceci pourrait évoluer puisque, dans le rapport de Sylviane Giampino (2017) rendu au ministère des Familles, de l'Enfance et des Droits des femmes, le système de référence est particulièrement mis en valeur.

Le cadre juridique permet aussi de faire tiers en garantissant la mise en place des supports et des espaces de formation et de réflexion. Par exemple, le guide ministériel sur les EAJE adressé à la PMI et datant de 2017 rappelle « qu'il est essentiel que l'emploi du temps des professionnel(le)s prévoie un temps rémunéré dédié aux temps de travail en équipe et aux formations » (Direction Générale de la Cohésion Sociale & Ministère de la famille, de l'enfance et des droits des femmes, 2017). De son côté, le code de la santé publique précise que « l'aménagement intérieur des établissements doit favoriser […] l'organisation de réunions pour le personnel » (article R2324-28). Enfin, il faut aussi rappeler que la formation continue fait partie des obligations de l'employeur envers ses salariés (Giampino, 2017).

4.2.7.5. Les « savoirs-tiers »

4.2.7.5.1. « Les références du référent[30] »

Dans les entretiens, les professionnelles ont souvent fait référence à un cadre d'intervention et à une posture définie (par exemple : « On ne doit pas s'attacher. »). L'impressionnante occurrence des mots « faut » et « doit » en est une preuve incontestable. Il n'a cependant pas été possible de savoir à quel cadre elles se référaient : un cadre institutionnel interne à la crèche (défini par exemple grâce au projet pédagogique) ? Une posture décrite dans des manuels pédagogiques ou lors des formations ? Une conception plus sociétale de leur rôle et de leur mission auprès des enfants ?

Lors d'une journée d'étude de l'Observatoire National de la Petite Enfance (avril 2015), Guy Jobert, a aussi décelé ces éléments et parle de « sources normatives et de prescriptions invisibles, sournoises mais efficaces ». Il invite alors à penser le travail d'analyse des pratiques avec les professionnelles de la petite enfance comme la recherche des sources de ces normes et la façon dont ces sources se justifient. D'où l'importance pour les professionnelles de prendre appui sur des références de base pour mettre en œuvre leur pratique (Giampino, 2017).

4.2.7.5.2. Quels appuis théorico-cliniques ?

Concernant notre sujet, l'expérience de la pouponnière de Loczy semble être la référence principale. Actuellement, de nombreux supports écrits ou vidéo présentant ces apports sont accessibles pour les professionnelles. Nous pensons ici, par exemple, à la rubrique « Les écrits de Loczy » disponible dans chaque numéro de la revue Spirale ou aux films de Bernard Martino (Le bébé est une personne ; Loczy, une maison pour grandir). En crèche, il existe le film réalisé dans la crèche de Loczy : Loczy, une école de civilisation (Association Pikler-Loczy France & Martino, 2014). Nous pouvons aujourd'hui y ajouter le chapitre conséquent de Diana Zumstein dans l'ouvrage « L'approche piklérienne en multi-accueil » (2017) ainsi que ce travail de thèse.

Tout un travail de formalisation serait ainsi à mener pour préciser les contours de la référence pour les professionnelles de terrain. Nous pensons ici à la description amorcée par Kibble et al (2014) de ce que la référence est, de ce qu'elle n'est pas (par exemple : prendre le rôle des parents, avoir la seule responsabilité d'un enfant dans la crèche) et de ce qui permet

[30] Cammareri, 2011, p.121.

d'aboutir à la réussite de ce système (e.g. un haut niveau de communication dans l'équipe ; la mise en place de référent relais). L'exemple de la métaphore de l'arbre proposé par ces mêmes auteurs pour illustrer le système de référence peut également aider les professionnelles : des racines, créées grâce à la connaissance de l'histoire de l'enfant, la prise en compte de ses rythmes, de ses relations familiales permettent à la référente de créer une relation de sécurité avec l'enfant qui forme le tronc d'un arbre. Cette sécurité pousse ensuite l'enfant à développer de nouvelles branches avec les autres personnes de son environnement.

4.2.7.5.3. La formation

Nous souhaitons présenter ici une réflexion autour de la formation des professionnelles de terrain, mais aussi des encadrants et des professionnels spécialisés.

De façon générale, une formation suffisamment riche et détaillée sur les apports d'Emmi Pikler et l'expérience de Loczy serait pertinente pour l'ensemble des acteurs. Miriam Rasse constate que l'approche piklérienne fait souvent l'objet de « malentendus » et de « simplifications » qui peuvent conduire à des « pratiques qui se rigidifient » (2017, p.12). Ce dernier point fait écho aux témoignages des professionnelles de notre échantillon ayant expérimenté des systèmes de référence très rigide par le passé. Par exemple, « la prise en compte de la valeur de l'activité autonome aide aussi l'auxiliaire à trouver un juste équilibre dans sa relation avec les enfants, et à comprendre à quel point les rapports chaleureux entre l'enfant et l'adulte, qui se tissent surtout au cours des soins, et la qualité de l'activité libre et autonome de l'enfant sont indissociables » (Falk & Rasse, 2016, p.217).

4.2.7.5.3.1. La formation des professionnelles de terrain

Tout au long de notre travail, nous avons assisté à des décalages parfois importants entre les représentations des professionnelles et les connaissances théoriques sur le développement du jeune enfant. De plus, nous avons constaté peu de références à des appuis théoriques particuliers dans les entretiens, comme l'avait repérée Jean Rockel dans les crèches Néozélandaises (2003). Un phénomène de « perte de connaissance sur le très jeune enfant et sur les particularités de son évolution » a été observé par Sylviane Giampino (2017, p.212). D'ailleurs, la formation des professionnelles faisait partie de l'un des trois objectifs principaux du rapport qu'elle a coordonné (2017). Une réflexion importante est actuellement menée en conséquence afin de réaménager certains diplômes (Ministère des Familles, de l'Enfance et des Droits des femmes, 2016).

La formation est un outil de soutien des professionnelles dans l'exercice de leur mission (Ulmann, Betton & Jobert, 2011 ; Lucas & Navarro, 2017 ; Giampino, 2017). D'ailleurs, pour Sylviane Giampino, l'impact de la formation dans l'amélioration des pratiques est validée par l'expérience clinique : « Mieux les professionnelles sont formées, plus leur attention est fine, plus leurs observations et leur suivi des enfants sont précis, et moins ils et elles sont dogmatiques, normatifs prédictifs et prescriptifs » (2017, p.31). Du côté de la recherche, Ebbeck et al relèvent une amélioration du « caregiving » et notamment de la sensibilité des professionnelles envers les besoins des enfants après un programme de formation sur la référence (2015).

Au-delà d'un simple apport de connaissances théoriques indispensables à la mise en sens de leur pratique, il est important que les formations permettent de développer les savoir-être et les savoir-faire des professionnelles. Mais en plus de l'acquisition de savoirs, l'objectif serait d'élargir les « compétences » des professionnelles : selon Guy Jobert (2015), il faudrait que les professionnelles puissent « produire pour soi-même et par soi-même les savoirs dont elles ont besoin ».

La formation sur la référence

L'analyse des entretiens a mis au jour un manque crucial de formation (initiale et continue) des professionnelles autour de la question de la référence. Ainsi, seulement 3 professionnelles sur 20 disent avoir entendu parler de la référence durant leur formation initiale et 4 en formation continue. Ceci a pu être également vérifié en pouponnière ou dans les institutions spécialisées (Violon & Wendland, 2014 ; L'Actif, 2011).

Seules 4 professionnelles sur les 20 rencontrées sont en capacité de donner une idée précise de l'origine historique de la référence. Selon les mots de Philippe Chavaroche, « comment penser (alors) et mettre en œuvre cette fonction de référent si l'on n'en connaît pas l'histoire ? » (2011, p.12).

Ces résultats sont préoccupants: la référence est-elle vraiment abordée dans les contenus de formation initiale ? Si oui, comment y est-elle présentée si la majorité des professionnelles ne s'en souviennent plus ?

Quelques modules de formation continue semblent exister sur ce sujet selon les professionnelles, mais rares sont celles qui y ont assisté. Par exemple, nous savons que le Centre National de la Fonction Publique Territorial (CNFPT) du Loiret propose une formation intitulée « La notion de référent(e) dans les établissements d'accueil du jeune enfant :

réflexion sur la mise en œuvre ». La référence ne semble pas faire partie des priorités en termes de formation. Les professionnelles vont essentiellement privilégier des modules centrés sur des difficultés rencontrées (e.g. la juste distance, l'inter culturalité) ou sur les nouveaux projets (la langue des signes, le change debout).

Des formations peuvent aussi être dispensées au sein même des crèches. A ce propos, dans les entretiens des professionnelles référentes, tout comme dans certains écrits (David & Appell, 1973 ; Ebbeck et al., 2015), la référence semble avoir été bien reçue et assimilée à chaque fois que son implantation a été précédée d'un programme de formation permettant de saisir le sens de cette pratique et suivie d'un programme de soutien dans le quotidien.

La formation sur les relations enfants-professionnelles

Les professionnelles semblent avoir acquis davantage d'éléments concernant les relations enfants-professionnelles, mais leurs connaissances sur certaines sous-thématiques sont apparues faibles ou mal restituées, notamment sur:

- le processus de socialisation chez le jeune enfant ;
- le développement affectif ;
- le phénomène d'attachement (dans le sens de la théorie de l'attachement) ;
- la spécificité de la place professionnelle au regard de la place maternelle.

De plus, plus qu'un quart des professionnelles rencontrées se disent toujours en recherche de solutions pour trouver la « juste distance » dans la relation avec l'enfant.

D'autres espaces de transmission de connaissances

Outre les formations, la transmission de connaissances théoriques et pratiques pourrait se faire à travers la participation à des conférences, des colloques, des journées d'études. Les crèches ont aussi souvent la possibilité de mettre en œuvre une ou plusieurs réunions ou journées pédagogiques.

Des apports peuvent être transmis en interne par les encadrants eux-mêmes ou par l'intervention de professionnels spécialisés (psychomotriciens, psychologues, etc.). Ce dernier point fait d'ailleurs partie des préconisations du rapport de Sylviane Giampino (préconisation n°91, 2017). Dans notre échantillon, 9 crèches sur 17 ne bénéficient pas de l'intervention d'un psychologue et pour les autres, ce temps varie entre 1 heure par mois et 6 heures par semaine. Aucune crèche n'a mentionné l'intervention d'autres professionnels spécialisés.

4.2.7.5.3.2. La formation des encadrants et responsables

L'importance de la formation des encadrants et des responsables des établissements est réaffirmé par certains auteurs (Zumstein, 2017) et dans le rapport de Sylviane Giampino ; cette idée fait partie de l'une des 108 préconisations énoncées (préconisation n°90, 2017).

Nous n'avons pas récolté d'informations concernant le contenu de formation des responsables mais deux éléments sont à noter.

Tout d'abord, des responsables de crèches se sont montrés en difficulté pour justifier la mise en pratique de leur organisation des soins. Dans les échanges, le terme de référence a parfois été employé de façon confuse, voire abusive par certaines directions.

Puis, il est apparu, à travers notre recueil de données, que le temps et les moyens alloués à la mise en œuvre d'une réflexion autour des pratiques professionnelles dépendaient en partie de l'intérêt que ce travail revêtait pour les directions des crèches et les gestionnaires. Par exemple, toutes les directions n'ont pas fait le choix de considérer la participation des professionnelles à notre étude comme du temps de travail. Or, plusieurs directrices nous ont fait part de questionnements générés par notre intervention chez les professionnelles participantes. Quelle sensibilisation est donc proposée aux encadrants et responsables autour de l'importance de la mise à disposition de supports et d'espaces de réflexion pour les professionnelles ?

Enfin, l'étude d'Aguillard et al (2005) confirme qu'un nombre très conséquent de changements de référent a lieu sous le contrôle du responsable de la crèche. Pour eux, cela révèle un manque de connaissance autour de l'importance de la stabilité du référent.

4.2.7.5.3.3. La formation des formateurs et des psychologues

Il serait pertinent de vérifier les connaissances des formateurs et des psychologues intervenant dans les crèches et leur adéquation avec ce terrain particulier (Giampino, 2017). Ont-ils reçu eux-mêmes une formation spécifique sur le développement du jeune enfant ? Connaissent-ils les enjeux liés à l'accueil du jeune enfant en collectivité ?

Des formations de formateurs sont ainsi encouragées dans le rapport de Sylviane Giampino (2017). Nous pouvons citer ici en exemple celle proposée par l'Institut Petite

Enfance-Boris Cyrulnik[31].

4.2.7.6. D'autres tiers ?

Nous pourrions ajouter d'autres tiers tels que les « tiers personnels » représentés par la mise en œuvre de supervision, d'une analyse personnelle que connaissent bien les psychologues pour médiatiser leurs relations aux patients (Le Goff, 2011, p.67). Dans notre étude, quelques professionnelles ont éprouvé la nécessité de réaliser un travail sur soi, les aléas de leur vie personnelle actuelle et passée pouvant influencer les relations avec les enfants. Certains préconisent aussi une réflexion autour de leur choix de métier qui n'arrive jamais par hasard…

Les écrits du référent sont aussi un outil permettant une prise de distance et une mise en route des processus de pensée (L'Actif, 2011). Nous les avons évoqués rapidement concernant l'observation : en crèche, quelques supports existent pour recueillir les données observées (fiches de rythmes, d'adaptation, de développement, de transmission), mais ils nous semblent souvent très minces. Un manque de temps certain existe pour que les professionnelles puissent rédiger leurs observations de façon plus approfondie.

4.2.7.7. Une insuffisance des espaces/supports permettant de « réguler » les relations enfants-professionnelles

Dans cette partie nous avons soutenu l'importance des « tiers », quels qu'ils soient, permettant d'exercer une régulation des élans affectifs issus des relations enfants-professionnelles. Ces tiers agissent alors comme de véritables « garde-fous » pour le référent l'aidant à limiter l'engagement dans une relation privilégiée excessive désignée comme l'inconvénient majeur à l'exercice de cette fonction.

Cette médiatisation prend en partie appui sur des supports et des espaces proposant un cadre d'intervention aux professionnelles et permettant de soutenir leur processus réflexif. Or, nous faisons le même constat que lors de notre précédente étude en pouponnière (article n°2 : Violon & Wendland, 2014) : sur le terrain, les professionnelles manquent :

- de temps d'observation formels et de rédaction de comptes rendus;

[31] http://boris-cyrulnik-ipe.fr/wp-content/uploads/2018/05/8-pages-formation-des-formateurs%E2%80%A2.pdf, site web consulté en juillet 2018.

- d’espaces formels permettant les échanges entre professionnelles (réunions d’équipe, groupes d’analyse des pratiques) ;
- d’appuis institutionnels (fiches de poste, projet pédagogique), pédagogiques (référentiels métiers, manuels pédagogiques), théoriques (références théoriques) cadrant leurs fonctions et définissant clairement leurs missions ;
- de temps de formation avec des contenus peu/pas ajustés à leur pratique.

Or, comme l’avons mentionné en introduction, la référence est « une fonction complexe bien plus qu’une simple prise en charge administrative, nécessitant un travail d’élaboration intense, un savoir-être et un savoir-faire qui ne s’improvisent pas » (Le Goff, 2011, p.81). Au-delà même de la référence, accompagner les professionnelles est indispensable tant elles exercent « un métier dont l’art est délicat, l’exercice passionnant et la pratique éprouvante » (Giampino, 2017, p.131).

A ce propos, Yann Le Goff précise en effet que la position du référent ne protège pas des effets du transfert (2011), mais nous pouvons ajouter qu’avec un accompagnement ajusté de la professionnelle, autour du transfert, elle permet de fournir à l’enfant les relations individualisées dont il a besoin sans tomber dans l’exclusivité.

4.3. Les limites générales de l’étude

Ce travail de thèse comporte plusieurs limites dont il est important d’en tenir compte.

4.3.1. Les limites méthodologiques

4.3.1.1. Les biais concernant les participants

4.3.1.1.1. Les biais de représentativité

Tout d’abord, notre recherche a été biaisée par la représentativité de notre échantillon de crèches participantes. La participation à cette recherche nécessitait un minimum de disponibilité de la part des membres de la direction et des professionnelles de terrain. Ainsi, les crèches les plus en difficulté au niveau institutionnel (par exemple : crise institutionnelle importante) ou organisationnel (e.g. manque de personnel, turn over important) n’ont pas pu collaborer. Or, nous pouvons penser que l’impact de ce type de difficultés sur la référence aurait été intéressant à prendre en compte, surtout si elles s’installent dans le temps.

Notre étude a également rencontré des limites sur le plan de la représentativité de notre échantillon de participants. En effet, il nous semble que le principe même d’une recherche

exclut d'emblée les personnes ne maîtrisant pas le français, peu disponibles, ne se sentant pas à l'aise avec ce type de procédé ou avec l'idée de rencontrer une personne étrangère, qui plus est psychologue.

Lors des entretiens avec les directions des crèches, nous avons perçu des enjeux en termes de désirabilité sociale autour de la pratique de la référence, valorisée par les psychologues. Les professionnelles interrogées se sont montrées curieuses ; quelques-unes nous ont fait part de la sensibilité du sujet pour certaines de leurs collègues et parfois même de l'existence d'un refus d'en parler. Enfin, quelques parents seulement ont déclaré avoir une absence d'intérêt total pour la référence. Ces trois éléments nous amènent à penser que ce sont essentiellement les participants qui avaient un certain attrait pour le sujet et étaient suffisamment en mesure d'élaborer les émotions et sentiments ressentis dans les relations enfants-parents-professionnelles qui ont accepté de participer. Ceci constitue un biais de recrutement, toutefois inhérent à ce type d'étude. Qu'en est-il alors de l'organisation des soins dans les crèches non participantes ? Quelles sont les représentations des participants non volontaires concernant la référence ? Existerait-il des différences avec les données recueillies dans notre travail ?

A l'échelle nationale, seul 30% des familles souhaitent un accueil en crèche en première intention (CNAF, 2018). Dans notre échantillon de parents participants aux entretiens, il s'agit de la quasi-totalité (17 parents sur 20). Les représentations des parents concernant les enjeux de la référence seraient-elles différentes si ce mode d'accueil n'était pas le mode de garde souhaité par les parents ?

Néanmoins, la comparaison des caractéristiques de nos participants avec les données statistiques nationales montre que nos échantillons de professionnelles, de parents et d'enfants sont proches des chiffres connus pour les EAJE français. Cependant nous remarquons un taux élevés de mères diplômées : 85.5% ont fait des études supérieures (45.1% supérieurs à la Licence). Ce taux est moindre chez les pères (65.4% d'études supérieures et 35.6% après la Licence). Le niveau d'éducation des parents est un élément important à prendre en compte car il semble médiatiser l'impact de la qualité du mode d'accueil sur le développement de l'enfant comme le souligne plusieurs études (Caughy et al, 1994 ; Egeland et Heister, 1995 ; Coté et al., 2013). Dans le cadre de familles favorisées, ayant un haut niveau d'éducation, les enfants « auraient (même) plutôt à perdre en se trouvant dans un milieu de garde non parental […] en particulier si le mode d'accueil n'est pas de qualité optimale » (Wendland et al., 2018).

4.3.1.1.2. Un taux important de quotients de développement extrêmes

Au total, 84 enfants ont donc un score inférieur ou supérieur à deux écarts-types de la moyenne. Plus précisément, 34 enfants ont un ou plusieurs QD inférieur(s) à 70. Plusieurs enfants obtiennent ce résultat avec un seul outil (IDE : N=27; BLR : N=5) et 2 enfants avec deux outils (IDE et BLR). De plus, 52 enfants ont un ou plusieurs QD supérieur(s) à 130 avec un seul outil (IDE : N=45 ; BLC : N=4 ; BLR : N=3). Enfin, deux enfants ont à la fois obtenu un QD inférieur à 70 avec un outil et un QD supérieur à 130 avec un autre.

Dans une distribution suivant une loi normale, nous devrions retrouver seulement 5% de l'échantillon au-delà ou en deçà de deux écarts-types de la moyenne. Nous remarquons alors que nous avons près de 9 fois plus d'enfants dans cette situation pour l'IDE (74 enfants sur 165 enfants soit 44.85%), 2.5 fois plus pour le BLR (10 enfants sur 72 enfants soit 13.9%) et 2 fois plus pour le BLC (4 enfants sur 34 soit 11.76%).

Avant de réaliser un retour des résultats aux parents, comme nous l'avions convenu avec le comité d'éthique, nous avons comparé les scores obtenus entre les trois outils, si ceux-ci avait été administrés, et nous avons sollicité l'avis des membres de la direction de la crèche. Nous avons fait un retour à 14 familles pour lesquelles nos constatations étaient cohérentes avec les observations des membres de la direction. Nous leur avons présenté des résultats non chiffrés et proposé une orientation afin d'approfondir ces observations.

Concernant la BITSEA, nous obtenons 11.98% d'enfants de plus avec des difficultés socio-émotionnelles potentiellement élevées que dans l'étude de validation francophone.

Ceci nous questionne alors sur les motivations des parents ayant accepté de participer. Des préoccupations sur le développement de leur enfant avaient-elles déjà germé dans leur esprit avant leur participation ? Etait-ce l'opportunité de réaliser un test de développement sans frais ?

Les données les plus importantes sont relevées avec l'IDE, rempli par les parents. Nous pouvons ainsi imaginer une surestimation des capacités des enfants, ce qui constitue une limite non négligeable du recours à un auto-questionnaire. Nous remarquons qu'avec le test de développement, une mesure d'observation par un expérimentateur extérieur à la famille, le taux de valeurs extrêmes est bien plus faible.

Nous imaginons aussi que le choix du matériel, le mode de recueil de données ainsi que des questions liés à la cotation ont pu aussi influencer ces résultats.

4.3.1.2. Les biais concernant le matériel utilisé

4.3.1.2.1. L'emploi de questionnaires

Nous avons fait le choix d'utiliser trois questionnaires (TAQ, IDE et BITSEA) afin de recueillir les observations quotidiennes informelles de l'enfant réalisées par les parents et les professionnelles. Bien que ces questionnaires nous paraissent comporter une certaine validité écologique tout en étant peu couteux et peu chronophages, rendant possible une passation à large échelle, les propositions de réponses réduisent de fait la richesse et la singularité des données recueillies.

La réalisation conjointe d'un test de développement, proposant une mesure d'observation par un expérimentateur inconnu de l'enfant, a été prévue dans le but d'ajouter davantage d'objectivité et de finesse dans les données recueillies autour du développement de l'enfant. Cependant, les analyses statistiques ont montré peu de cohérence entre les résultats, notamment entre ceux issus du BLC et de l'IDE.

4.3.1.2.2. Les grilles d'entretiens

Concernant les entretiens, l'utilisation de deux grilles relativement différentes pour les participants issus des crèches avec et sans référence, nécessaire à l'adaptation des questions aux contextes, a rendue plus compliquée l'analyse des données et constitue une limite à la pertinence des résultats qualitatifs apportés.

4.3.1.3. Les biais concernant la procédure et l'analyse des données

Le nombre conséquent d'entretiens que nous avons menés (N= 152), mais que nous n'avons pas été en mesure d'analyser pour ce travail de thèse, s'est révélé être une limite non négligeable.

Suite au recueil et au traitement des premiers entretiens, nous nous sommes rendues compte que nous n'avions pas anticipé suffisamment le type d'analyse à effectuer sur le matériel, ni défini précisément la quantité minimale/maximale de données à recueillir.

A l'issue du recueil de données, la réflexion menée sur la méthodologie d'analyse nous a fait comprendre que la réalisation d'entretiens libres (sans grille d'entretien) aurait été aussi pu être pertinente pour une recherche exploratoire. La réalisation d'analyses qualitatives robustes (analyses thématiques ou lexicométriques) menées sur des logiciels tels que QDA miner auraient pu également être intéressantes avec une quantité et un matériel adapté. Dans

notre recherche, ces analyses n'ont pas pu être effectuées à cause de la présence simultanée de discours spontané et dirigé.

Néanmoins, nous disposons probablement du plus grand nombre d'entretiens jamais réalisés en France auprès de professionnelles de crèche et de parents dont les enfants y sont accueillis. Cet important corpus sera analysé dans son ensemble à la suite de la soutenance, ce qui nous permettra de coupler des analyses qualitatives et quantitatives concernant les représentations de la référence, des liens enfants-professionnelle-parents et des spécificités de l'accueil en crèche en général dans le contexte français.

4.3.2. Les limites émanant du recueil et de la cotation des données

4.3.2.1. Les biais de remplissage des questionnaires

4.3.2.1.1. Les difficultés de remplissage

Des difficultés de remplissage du questionnaire BITSEA par les parents sont à relever. De par le format du questionnaire proposé dans l'étude de validation francophone, certains parents se sont autorisés à employer la mention « N » (Non applicable) à certains items quand bien même cette possibilité de réponse n'était pas disponible. Ceci nous a donc conduites à supprimer un certain nombre de données non cotables.

De plus, le mot « préoccupé » contenu dans les deux questions portant sur les inquiétudes parentales de ce même questionnaire (Etes-vous préoccupé(e) des comportements, sentiments ou relations / du développement du langage de votre enfant ? ») a parfois fait l'objet d'une confusion : le terme peut être entendu comme synonyme « d'inquiet » mais aussi « d'attentif ».

4.3.2.1.2. La limite des auto-questionnaires

De façon plus générale, l'auto-remplissage des questionnaires par les participants peut générer des biais dans la compréhension des consignes, dans l'interprétation des items et donc dans les réponses apportées. Les biais de désirabilité sociale n'ont pas été contrôlés dans nos questionnaires. De plus, nous avons utilisé le TAQ qui est un outil relativement récent dont la pertinence clinique et scientifique n'a pas encore été testée dans la recherche à notre connaissance.

4.3.2.2. Les biais de passation

4.3.2.2.1. La présence d'une seule expérimentatrice

La passation de la quasi-totalité des entretiens et des tests de développement par la doctorante seule a pu engendrer un biais dans le recueil des données de par la connaissance préalable du protocole méthodologique.

4.3.2.2.2. Le format semi-directif des entretiens

Les entretiens comportent aussi une autre limite due à leur forme semi-directive. Lors de la passation, nous avons été en difficulté pour recueillir à la fois un matériel spontané, singulier de la part du participant, ainsi que des informations correspondant à notre grille d'entretien. A cause de la tournure de l'entretien, nous n'avons pas toujours posé toutes les questions de notre grille aux participants et pas toujours de la même manière. Cela est perceptible par exemple à travers la première question de l'entretien des professionnelles. Une première question principale était proposée : « Comment définiriez-vous la référence ? » pour celle travaillant avec ce système et « Qu'est-ce que vous évoque les relations enfants-professionnelles ? » pour les autres. Mais, au sein des 10 entretiens professionnels en référence, 6 seulement ont commencé par cette question et les 4 autres, par une demande de précision concernant l'organisation des soins au sein de l'unité de vie de la professionnelle. En ce qui concerne les entretiens avec les professionnelles sans référence, la question initialement prévue n'a été posée que dans 4 entretiens. Pour les 6 autres, l'entretien a débuté par une présentation du fonctionnement de la crèche en termes d'organisation des soins.

4.3.2.3. Les biais de cotation

Il nous paraît judicieux de rappeler aussi les difficultés de cotation des données issues du Brunet-Lézine complémentaire. L'absence de description précise dans le manuel de la cotation à réaliser pour le BLC nous interroge sur la fréquence de son emploi et sa pertinence. Cet outil accorde une place importante au regard clinique de l'expérimentateur et à l'évaluation qualitative du comportement de l'enfant. C'est ainsi que son utilisation dans un protocole de recherche standardisée semble comporter une certaine limite.

De plus, nous avons retrouvé une moyenne de 110 avec ce test de développement, c'est-à-dire 10 points supérieurs à ce qui est classiquement attendu avec l'emploi d'un tel outil basé sur une courbe de Gauss. L'étalonnage très ancien mériterait donc d'être réévalué afin que nous puissions comprendre dans quelle mesure nos résultats sont spécifiques de notre population ou conformes à ceux de la population générale.

Concernant les entretiens, l'analyse de contenu que nous avons finalement effectuée aurait davantage eu de pertinence si le codage des données avait été réalisé par au moins deux personnes.

4.3.3. Les limites concernant la réalisation du volet expérimental

Nous souhaitons ici aborder les obstacles rencontrés lors de l'analyse des données issues du volet expérimental.

4.3.3.1. Une étude comparative mise en difficulté

Lors de l'élaboration du projet, nous avions émis l'hypothèse que la présence d'un référent dans l'accueil de l'enfant pouvait soutenir la création d'un lien d'attachement sécure entre l'enfant et la professionnelle, d'une part, et le développement de l'enfant dans le registre émotionnel et de la socialisation, d'autre part. Nous avions alors imaginé mettre en œuvre un volet expérimental basé sur une comparaison des données issues des crèches pratiquant la référence et celles ne la pratiquant pas.

Deux écueils sont apparus dans ce protocole. Tout d'abord, nous avons découvert une pluralité de mises en pratique de la référence là où nous attendions une présence ou absence de référence. Puis, nous avons essentiellement axé notre étude de la pratique de la référence sous l'angle de l'organisation des soins. Nous avions fait ce choix à partir de la définition de la référence issue du terrain. Or, l'analyse des entretiens nous a permis de comprendre que la référence est une pratique complexe avec des missions diverses qui vont souvent au-delà d'une simple prise en charge des soins.

4.3.3.2. Proposition de nouveaux plans d'analyse

Le plan d'analyse initialement prévu a donc été impossible à appliquer, ce qui nous a conduites à créer deux nouveaux plans d'analyse.

L'élaboration de 4 catégories de référence et la mise en œuvre d'une comparaison entre les 2 catégories les plus extrêmes (référence classique et absence de référence) a permis de réduire un peu l'hétérogénéité entre les deux groupes initiaux (avec et sans référence). Néanmoins, les groupes ne pouvaient toujours pas se prétendre homogènes et comportaient au final des échantillons plutôt réduits.

Au vu de ces deux éléments, nous avons opté pour une perspective plus continue avec la création d'un score de référence attribué à chaque enfant. Ce score nous a aidé à poursuivre la description du type de référence auquel sont/ont été exposés les enfants de notre

échantillon. Cependant, en voulant prendre en compte l'ensemble du parcours d'accueil de l'enfant à la crèche, nous avons élaboré un score avec une construction complexe et de nombreuses variables.

4.3.3.3. Le choix des analyses réalisées

Malgré leurs limites respectives, nous avons tenté de réaliser des analyses statistiques avec ces deux plans d'analyse.

Très vite, nous nous sommes aperçues que le recours à des tests (statistiques inférentielles) était difficile, tout d'abord au regard des faibles échantillons présents dans nos groupes de référence et de leur hétérogénéité, puis parce que nous n'avons pas souhaité tester la normalité des distributions obtenues. En effet, évaluer le degré de généralisation de nos résultats ne nous est pas apparu pertinent puisque les groupes ont été constitués sur la base de deux éléments biaisés : une référence perçue uniquement sous l'angle de l'organisation des soins et un unique type de référence dont la mise en application était pensée en termes de présence ou d'absence.

Dans un dernier temps, nous avons tenté de réaliser une Analyse en Composantes Principales (ACP). En prenant l'ensemble des données obtenues pour l'échantillon total d'enfants, cela aurait permis de dégager d'éventuels profils particuliers et de voir ensuite leur lien avec la référence. Or, la faiblesse de l'indice de Keyser-Meyer-Olkin (KMO) considéré comme « misérable » (entre 0.5 et 0.6) et du test de sphéricité de Bartlett apparu non significatif (=1) ont contraint à suspendre l'analyse.

Ces deux éléments nous ont amenées à nous centrer essentiellement sur des analyses descriptives et à conclure que la réalisation d'un volet expérimental était trop prématurée dans l'étude de la référence, la description de sa mise en pratique actuelle n'étant pas encore clairement dessinée.

4.4. Perspectives futures

4.4.1. Développer la recherche dans le domaine de la petite enfance

4.4.1.1. Un terrain accessible

Notre étude a été la première recherche à laquelle ont participé les crèches de notre échantillon, ainsi que l'ensemble de professionnelles rencontrées. L'accueil que nous avons reçu, ainsi que le taux de participation satisfaisant, nous amènent à penser qu'il s'agit d'un terrain accessible. Cette recherche se situe ainsi parmi les études de terrain de plus grande

envergure déjà réalisées dans les crèches françaises. A l'inverse, lors de notre première recherche sur la référence menée en pouponnières, nous avions rencontré d'importantes entraves qui s'expliquaient certainement par la spécificité du public accueilli.

4.4.1.2. La participation à une recherche comme outil de réflexivité

Comme nous l'avons précisé, la participation à la recherche a impulsé une dynamique de questionnement au sein de plusieurs crèches. Nous avons remarqué que le biais de la recherche et l'adoption d'une position « naïve » de chercheur a permis d'entrer plus facilement en contact avec les professionnelles qui se sont senties plus en confiance que lorsque que nous adoptions notre rôle de psychologue clinicienne.

Les premières transmissions des résultats dans les crèches participantes, réalisées en parallèle de l'écriture de ce chapitre, ont fait naître une même remarque chez les professionnelles des différentes crèches : « Votre travail ne répond pas clairement à nos questions (par exemple : « Devons-nous oui ou non mettre en place la référence ? ») ; à l'inverse, il suscite de nombreuses autres questions ! ». Au-delà de la frustration éprouvée, nous y avons perçu une mise en route des processus de réflexion. Les directions des crèches ont témoigné avoir ressenti, depuis la participation à l'étude, l'apparition de nombreuses interrogations jusqu'alors quasi inexistantes (par ex : qu'éprouve l'enfant lorsqu'il change de référente chaque semaine ou chaque jour ? comment respecter au mieux l'organisation des soins adoptée et anticiper les mouvements prévisibles des professionnelles ?).

4.4.1.3. Enrichir les connaissances théoriques par les apports du terrain

L'écart parfois important que nous avons mis au jour entre les représentations des professionnelles et les apports théoriques en psychologie autour du développement du jeune enfant montre qu'il serait intéressant de continuer à exploiter les connaissances du terrain et des professionnelles elles-mêmes afin d'enrichir, voire d'ajuster ces appuis théoriques.

Depuis le rapport de Sylviane Giampino, le gouvernement est désireux d'inscrire la France dans la recherche internationale dans le domaine de la petite enfance et d'induire un « rapprochement entre acteurs de terrain et chercheurs » (Ministère des Familles, de l'Enfance et des Droits des femmes, 2016, p.9).

4.4.2. Approfondir notre étude

4.4.2.1. Proposition de pistes d'amélioration de notre étude

Cette étude a permis une première réflexion sur la référence, sous l'angle particulier de l'organisation des soins. Nous avons vu que la prise en compte unique de cet angle ne suffit pas à définir la référence dans sa totalité ; des études restent donc à mener pour étoffer ce point.

Comme nous l'avons souligné précédemment, un travail conséquent reste à accomplir autour des entretiens que nous avons déjà réalisés. Leur analyse permettra de vérifier, sur un échantillon plus large, la pertinence des données recueillies. De plus, nous pourrons analyser les spécificités du discours des différents corps de métiers de la petite enfance (e.g. auxiliaires de puériculture et éducatrices de jeunes enfants) et réaliser une analyse comparative entre le discours des participants issus des crèches pratiquant la référence et ceux des crèches sans. Nous n'avons pas vraiment pu réaliser cet exercice ici au regard du peu de données analysées dans chaque groupe de participants (N=10 en référence et N=10 sans référence).

De plus, la tentative de description amorcée autour des organisations de soins mériterait d'être poursuivie afin d'être davantage représentative de la réalité de terrain. La réalisation d'études sur d'autres territoires serait pertinente pour tester la représentativité de nos résultats à l'échelle française, d'autant plus que le Loiret semble montrer des spécificités: un taux de natalité et de familles monoparentales plus important ainsi qu'un nombre de places en EAJE pour 100 enfants de moins de trois ans bien plus faible par rapport aux chiffres nationaux. De plus, cette recherche est importante à poursuivre avec différentes méthodologies telles que l'observation car, selon les mots de Denis Mellier, « un décalage important persiste entre « ce qu'on dit faire » et ce qui est fait » (2007, p.17).

Nous proposons ci-dessous des éléments qui nous semblent essentiels à prendre en compte pour de nouvelles recherches.

4.4.2.1.1. <u>Un protocole à ajuster pour poursuivre l'exploration de la référence</u>

Réaliser une analyse de la référence au niveau de l'établissement semble réducteur au regard de la complexité et de l'hétérogénéité de la mise en pratique sur le terrain. Nous proposons donc une étude de la référence davantage centrée sur une unité de vie, et donc sur une année scolaire et un groupe particulier de professionnelles et d'enfants.

Des observations directes, mais d'un échantillon d'enfants et de professionnelles nécessairement plus réduit, menées par l'expérimentateur pourraient donner lieu à une appréciation plus fine des missions de la référente, son engagement dans les soins, les activités, les relations aux enfants, du nombre d'enfant attribués, sur toute une journée pour voir l'articulation entre les différentes professionnelles dans la prise en charge de l'enfant en présence et en absence de la référente. Mais il serait aussi important de se situer dans une perspective temporelle bien plus large, d'une à trois années, afin de mesurer la stabilité de ces observations. L'observation permettrait ici de décrire la pratique de la référence à l'épreuve des aléas du quotidien.

La réalisation de quelques études de cas pourrait permettre ici de prendre davantage en compte les enjeux de la référence au sein d'une équipe spécifique de professionnels et en présence d'un groupe particulier d'enfants et de parents.

Dans de futures recherches, nous pensons qu'il est primordial de comprendre la façon dont la responsabilité des enfants et de leur parcours d'accueil est portée par les différentes professionnelles au-delà de la seule considération de l'organisation des soins.

4.4.2.1.2. Prendre davantage en compte certaine variables d'influence

Lors de notre étude, nous avons identifié des variables d'influence importantes dont nous n'avons pas ou peu tenu compte. Nous proposons d'en présenter quelques-unes.

Tout d'abord, concernant l'enfant, il nous paraît indispensable de connaître les expériences relationnelles vécues avant l'arrivée dans la crèche (A-t-il déjà eu une expérience d'accueil en collectivité ailleurs ? Combien d'adultes « référents » cet enfant a-t-il connus depuis sa naissance ?) et en parallèle de son accueil actuel (Par qui est-il gardé quand il n'est pas à la crèche ? Qui intervient dans son environnement de vie global ?).

Puis, pour les professionnelles, s'intéresser par exemple à leur choix de métier et à leur style d'attachement propre pourrait être judicieux afin de comprendre les enjeux relationnels avec l'enfant et le parent.

Autour des institutions, il serait important de préciser davantage les supports de formation et de réflexion alloués aux professionnelles. De plus, une analyse rigoureuse des projets pédagogiques propres à chaque établissement pourrait fournir un éclairage sur la pratique de la référence.

De façon plus large, connaître le contenu des formations et étudier les manuels de référence entourant les métiers de la petite enfance (exemple : manuels de préparation aux concours) afin d'avoir une idée plus claire de la façon dont la référence est abordée est crucial.

Enfin, il serait pertinent d'évaluer l'existence des phénomènes de résistance au changement dans les institutions (Mellier, 2007). Par exemple, dans notre étude, les trois quarts des professionnelles sont réticentes à changer de fonctionnement même si certaines voient des avantages dans une autre organisation des soins.

4.4.2.2. Amorcer des études expérimentales…

4.4.2.2.1. <u>… pour évaluer l'impact de la référence pour l'enfant</u>

4.4.2.2.1.1. Mieux prendre en compte la référence comme variable dépendante

Pour prendre en compte la référence comme variable dépendante dans un projet de recherche expérimentale évaluant l'impact de ce concept sur l'enfant, il semble nécessaire de mettre en œuvre une méthodologie « à hauteur d'enfant ». En effet, dans notre étude, nous avons observé un décalage qui peut être important entre le degré de référence annoncé par la direction pour l'ensemble de la crèche et celui auquel est exposé l'enfant avec son parcours propre au sein de cette même crèche.

Il est donc indispensable de prendre en compte précisément le parcours d'accueil personnel de chaque enfant depuis son entrée dans la crèche actuelle et de recueillir des informations sur le type de référence de l'unité de vie actuelle et celui qu'il a connu dans son passé. Nous proposons aussi d'indiquer tous les changements de référente, de les dater et de décrire les raisons qui sont à l'origine et le relais mis en place (délais, type, stabilité, etc.) comme cela pu être réalisé dans l'étude d'Aguillard et al. (2005). Une étude longitudinale pourrait par exemple permettre de suivre minutieusement le parcours de quelques enfants.

4.4.2.2.1.2. Ajuster les variables indépendantes utilisées dans cette étude

Etudier la référence d'un point de vue de la théorie de l'attachement comme nous souhaitions le mettre en œuvre serait concevable grâce à des observations directes des comportements de l'enfant envers les différentes professionnelles (y compris sa référente),

dans le quotidien ou en laboratoire, avec l'emploi d'une méthodologie telle que l'Attachment Q-Sort (Waters et Deane, 1985) ou la Situation étrange (Ainsworth et Wittig, 1969).

De plus, étudier l'impact de la référence sur le développement de l'enfant sur du plus long terme est une idée intéressante qui a germé au cours des entretiens : certains participants ont estimé que la référence avait une influence sur l'adaptation à l'école maternelle. Par exemple, nous pourrions comparer l'influence d'un accueil en crèche fonctionnant avec une référence et sans référence sur la qualité des liens d'attachement créé avec le professeur des écoles et la mère chez les enfants préscolaires et en discuter au regard des résultats de l'étude de Deslandres et Wendland (2018) réalisée avec des enfants antérieurement accueillis en crèche, chez une assistante maternelle ou gardés à domicile par l'un des parents.

4.4.2.2.1.3. Proposition de nouvelles variables indépendantes

En présence de moyens supplémentaires, il pourrait être enrichissant d'évaluer l'impact de la référence sur d'autres variables telles que le bien-être de l'enfant. La mesure du taux de cortisol de l'enfant (marqueur du stress) et sa mise en lien avec l'organisation des soins proposé pourrait répondre à cet objectif.

4.4.2.2.2. … pour évaluer l'impact de la référence sur d'autres variables

Lors de ce travail, notre attention s'est essentiellement portée sur l'impact de la référence sur le développement de l'enfant et la qualité de son exploration. Or, il faudrait aussi étudier l'influence que peut avoir cette pratique sur la qualité du « caregiving » des professionnelles afin d'évaluer si, comme les professionnelles en témoignent dans les entretiens, la pratique de la référence améliore la qualité de l'accompagnement proposé à l'enfant en termes de disponibilité et de sensibilité ; cela sans oublier le reste de l'équipe. A ce propos, Mesman et ses collaborateurs proposent en 2016 de percevoir la sensibilité reçue par l'enfant dans un contexte de multiples « caregivers » comme différente de la somme de la sensibilité reçue par chaque « caregiver ».

Enfin, nous avons souligné l'importance de prendre en compte la triade parents-enfant-professionnelle dans l'étude de la référence.

4.4.3. Un travail de consolidation théorique à poursuivre

Avant de conclure, nous devons préciser que le travail de consolidation théorique reste encore à poursuivre autour de ce travail.

Nous avons conscience que de nombreux apports théoriques et cliniques en psychologie peuvent servir d'éclairage sur le sujet étudié et sur les données recueillies. Nous avons tenté de tenir compte des recherches scientifiques internationales autour de la qualité d'accueil des modes de garde, mais d'une partie seulement, car la quantité des écrits à ce sujet a fortement augmenté ces dernières années. De plus, nous nous sommes essentiellement appuyées sur les travaux d'Emmi Pikler et l'expérience de Loczy, de John Bowlby, fondateur de la théorie de l'attachement, et de Myriam David qui sont des précurseurs de la réflexion autour de l'impact de la séparation mère-(père)-enfant et de l'accueil en collectivité sur le développement du jeune enfant. De plus, nous avons limité notre approche du sujet du côté de la psychologie clinique, notre discipline d'origine. Or, ce sujet d'étude se situe à l'entrecroisement de plusieurs champs disciplinaires. Des travaux pluridisciplinaires avec des psychologues du développement, du domaine des sciences de l'éducation, de la sociologie ou même de l'anthropologie trouveraient tout leur sens, nous semble-t-il, autour de la référence.

CONCLUSION

Notre étude avait pour ambition de répondre à des préoccupations de terrain et d'apporter un éclairage sur les pratiques des professionnelles de crèche. A l'issue de notre travail, cet objectif ne nous semble que partiellement atteint. Notre étude semble avoir permis une première description de la pratique de la référence et ses différentes applications dans les crèches françaises actuelles à travers l'angle de l'organisation des soins ainsi qu'une présentation des représentations des professionnelles et parents envers les enjeux de la référence. Ces résultats se trouvent très cohérents avec les écrits cliniques de psychologues français et de chercheurs internationaux. Cependant, d'autres recherches sont indispensables pour poursuivre la description de la pratique réelle de la référence puisque, comme nous l'avons montré, « cette activité (qui) se déroule souvent sans le recours aux mots » (Ulmann, Betton & Jobert, 2011, p.25) est difficile à saisir uniquement à travers des entretiens. D'autre part, nous avons tenté de mettre en œuvre une procédure expérimentale pour évaluer l'impact de la référence sur le développement de l'enfant et sur les relations enfants-professionnelles. Mais ce travail, que nous avons mené en parallèle du volet exploratoire, nous est apparu prématuré ; il nécessite d'être reproduit et amélioré.

La référence est une pratique qui suscite des enjeux relationnels contradictoires pour les participants. D'un côté, la relation privilégiée créée entre l'enfant ou ses parents et la référente apporte de la sécurité et permet d'individualiser l'accueil collectif ; d'un autre, cette relation est perçue comme enfermant parfois l'enfant dans un lien duel, quasi exclusif dans lequel l'absence de la référente est ressentie comme une source importante d'insécurité. Nous soutenons l'idée que la relation privilégiée, considérée comme un frein pour l'enfant et engendrant un rejet de la référence, est liée à deux phénomènes : un manque de connaissances des besoins affectifs du jeune enfant et du système de référence, ainsi qu'un manque de support pour les professionnelles permettant une contenance émotionnelle et une mise en route des processus de pensée autour des relations créées avec les enfants et leurs parents.

En sachant que la pratique de la référence implique obligatoirement un soutien important et régulier des professionnelles, une dernière question surgit : avec les moyens financiers et humains qui leur sont alloués, et le « turn over » important rencontré dans ce type d'établissement (Fodor Puel, 2011 ; Eberhart-Wright, 2002), les crèches françaises ont-elles aujourd'hui la possibilité de mettre en œuvre cette référence ?

Au-delà des facteurs propres aux crèches et aux acteurs en présence, la pratique de la référence s'avère aussi être victime des enjeux politiques concernant la petite enfance. Depuis

quelques années, pour répondre davantage aux besoins de garde des parents, les réformes et règlementations se concentrent davantage sur l'augmentation de la capacité et de la flexibilité d'accueil des crèches au détriment parfois de la qualité d'accueil (Ben Soussan, 2011 ; Rasse, 2014). Comme le constate Miriam Rasse, dans le contexte politique actuel, le temps nécessaire aux professionnelles pour penser et échanger génère « des bénéfices […] pas directement visibles ni quantifiables » et sont « de plus en plus attaqués » (Rasse, 2014, pp.389-390).

Ainsi, nous conclurons notre propos avec Myriam David, source d'inspiration essentielle pour nous : « Les institutions pour bébé […] peuvent rendre d'immenses services si elles répondent aux besoins des parents, des bébés et des soignants, mais elles peuvent aussi être pathogènes, sources de traumatismes supplémentaires, de carences, de désorganisation, lorsque ces besoins ne sont pas suffisamment pris en compte » (David, 2014, p.395).

BIBLIOGRAPHIE

Normes APA, 6ème édition

Aguillard, A. E., Pierce, S. H., Benedict, J. H. & Burts, D. C. (2005). Barriers to the implementation of continuity-of-care practices in child care centers. Early Childhood *Research Quarterly*, (20), 329–344.

Ainsworth, M. & Wittig, B. (1969). Attachment and exploratory behaviour of one-year-olds in a strange situation. In B. Foss (Ed.), *Determinants of infant behaviour IV* (p. 111–136). London : Methuen.

Ambivalence. (2010). Dans I. Jeuge-Maynart (dir.), *Le petit Larousse illustré 2011* (p. 35). Paris : Larousse.

Association Pikler-Loczy France (producteur), Martino, B. (réalisateur). (2014). *Loczy, une école de civilisation* [Film documentaire]. Paris.

Avet, R. (1990). La notion de référent: quelle position éthique? *Lien Social*, (77), 10–12.

Bacro, F., Mace, S. et Florin, A. (2008, décembre). *Les attachements multiples du jeune enfant : applications possibles dans le domaine de la protection de l'enfance.* Communication présentée lors du séminaire « La théorie de l'attachement : une approche conceptuelle au service de la protection de l'enfance », Observatoire national de l'enfance en danger, Paris.

Bardin, L. (2013). *L'analyse de contenu*. Paris: Presses Universitaires de France.

Belsky, J. (2001). Emanuel Miller lecture. Developmental risks (still) associated with early child care. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 42*(7), 845–859.

Ben Soussan, P. (2011). *Manifeste pour une vraie politique de l'enfance*. Toulouse : Erès.

Bowen, M. (1972). Towards the differentiation of a self in one's own family. In J.L. Framo, *Family interaction : a dialogue between family researchers and family therapists* (p.11-173). New York: Springer-Verlag.

Bowlby, J. (1978). *Attachement et perte. Volume 1: l'attachement*. Paris : Presses Universitaires de France.

Briggs-Gowan, M. J. & Carter, A. S. (2006). *Brief infant-toddler social emotional assessment. Examiner's manual*. New Haven: Yale University.

Brizais, R. (2011). Pour en finir avec la relation privilégiée... critique de la notion de référent. *Les Cahiers de l'Actif*, (424-425), 131–139.

Brunet, O. et Lézine, I. (2001). *Brunet-Lézine révisé. Echelle de développement psychomoteur de la première enfance : manuel BLR-C.* Paris : Editions et Applications Psychologiques.

Brunet, O., et Lézine, I. (1983). *Le développement psychologique de la première enfance*. Issy-les-Moulineaux : Editions et Applications Psychologiques.

Bydlowski, M. (2001). Le regard intérieur de la femme enceinte, transparence psychique et représentation de l'objet interne. *Devenir, 13*(2), 41-52.

Caisse des Allocations Familiales du Loiret (2017). *Schéma départemental des services aux familles* [document de travail]. Orléans : CAF du Loiret.

Caisse nationale d'allocations familiales. (2018*). Résultats du rapport 2017 de l'Observatoire national de la petite enfance*. Repéré à https://www.caf.fr/sites/default/files/cnaf/Documents/DCom/Presse/Communiqu%C3%A9s%202018/R%C3%A9sultats_%20Rapport%202017_Observatoire_%20national_petite%20enfance%2023jan2018.pdf

Caisse Nationale des Allocations Familiales. (2012). *Atlas des établissements d'accueil du jeune enfant* (Exercice 2012). Repéré à https://www.caf.fr/sites/default/files/cnaf/Documents/Dser/Filoue/Atlas%20EAJE%202012.pdf

Cammareri, C. (2011). Le référent et son apport à la construction de la pensée professionnelle. *Les Cahiers de l'Actif*, (424-425), 119–127.

Castro, D., Meljac, C. et Joubert, B. (1996). Pratiques et outils des psychologues cliniciens français. Les enseignements d'une enquête. *Pratiques psychologiques*, (4), 73-80.

Caughy, M. O'B., Di Pietro, J. A. & Strobino, D. M. (1994). Day care participation as a protective factor in the cognitive development of low-income children. *Child Development*, (65), 457-471.

Chaplain, D.-L. et Custos-Lucidi, M.-F. (2005). *Les métiers de la Petite Enfance. Des professions en quête d'identité*. Paris : La Découverte.

Chavaroche, P. (2011). Le “Référent” dans le champ éducatif et thérapeutique: Objet Professionnel Non Identifié (O.P.N.I.)? *Les Cahiers de l’Actif*, (424-425), 9–28.

Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioural sciences*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates.

Colmer, K. (2008). Leading a learning organisation: Australian early years centres as learning networks. *European Early Childhood Education Research Journal, 76*(1), 107-115.

Colmer, K., Rutherford, L. & Murphy, P. (2011). Attachment theory and primary caregiving. *Australasian Journal of Early Childhood, 36*(4), 16–20.

Concato-Dougnol, R. (2014). Les besoins psychiques du bébé en crèche. *Métiers de la petite enfance*, (208), 27–29.

Contrepois, A. (2008). Les étapes du processus de socialisation. *Métiers de la petite enfance*, (140), 18–21.

Cote, S., Doyle, O., Petitclerc. A. & Timmins, L. (2013). Child care in infancy and cognitive performance until middle childhood in the Millennium Cohort Study. *Child Development*, (84), 1191–1208.

Cryer, D., Hurwitz, S. & Wolery, M. (2000). Continuity of caregiver for infants and toddlers in center-based child care: report on a survey of center practices. *Early Childhood Research Quarterly, 15*(4), 497–514.

David, M. (2005). Séparation précoce : traumatisme de la première enfance ? *Dialogue*, (168), 97-105.

David, M. (2008). *Le bébé, ses parents, leurs soignants*. Ramonville Saint-Agne : Erès.

David, M. (2014). *Prendre soin de l’enfance*. Toulouse : Erès.

David, M. et Appell, G. (1973). *Loczy ou le maternage insolite*. Paris: Le Scarabée.

De Singly, F (2000). *Libres et ensemble, l’individualisme dans la vie commune*. Paris : Nathan.

Delahaye, M. C. (1990). *Tétons et tétines: histoire de l'allaitement*. Paris : Trame Way.

Deslandres, E. & Wendland, J. (2018). Links between former childcare settings and child attachment to the mother and to the teacher at preschool age. Manuscrit soumis pour publication.

Direction générale de la cohésion sociale & Ministère des familles de l'enfance et des droits des femmes. (2017). *Guide ministériel. Les établissements d'accueil du jeune enfant.* Repéré à https://www.egalite-femmes-hommes.gouv.fr/wp-content/uploads/2017/04/Guide-ministeriel-EAJE_PMI_avril-2017.pdf

Dubreuil, B. (2011). Référence: une indéfinition pour quel besoin identitaire? *Les Cahiers de l'Actif*, (424-425), 31–46.

Dugravier, R. (2006). Clinique, recherche et formation : les trois axes du travail de Myriam David dans la prévention des carences institutionnelles. *Devenir, 18*(2), 125-138.

Dugravier, R. et Guedeney, A. (2006). Contribution de quatre pionnières à l'étude de la carence de soins maternels. *La Psychiatrie de l'enfant, 49*(2), 405-442.

Dupré La Tour, M. (2002). Le lien : repères théoriques. *Dialogue*, *1*(155), 27-40.

Duyme, M. et Capron, C. (2010). L'Inventaire du Développement de l'Enfant (IDE). Normes et validation françaises du Child Development Inventory (CDI). *Devenir*, *22*(1), 13-26.

Ebbeck, M., Mei Yong Phoon, D., Chai Kim Tan-Chong, E., Ai Bee Tan, M. & Lian Mui Goh, M. (2015). A research study on secure attachment using the primary caregiving approach. *Early Childhood Education Journal,* (43), 233-240.

Eberhart-Wright, M. A. A. (2002). The challenge of multiple caregivers. In M. Maldonado-Duran (Ed.), *Infant and toddler mental health. Models of clinical intervention with infants and their families* (p. 207–235). Arlington: American Psychiatric Publishing, Inc.

Egeland, B. & Heister, M. (1995). The long-term consequences of infant day-care and mother- infant attachment. *Child Development,* (66), 74-85.

Elliot, E. F. (2003). A web of relationships: caregivers' perspectives on the complexity of working with infants and toddlers. *Dissertation Abstracts International Section A,* (63), 4215.

Falk, J. (1992). *En pouponnière : le bébé et sa nurse*. Paris : Association Pikler-Loczy France.

Falk, J. et Rasse, M. (2016). Est-ce que les connaissances sur les compétences du bébé modifient notre façon d'être avec les tout-petits? *Spirale, 3*(79), 213–217.

Fivaz-Depeursinge, E. et Favez, N. (2013). La capacité triangulaire du bébé. Une illustration à l'aide de deux cas contrastés. Dans N. Favez, F. Frascarolo-Moutinot et H. Tissot,

Naître et grandir au sein de la triade: Le développement de l'alliance familiale (pp. 99-120). Louvain-la-Neuve : De Boeck Supérieur.

Fodor Puel, I. (2011). Préserver la qualité de l'accueil du jeune enfant. *Cahiers de la puéricultrice*, (250), 22–24.

Frascarolo-Moutinot, F. et Favez, N. (2007). Comment et à qui s'attache le jeune enfant ? Dans B. Pierrehumbert (dir.), *L'attachement, de la théorie à la clinique* (pp. 111-116). Toulouse : ERES.

Giampino, S. (2017). *Refonder l'accueil du jeune enfant*. Toulouse : Erès.

Glascoe, F. P. & Dworkin, P. H. (1995). The role of parents in the detection of developmental and behavioral problems. *Pediatrics*, *95*(6), 829-836.

Golse, B. (2002). Les très jeunes enfants : un paradigme pour les psychanalystes. Dans A. Szanto-Feder (dir.), *Loczy: un nouveau paradigme?* (pp. 25-29). Paris : Presses Universitaires de France.

Golse, B. (2012). Préface de la nouvelle édition. Dans M. David et G. Appell, *Loczy ou le maternage insolite* (p.7-36). Toulouse : Erès.

Golse, B. (2015). L'approche Piklérienne, au carrefour des neurosciences et de la psychanalyse. *Journal de la psychanalyse de l'enfant, 5*(1), 217-244.

Golse, B. (2017). Préface. Dans M. Rasse et J.-R. Appell (dir.), *L'approche piklérienne en multi-accueil* (p. 7-10). Toulouse : Erès.

Grevesse, P. (2015). Intestable? Le bilan orthophonique du jeune enfant sans langage. *Approche neuropsychologique des apprentissages chez l'enfant*, *27*(135), 173-179.

Guédeney, A., Charron, J., Delour, M. et Fermanian, J. (2001). L'évaluation du comportement de retrait relationnel du jeune enfant lors de l'examen pédiatrique par l'échelle d'alarme détresse bébé (ADBB). *La psychiatrie de l'enfant*, *44*(1), 211-231.

Guédeney, A., Grasso, F. et Starakis, N. (2004). Le séjour en crèche des jeunes enfants : sécurité de l'attachement, tempérament et fréquence des maladies. *La psychiatrie de l'enfant, 47*(1), 259–312.

Guédeney, N. (2010). *L'attachement, un lien vital*. Paris : Fabert.

Harms, T., Cryer, D. & Clifford, R. M. (2006). *Infant/toddler environment rating scale*. New York: Teachers College Press.

Hodges, W. F. & Tizard, B. (1989). Social and family relationships of ex-institutional adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 1*(30), 77–97.

Houzel, D. (2007). Preface. Dans D. Mellier, *L'inconscient à la crèche* (p. 11-15). Ramonville Saint-Agne : Erès.

Houzel, D., Dayan, J. et Direction de l'action sociale (1999). *Les enjeux de la parentalité*. Ramonville-Saint-Agne : Érès.

Howes, C. & Hamilton, C.E. (1992). Children's relationships with child care teachers: stability and concordance with parental attachments. *Child Development*, (63), 867-878.

Ireton, H. (1992). *Child development inventory*. Minneapolis : Behavioral Science Systems

Jaquet-Travaglini, P., Caffari-Viallon, R. et Dupont, A. (2003). *Penser, réaliser, évaluer l'accueil en crèche*. Genève : Edition des Deux continents.

Jobert, G. (2015, avril). *Former des professionnels… et des enfants*. Communication présentée au colloque de l'Observatoire national de la petite enfance « La qualité de l'accueil des enfants de 0 à 3 ans du point de vue de leur socialisation », Caisse nationale des allocations familiales, Paris.

Josse, D. (1997). *Brunet-Lézine révisé*. Issy les Moulineaux : CPA.

Junier, H. (2015, mai*). La relation entre les professionnels et les parents : un équilibre fragile*. Communication présentée au colloque ZOEKI « La parentalité : quelle place pour les professionnels de la petite enfance dans l'accompagnement à la parentalité ? », Paris.

Kappenberg, E. S. & Halpern, D. F. (2006). Kinship Center Attachment Questionnaire: Development of a caregiver-completed attachment measure for children younger than 6 years. *Educational and Psychological Measurement, 66*(5), 852–873.

Kibble, N., Cairns-Cowan, N., McBride, B., Corrigan, J. & Dalli, C. (2014). *Primary caregiving - what it means for you and your child.* Repéré à http://babysteps.net.nz/research-articles/primary-caregiving-means-child/

Knibiehler, Y. (2004). Modes de garde : permanences et changements à travers l'histoire. *Spirale, 2*(30), 15–22.

L'Actif (2011). Le référent: un objet professionnel non identifié?. *Les Cahiers de l'Actif*, (424-425), 5-213.

Le Goff, Y. (2011). De la référence éducative à la mise en intrigue du récit de l'usager. *Les Cahiers de l'Actif*, (424-425), 49–82.

Lucas, A. et Navarro, N. (2017). Les soins. Dans un contexte professionnel, comment en faire des temps de rencontre avec soi et avec l'autre? Dans M. Rasse et J.-R. Appell (dir.), *L'approche piklérienne en multi-accueil* (p. 73–98). Toulouse : Erès.

Mahler, M. (2013). Symbiose et séparation-individualisation. *Le Coq-héron, 213* (2), 59-73.

Manificat, S., Dazord, A., Langue, J., Danjou, G., Bauche, P., Bovet, F., Cubells, J., Luchelli, R., Tockert, E. et Conway, K. (2000). Evaluation de la qualité de vie du nourrisson et du très jeune enfant : validation d'un questionnaire. Etude multicentrique européenne. *Archives de Pédiatrie,* (7), 605–614.

Marinopoulos, S. (2015, mai). *« L'être parent » et « l'être professionnel », deux places distinctes auprès de l'enfant qui ne peuvent être confondues.* Communication présentée au colloque ZOEKI « La parentalité : quelle place pour les professionnels de la petite enfance dans l'accompagnement à la parentalité ? », Paris.

Mauvais, P. (2003). Socialisation précoce et accueil du très jeune enfant en collectivité. *Devenir, 15*(3), 279–288.

Mauvais, P. (2009). Le collectif individualisé ou comment cultiver le bien-vivre ensemble. *Métiers de La Petite Enfance,* (154), 31–34.

Mellier, D. (2001). Bébé à la crèche : quelle autonomie ? quel accueil ?. Dans D. Mellier (dir.), *Le bébé et ses institutions* (p. 35-52). Toulouse : Erès.

Mellier, D. (2002). Le soignant en équipe, culpabilité structurante ou culpabilité paralysante ? *La Lettre de l'enfance et de l'adolescence, 47*(1), 69-76.

Mellier, D. (2007). *L'inconscient à la crèche*. Ramonville Saint-Agne : Erès.

Melmed, M. (1997). Public policy report. Parents speak: Zero to three's findings from research on parents' views of early childhood development. *Young Children, 52*(5), 46-49.

Mesman, J., Minter, T. & Angnged, A. (2016). Received sensitivity: Adapting Ainsworth's scale to capture sensitivity in a multiple-caregiver context. *Attachement and Human Development, 18*(2), 101–114.

Ministère des familles, de l'enfance et des droits des femmes (2016). *Plan d'action pour la*

petite enfance (Dossier de Presse). Repéré à http://www.rdvpetiteenfance.fr/wp-content/uploads/2016/11/Dossier-de-presse-Plan-petite-enfance-2016.pdf

Morel, M. F., Gélis, J. & Laget, M. (1978). *Entrer dans la vie. Naissances et enfances dans la France traditionnelle*. Paris : Gallimard/Julliard.

Observatoire national de la petite enfance. (2017). *L'accueil du jeune enfant en 2016. Données statistiques* (Rapport 2017). Repéré à https://www.caf.fr/sites/default/files/cnaf/Documents/Dser/observatoire_petite_enfance/Accueil-Jeune-Enfant_2017-donnees2016.pdf

Owen, M. T., Klausli, J. F., Mata-Otero, A.-M. & Caughy, M. O. (2008). Relationship-focused child care practices: quality of care and child outcomes for children in poverty. *Early Education and Development, 19*(2), 302–329.

Pallini, S. & Laghi, F. (2012). Attention and attachment related behavior toward professional caregivers in child care centers: a new measure for toddlers. *The Journal of Genetic Psychology, 173*(2), 158–174.

Privilège. (2010). Dans I. Jeuge-Maynart (dir.), *Le petit Larousse illustré 2011* (p. 822). Paris : Larousse.

Raat, H., Landgraf, J. M., Oostenbrink, R., Moll, H. A. & Essink-Bot, M. L. (2007). Reliability and validity of the Infant and Toddler Quality of Life Questionnaire (ITQOL) in a general population and respiratory disease sample. *Quality of Life Research*, *16*(3), 445-460.

Rasse, M. & Appell, J.-R. (2017). *L'approche Piklérienne en multi-accueil*. Toulouse : Erès

Rasse, M. (2014). Le temps du bébé, du temps pour les bébés : un luxe ? Dans M. David, *Prendre soin de l'enfance* (p.387-396). Toulouse : Erès.

Rasse, M. (2017). Introduction. Dans M. Rasse & J.-R. Appell (dir.), *L'approche piklérienne en multi-accueil* (p. 11-19). Toulouse : Erès.

Ritchie, S. & Howes, C. (2003). Program practices, caregiver stability, and child-caregiver relationships. *Applied Developmental Psychology*, (24), 497–516.

Rockel, J. (2003). "Someone is going to take the place of mum and dad and understand..." Teachers' and parents' perceptions of primary care for infants in early childhood centres. *NZ Research in Early Childhood Education*, (6), 113–126.

Rockel, J. (2005). Primary care in early childhood education – To be or not to be? *ACEpapers*, (15), 73–87.

Rolfe, S. A. (2004). *Rethinking attachment for early childhood practice: promoting security autonomy and resilience in young children.* Syndey: Allen & Unwin.

Rollet, C. (2009, décembre). *Historique des modes de garde*. Communication présentée lors de la conférence « Evolution des modes de garde de l'enfant », Comité national de l'enfance, Paris.

Rouzel, J. (2011). Quelles références pour le référent? *Les Cahiers de l'Actif*, (424-425), 85–100.

Soubieux, M. J. (2013). *Le berceau vide*. Toulouse : Érès.

Ulmann, A. L., Betton, E. & Jobert, G. (2011). *L'activité des professionnelles de la petite enfance* (Dossiers d'étude n°145). Paris : Caisse Nationale des Allocations Familiales.

Van IJzendoorn, M. H. & Tavecchio, L. W. G. (1987). The development of attachment theory as a Lakatosian research program: philosophical and methodological aspects. In L.W.G. Tavecchio & M.H. Van IJzendoorn (eds), *Attachment in social networks* (pp. 3-34). Amsterdam: Elsevier Science Publishers.

Vincze, M. (1991). *L'auxiliaire de référence en pouponnière*. Paris: Association Pikler-Loczy France.

Vincze, M. (2002). Relation maternelle- relation professionnelle. Dans A. Szanto-Feder, *Loczy, un nouveau paradigme : l'institut Pikler dans un miroir à facettes multiples* (p. 153-169). Paris : Presses Universitaires de France.

Violon, M. & Wendland, J. (2014). Les relations professionnels / enfants dans les pouponnières et foyers de l'enfance: la notion de référence. *La Psychiatrie de l'Enfant, 57*(2), 581–616.

Violon, M., Calso, C., Travers, R., Gagliardi, G., Le Quentrec-Creven, G., Laghi, F., Pallini, S. & Wendland, J. (sous presse). Validation francophone du Toddler Attention Questionnaire, un questionnaire d'attention des jeunes enfants. *Annales Médico-psychologiques.*

Violon, M. & Wendland, J. (sous presse). Être référent d'un jeune enfant en crèche collective : une pratique à (re)-conceptualiser ? *Devenir*.

Waters, E. & Deane, K. E. (1985). Defining and assessing individual differences in attachment relationships: Q-methodology and the organization of behavior in infancy and early childhood. *Monographs Of The Society For Research In Child Development, 50*(1-2), 41-65.

Wechsler, D. (2004). *Echelle d'intelligence de Wechsler pour la période préscolaire et primaire: WPPSI*. Paris: ECPA.

Wendland, J., Danet, M., Gacoin, E., Didane, N., Bodeau, N., Saias, T., Le Bail, M., Cazenave, M.T., Molina, T., Pucinelli, O., Chirac, O., Medeiros, M., Gérardin, P., Cohen, D. & Guedeney, A. (2014). French version of the Brief Infant-Toddler Social and Emotional Assessment questionnaire-BITSEA. *Journal of Pediatric Psychology, 39*(5), 562–575.

Wendland, J., Puccinelli, O., Tereno, S. et Spencer, R. (2018). Attentes parentales et influence du type de mode d'accueil sur le développement social et langagier du nourrisson : étude comparative crèche collective versus garde parentale. Manuscrit soumis pour publication.

Winnicott D.W. (1958), La capacité d'être seul, Dans D.W. Winnicott, *De la pédiatrie à la psychanalyse* (1969, p.205-2013). Paris : Payot.

Winnicott, D. W. (1956). La préoccupation maternelle primaire. Dans D.W. Winnicott, *De la pédiatrie à la psychanalyse* (1969, p. 285-291). Payot : Paris.

Winnicott, D. W. (1962). *Processus de maturation chez l'enfant. Développement affectif et environnement.* Payot : Paris.

Winnicott, D. W. (1971). *L'Enfant et sa famille*. Paris : Payot.

Zaouche-Gaudron, C. (2001). Interactions triadiques mère-enfant-accueillante. Dans M. Dugnat (dir.), *Observer un bébé avec attention?* (p. 101–108). Toulouse : Eres.

Zorman, M., Duyme, M., Kern, S., Le Normand, M. T., Lequette, C. & Pouget, G. (2011). « Parler bambin », un programme de prévention du développement précoce du langage. *Approche neuropsychologique des apprentissages chez l'enfant*, (112-113), 238-245.

Zumstein, D. (2017). Référence n'est pas préférence! La personne de référence, ses relais et le travail d'équipe. Dans M. Rasse & J.-R. Appell (dir.), *L'approche piklérienne en multi-accueil* (p. 99–140). Toulouse : Erès.

ANNEXES

ANNEXE 1 : GLOSSAIRE 445
ANNEXE 2 : LES OUTILS 448
La grille d'entretien pour les membres de la direction travaillant en référence 448
La grille d'entretien pour les membres de la direction travaillant sans référence 456
La grille d'entretien pour les professionnelles travaillant avec une référence 464
La grille d'entretien pour les professionnelles travaillant sans référence 467
La grille d'entretien pour les parents accueillis avec une référence 470
La grille d'entretien pour les parents accueillis sans référence 473
Le Toddler Attention Questionnaire (TAQ) 476
Les questionnaires parents (IDE et BITSEA) 479
Le Brunet-Lézine Révisé (BLR) 491
Le Brunet-Lézine Complémentaire (BLC) 497
ANNEXE 3 : LES LETTRES DE PRÉSENTATION DE LA RECHERCHE 499
Lettre de présentation de la recherche aux crèches 499
Lettre de présentation de la recherche aux professionnelles 501
Lettre de présentation de la recherche aux parents 503
ANNEXE 4 : LES NOTES D'INFORMATION 505
Note d'information pour l'entretien (exemple de celui des parents) 506
Note d'information pour le questionnaire professionnel 508
Note d'information pour les questionnaires parents 510
Note d'information pour le test de développement (parents) 512
ANNEXE 5 : LES FORMULAIRES DE CONSENTEMENT LIBRE ET ÉCLAIRÉ 514
Formulaire de consentement pour l'entretien (exemple de celui des parents) 514
Formulaire de consentement pour le questionnaire professionnel 516
Formulaire de consentement pour les questionnaires parents 518
Formulaire de consentement pour le test de développement (parents) 520
ANNEXE 6 : LA CONVENTION DE RECHERCHE 522
ANNEXE 7 : LES ATTESTATIONS DES COMITES D'ETHIQUE 531
Attestation du CERES 531
Attestation du CCTIRS 532
Lettre de réponse au CCTIRS 534
Fiche de déclaration à la CNIL 536
ANNEXE 8 : RESULTATS COMPLEMENTAIRES 537
Le choix d'un accueil en crèche par les parents 537
Les trois mots énoncés par les participants 540

Espaces et supports de formation et réflexion autour de la référence 542
Comparaison des outils évaluant le développement de l'enfant..... 547

ANNEXE 1 : GLOSSAIRE

Les crèches participantes

- Crèche collective : crèche collective accueillant des enfants de moins de 3 ans de façon régulière.
- EAJE : Etablissements d'Accueil du Jeune Enfant. Ce sigle désigne l'ensemble des crèches d'accueil collectif et individuel pour les enfants de moins de trois ans.
- Halte-garderie : crèche collective accueillant des enfants de moins de 3 ans de façon occasionnelle et irrégulière.
- Multi-accueil : crèche collective accueillant des enfants de moins de 3 ans de façon régulière et irrégulière (combine la crèche collective et la halte-garderie). Dans notre écrit, nous avons préféré employé le mot « crèche », davantage utilisé sur le terrain, plutôt que celui de « multi-accueil ».

Les différents outils

- BITSEA : Brief Infant Toddler Social and Emotionnal Assessment Questionnaire (version originale : Briggs-Gowan et Carter, 2006 ; traduction francophone : Wendland et al, 2014). Questionnaire rempli par les parents d'enfants de 12 à 35 mois et comportant 2 échelles (Problèmes et Compétences) ainsi que deux questions évaluant les préoccupations parentales concernant les comportements, sentiments et relations de l'enfant ainsi que le développement du langage.
- BLC : Brunet-Lézine Complémentaire (Brunet & Lézine, 1983). Test de développement pour les enfants de 30 mois à 6 ans.
- BLR : Brunet-Lézine Révisé (Brunet & Lézine, 2001). Test de développement pour les jeunes enfants de 0 à 30 mois.
- IDE : Inventaire de Développement de l'Enfant (version originale : Ireton, 1992 ; traduction francophone : Duyme et Capron, 2010). Questionnaire rempli par les parents et permettant d'évaluer le développement de l'enfant de 15 à 72 mois dans différents secteur (motricité, langage, autonomie, socialisation, apprentissage des lettres et nombres, global).

- TAQ : Toddler Attention Questionnaire (version orgainale : Pallini et Laghi, 2012 ; traduction française : Violon et al., 2018). Questionnaire composé de trois échelles (Labilité, Détachement, Flexibilité) à destination des professionnelles de crèche et permettant d'évaluer les capacités attentionnelles de l'enfant en situation d'exploration.

Les différentes organisations des soins (aussi appelées « degrés de référence »)

- Continuité des soins : désignation d'un professionnel assurant la prise en charge des soins de l'enfant de façon privilégiée sur une journée (continuité des soins à la journée, aussi appelé référence à la journée) ou une semaine seulement (continuité des soins à la semaine, aussi appelé référence à la semaine).

- Coréférence : désignation de deux professionnelles assurant la prise en charge des soins de l'enfant de façon privilégiée.

- Organisation des soins : façon dont les professionnelles de l'unité de vie s'organisent pour prendre en charge les soins du groupe d'enfants.

- Organisation des soins à la demande : la prise en charge des soins de l'enfant est assurée par l'ensemble de l'équipe sur le principe suivant : la professionnelle disponible répond à la demande de l'enfant.

- Référence : désignation d'une professionnelle assurant la prise en charge des soins de l'enfant de façon privilégiée.

- Référence classique : désignation d'une professionnelle assurant la prise en charge des soins de l'enfant de façon privilégiée durant tout son parcours d'accueil à la crèche (0-36 mois).

- Référence souple : désignation d'une professionnelle assurant la prise en charge des soins de l'enfant de façon privilégiée durant les deux premières années seulement de son accueil à la crèche (0-24 mois).

- Référence à l'année : désignation d'une professionnelle assurant la prise en charge des soins de l'enfant de façon privilégiée durant une année seulement.

- Référence relais : désignation d'une professionnelle assurant la prise en charge des soins de l'enfant de façon privilégiée en l'absence de la référente principale de l'enfant.

Autres termes fréquents

- Professionnelles : cette appellation renvoie aux professionnelles de terrain intervenant directement auprès des enfants. Dans notre étude, les professions concernées sont les auxiliaires de puériculture, les personnes diplômées par un CAP petite enfance et un BEP sanitaire et social.

- Soins : en crèche, cette notion renvoie aux repas, aux changes de la couche ainsi qu'à l'accompagnement à la sieste.

- Unité de vie : unité de segmentation d'une crèche. Chaque crèche est composée d'une ou plusieurs unités de vie séparant les groupes d'enfants en fonction de l'âge pour la plupart.

- Période d'adaptation : aussi appelée « période de familiarisation », elle correspond à la toute première période d'accueil de l'enfant dans la crèche. Ce temps d'accueil est progressif et son organisation est définie entre la crèche et les parents et/ou en fonction de l'adaptation de l'enfant. La période d'adaptation peut durer entre 3 jours et 3 semaines selon les crèches.

ANNEXE 2 : LES OUTILS

La grille d'entretien pour les membres de la direction travaillant en référence

Etablissement : __

Guide d'entretien pour les directions

A. L'établissement

1. Identité

Lettre associée à la structure :

Type de structure : Crèche collective ☐ / Multi-accueil ☐ / Autre ☐ :

_____

Gestion : Municipale ☐ / Hospitalière ☐ / Privée ☐ / Associative ☐ / Délégation de service publique ☐ / (Inter-) Entreprise ☐ => depuis (année) :

Date de création de la structure :

Historique de la crèche (contexte de sa création, gestion depuis son ouverture, etc.) :

_____

_____

_____

_____

_____

Accueillez-vous un public de familles particulier ? Oui ☐ / Non ☐ => Si oui, lequel ?

_____

_____

Nombre de jours d'ouverture par semaine :

Amplitude horaire par jour :

2. Capacité d'accueil

Tranche d'âge accueillie : -

Capacité d'accueil totale (nombre de berceaux) :

- **Accueil régulier (nombre de places) :**

Critères (nombres heures / contrat / anticipation / etc.) :

_____

- **Accueil occasionnel (nombre de places) :**

Critères :

_____

- **Accueil d'urgence (nombre de places) :**

Critères :

_____

Autres places :

_____

3. Organisation de la structure

Nombre de section :

Type de répartition des enfants par section : ☐ Age / ☐ multi-âge / ☐ Autre :

_____

Préciser: nom de la section / nb professionnelles / nb enfants (maximum) / âge min-max

- / / / **-** / / /

- / / / **-** / / /

- / / / **-** / / /

- / / / **-** / / /

- / / / **-** / / /

4. L'équipe de professionnels

Equipe encadrante		
Postes	***Profession***	***Nombre et ETP***
Directrice		
Directrice adjointe		
Psychomotricienne		
EJE		
Autres (préciser)		
Professionnels de section		
Postes	***Nombre et ETP***	
EJE		
Puéricultrice		
Auxiliaire de puériculture		
CAP Petite enfance		
BEP Sanitaire et Social		
Sans diplôme petite enfance		
Autres (préciser)		
Autres intervenants		
Postes	***Nombre ou nombre d'heures par semaine/par mois***	
Agent d'entretien		
Psychologue		
Pédiatre		
Autre (préciser)		

Nombre d'heures de travail par semaine des professionnelles de section à temps plein :

Roulement des horaires : à la semaine ☐ / au mois ☐ / fixe ☐ / autre

_____

Durée de la pause quotidienne :

5. Supports pédagogiques

Existence d'un projet pédagogique ? Oui ☐ / Non ☐ / En cours de rédaction ☐

Y a-t-il des appuis théoriques particuliers :

_____

Contenu du projet pédagogique concernant les relations professionnels/enfants et la référence :

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Existe-t-il des journées pédagogiques ? Oui ☐ / Non ☐

Quelle fréquence ?

Quels ont été les derniers thèmes abordés ?

_____

Quels sont les prochains ?

_____

B. La pratique de la référence

1. Description

Depuis quand la référence est-elle pratiquée dans votre structure ?

Pourquoi mettez-vous en place la référence ?

_____

_____

_____

Quels noms donnez-vous aux « référentes » ?

_____

Combien d'enfants par référente ?

Tous les enfants ont-ils une référente ? Oui ☐ / Non ☐ => Pourquoi ?

_____

_____

La référence est-elle fonctionnelle dans toutes les sections ? Oui ☐ / Non ☐ => Pourquoi ?

_____

_____

La référence est-elle fonctionnelle toute l'année scolaire ? Oui ☐ / Non ☐ => Pourquoi ?

_____

_____

La référente suit-elle son groupe d'enfants les années suivantes ? Oui ☐ / Non ☐ =>

Pourquoi ?

_____

_____

Existe-t-il un système de « co-référence » ou de « double référence » ? Oui ☐ / Non ☐ =>

Description :

_____

_____

Existe-t-il des référentes « relais » ? Oui ☐ / Non ☐

Les référentes « relais » sont-elles aussi référentes d'autres enfants ? Oui ☐ / Non ☐

=> *Description du système de référence relais* :

_____

_____

2. Profil des référentes

Toutes les professionnelles de section sont-elles référentes ? Oui ☐ / Non ☐ => Pourquoi ?

_____

_____

Quels sont les critères pour être référente ? Quelles sont les compétences requises ?

_____

_____

Qui attribue les enfants aux référentes ?

_____

Selon quels critères ?

_____

3. Missions et encadrement institutionnel

Qu'est-ce qui est attendu de la part des référentes ? Quelles sont leurs missions auprès des enfants, de leurs parents, des autres professionnelles et de l'institution ?

_____

_____

_____

Quelles sont les obligations des référentes au niveau institutionnel ? Ont-elles des écrits à produire ?

_____

Quels sont les moyens mis à disposition de l'équipe de reprise de cette pratique ?

Existe-t-il des propositions de formation continue pour les professionnelles autour de la référence ?

4. Evolution

Comment la pratique de la référence a-t-elle évoluée depuis sa mise en place ?

Quels sont les axes d'évolution de cette pratique envisagés pour la suite ?

C. Informations complémentaires

Informations recueilles auprès de (nom + fonction) :

Par :

Le : _ _ / _ _ / _ _ _ _

La grille d'entretien pour les membres de la direction travaillant sans référence

Etablissement : __

Guide d'entretien pour les directions

A. L'établissement

1. Identité

Lettre associée à la structure :

Type de structure : Crèche collective ☐ / Multi-accueil ☐ / Autre ☐ :

_____

Gestion : Municipale ☐ / Hospitalière ☐ / Privée ☐ / Associative ☐ / Délégation de service publique ☐ / (Inter-) Entreprise ☐ => depuis (année) :

Date de création de la structure :

Historique de la crèche (contexte de sa création, gestion depuis son ouverture, etc.) :

_____

_____

_____

_____

_____

Accueillez-vous un public de familles particulier ? Oui ☐ / Non ☐ => Si oui, lequel ?

_____

_____

Nombre de jours d'ouverture par semaine :

Amplitude horaire par jour :

2. Capacité d'accueil

Tranche d'âge accueillie : -

Capacité d'accueil totale (nombre de berceaux) :

- **Accueil régulier (nombre de places) :**

Critères (nombres heures / contrat / anticipation / etc.) :

_____

- **Accueil occasionnel (nombre de places) :**

Critères :

_____

- **Accueil d'urgence (nombre de places) :**

Critères :

_____

Autres places :

_____

3. Organisation de la structure

Nombre de sections :

Type de répartition des enfants par section : ☐ Age / ☐ multi-âge / ☐ Autre :

_____

Préciser: nom de la section / nb professionnelles / nb enfants (maximum) / âge min-max

- / / / **-** / / /

- / / / **-** / / /

- / / / **-** / / /

- / / / **-** / / /

- / / / **-** / / /

4. L'équipe de professionnels

Equipe encadrante		
Postes	***Profession***	***Nombre et ETP***
Directrice		
Directrice adjointe		
Psychomotricienne		
EJE		
Autres (préciser)		
Professionnels de section		
Postes	***Nombre et ETP***	
EJE		
Puéricultrice		
Auxiliaire de puériculture		
CAP Petite enfance		
BEP Sanitaire et Social		
Sans diplôme petite enfance		
Autres (préciser)		
Autres intervenants		
Postes	***Nombre ou nombre d'heures par semaine/par mois***	
Agent d'entretien		
Psychologue		
Pédiatre		
Autre (préciser)		

Nombre d'heures de travail par semaine des professionnelles de section à temps plein :

Roulement des horaires : à la semaine ☐ / au mois ☐ / fixe ☐ / autre

_____

Durée de la pause quotidienne :

5. Supports pédagogiques

Existence d'un projet pédagogique ? Oui ☐ / Non ☐ / En cours de rédaction ☐

Y a-t-il des appuis théoriques particuliers :

_____

Contenu du projet pédagogique concernant les relations professionnels/enfants et la référence :

_____

_____

_____

Existe-t-il des journées pédagogiques ? Oui ☐ / Non ☐

Quelle fréquence ?

Quels ont été les derniers thèmes abordés ?

Quels sont les prochains ?

B. Les relations professionnelles-enfants

1. Description

Combien d'enfants par professionnelle ?

Dans la pratique, comment les professionnelles se répartissent-elles la prise en charge des soins des enfants au quotidien ?

Les différentes professionnelles d'une même section ont-elles le même temps de présence auprès des enfants ?

Oui ☐ / Non ☐

Etablissement : __

A l'arrivée d'un enfant dans la structure, existe-t-il une période d'adaptation ? Oui ☐ / Non ☐

Par qui l'enfant est-il accueilli ?

_____

_____

Les professionnelles restent-elles toute l'année auprès des mêmes enfants ? Oui ☐ / Non ☐

Si non, pourquoi ?

_____

_____

A la fin de l'année scolaire, les enfants changent-ils de section ? Oui ☐ / Non ☐

Sont-ils toujours pris en charge par les mêmes professionnelles l'année suivante ? Oui ☐ / Non ☐

=> Description (si besoin)

_____

_____

2. Les missions des professionnelles

Les professionnelles de section ont-elles toutes les mêmes missions auprès des enfants ? Oui ☐ / Non ☐ => Pourquoi ?

_____

_____

Quelles sont les compétences/qualités relationnelles requises dans cet établissement pour s'occuper des enfants ?

_____

_____

3. Missions et encadrement institutionnel

Qu'est-ce qui est attendu de la part des professionnelles dans le lien entretenu avec les

enfants ?

_____

_____

_____

Quelles sont les obligations des professionnelles au niveau institutionnel concernant les liens qu'elles établissent avec les enfants ? Ont-elles des écrits à produire ?

Quels sont les moyens mis à disposition de l'équipe pour soutenir les relations entretenues avec les enfants et les mettre au travail ?

Existe-t-il des propositions de formation continue pour les professionnelles autour de leur relation à l'enfant ?

4. Evolution

Quels sont les évolutions que vous constatez au sein du positionnement des professionnelles dans leurs liens aux enfants ces dernières années ?

Quels sont les axes de travail envisagés et d'évolution souhaités pour la suite ?

5. La référence

Etablissement : __

Avez-vous déjà mis en place la référence au sein de cet établissement ? Oui ☐ / Non ☐

Si non, pourquoi ?

_____

_____

Si oui, pouvez-vous expliquer pourquoi cette pratique s’est arrêtée ?

_____

_____

C. Informations complémentaires

Informations recueilles auprès de (nom + fonction) :

Par :

Le : _ _ / _ _ / _ _ _ _

La grille d'entretien pour les professionnelles travaillant avec une référence

Grille d'entretien semi-directif pour les professionnel(le)s (avec référence)

1. Données relatives au déroulement de l'entretien

Crèche :

Jour de la passation : _ _ /_ _ /_ _ _ _

2. Données sociodémographiques concernant le (la) professionnel(le)

Sexe : Femme ☐ / Homme ☐

Age :

Niveau d'étude :

Qualification : _____

Année d'obtention du (dernier) diplôme :

Nombre d'années d'expérience en crèche :

Année d'arrivée dans la crèche actuelle :

Section d'âge dans laquelle elle/il exerce actuellement : _____

Situation familiale : ☐ Célibataire / ☐ Seul(e) avec enfant / ☐ En couple sans enfant / ☐ En couple avec enfant

3. Question première *(identique pour tous les participants)*

« Vous exercez dans une crèche pratiquant la référence qui consiste, de façon très générale, à attribuer à chaque professionnel(le) un groupe d'enfants particulier. Pour commencer, comment définiriez-vous plus précisément la référence? »

4. Questions secondaires *(posées seulement si ces points ne sont pas abordés spontanément et selon la suite logique de chaque entretien)*

Connaissance théorique de la référence

« Que pouvez-vous me dire de l'histoire générale de cette pratique ? »

« Et dans cette structure, quelle est l'histoire de la référence ? »

« Quand avez-vous entendu parler de la référence pour la toute première fois ? »

« De quelle manière avez-vous entendu parler de la référence ? »

« Qu'avez-vous pensé de la référence lorsque vous l'avez découverte ? »

L'apprentissage de la pratique de la référence

« Dans votre parcours, comment en êtes-vous venu(e) à la pratiquer ? »

« Comment en avez-vous fait l'apprentissage concret ? »

« Comment jugez-vous la référence depuis que vous la pratiquez ? »

« Plus généralement, quels avantages y voyez-vous ? »

« Quels inconvénients ? »

« Quelles sont les missions de la référente dans cette structure ? »

« Que pensez-vous de l'application de la référence dans cette crèche ? »

« Comment vivez-vous plus personnellement cette pratique au quotidien ? »

« Vous adapter à une telle pratique vous-a-t-il demandé un effort ou était-ce assez naturel pour vous ? »

« Que pensez-vous de l'idée de travailler à nouveau sans référence ? »

La pratique de la référence dans le quotidien

« Par rapport à un établissement qui fonctionne sans la référence, quelles sont les adaptations professionnelles nécessaires pour travailler ici ? »

« Dans les relations que vous établissez avec les enfants, quelles sont les différences notables dans vos comportements envers ceux dont vous êtes la référente et les autres ? »

« Comment qualifieriez-vous le lien qui se crée entre les enfants et leur référente ? »

« Dans quelle mesure la présence de référentes influence-t-elle les relations entre les enfants ? »

« A l'inverse, quelles sont les différences que vous percevez dans les manières de se comporter des enfants envers leur référente et envers les autres professionnelles ? »

« D'après vous, la mise en place de la référence dans une crèche relève-t-elle d'un vrai travail d'équipe (*précisions : demande-telle une réelle collaboration entre les professionnelles*) ou prend-elle la forme d'un ajustement plus personnel de sa pratique ? »

Le rapport aux parents

« De façon générale et d'après vous, quelles sont les fonctions de la référente au regard des fonctions parentales vis-à-vis de l'enfant ? »

« Dans votre pratique concrète, quels rapports entretenez-vous avec les parents des enfants que vous avez en référence ? »

« Que voyez-vous comme avantages pour les parents ? »

« Et comme inconvénients ? »

« Comment, selon vous, les parents perçoivent-ils la référence ? »

L'enfant et la référence.

« Et les enfants ? Qu'en pensent-ils, selon vous ? »

« Quel impact cette pratique a-t-elle sur le bien-être de l'enfant (*précisions : sur son épanouissement)* au quotidien ? »

« D'après vous, quelles sont les conséquences réelles de la référence sur le développement à plus long terme de l'enfant, plus particulièrement sur l'évolution de ses compétences sociales et émotionnelles ? »

« La référence serait-elle un outil intéressant pour grandir ? »

Conclusion

« Au terme de cet entretien, si vous deviez synthétiser la référence, quels seraient pour vous les trois mots-clés les plus représentatifs ? »

5. Informations complémentaires *(notées après l'entretien)*

Notes complémentaires sur le comportement du participant :

_____
_____
_____

Ressentis de l'investigateur durant l'entretien :

_____
_____
_____

Eléments de pré-analyse :

La grille d'entretien pour les professionnelles travaillant sans référence

Grille d'entretien semi-directif pour les professionnel(le)s (sans référence)

1. Données relatives au déroulement de l'entretien

Crèche :

Jour de la passation : _ _ /_ _ /_ _ _ _

2. Données sociodémographiques concernant le/la professionnel(le)

Sexe : Femme ☐ / Homme ☐

Age :

Niveau d'étude :

Qualification : _____

Année d'obtention du (dernier) diplôme :

Nombre d'années d'expérience en crèche :

Année d'arrivée dans la crèche actuelle :

Section d'âge dans laquelle il/elle exerce actuellement : _____

3. Question première *(identique pour tous les participants)*

« Vous êtes professionnel(le) au sein d'une structure qui accueille des jeunes enfants en journée. Pour commencer, comment définiriez-vous votre travail auprès d'eux ? »

4. Questions secondaires *(posées seulement si ces points ne sont pas abordés spontanément et selon la suite logique de chaque entretien)*

Connaissances théoriques

« En plus de votre formation scolaire obligatoire vous ayant permis d'avoir ce poste, avez-vous participé à des formations plus professionnalisantes concernant votre métier ? » « Si oui, que vous y a-t-on enseigné sur les missions qui incombent à votre profession ? »

« De façon générale et d'après vous, quelles sont les fonctions des professionnel(le)s au regard des fonctions parentales vis-à-vis de l'enfant ? »

« Tout au long de votre parcours d'apprentissage, qu'avez-vous appris, en particulier, sur les relations professionnel(le)s-enfant ? »

La création de liens professionnel(le)s-enfants

« Comment qualifieriez-vous les liens qui se créent entre les enfants et les professionnel(le)s de manière générale ? »

« Quelles compétences sont mobilisées chez les professionnel(le)s, selon vous, dans la création de ces liens ? »

« Et vous, quels sont les liens que vous avez créés avec les enfants dont vous vous occupez dans cette crèche ? »

« Comment les avez-vous créés ? » « Cela vous a-t-il demandé un effort ou cela a-t-il été assez naturel pour vous ? »

« J'entends souvent dire que le fait d'avoir soi-même des enfants influe sur la façon d'établir des liens avec les enfants, qu'en pensez-vous ? »

« Dans les relations que vous avez établies avec ces enfants, quelles sont les différences notables dans vos comportements les uns envers les autres ? » « Et dans vos sentiments les uns envers les autres ? »

« Et quels rapports entretenez-vous avec les parents des enfants de votre section ? »

Les enfants et les professionnel(le)s

« A l'inverse, quelles sont les différences dans les manières de se comporter des enfants envers les différent(e)s professionnel(le)s qui s'occupent d'eux dans votre crèche ? »

« Que pensez-vous leur apporter ? »

« A votre avis, quels sont les impacts des relations que vous avez créées avec les enfants sur leur bien-être (*précisions : sur leur épanouissement)* au quotidien ? »

« D'après vous, quelles sont les conséquences réelles des liens que vous pouvez tisser avec eux sur leur développement à plus long terme? Et, plus particulièrement sur l'évolution de leurs compétences sociales et émotionnelles ? »

La référence

« Comment gérez-vous les soins auprès des différents enfants dont vous devez vous occuper ? » « Par exemple, comment répartissez-vous votre temps entre les différents enfants du groupe ? »

« La gestion de ces différents enfants en même temps nécessite-t-elle une organisation collective particulière au sein de votre équipe ou relève-t-elle plutôt de choix plus personnels ? »

« Que pensez-vous de la mise en place de la référence dans certains établissements qui consiste à désigner, pour chaque enfant, un(e) professionnel(le) responsable de son accueil ? »

« L'avez-vous déjà expérimentée lors de précédentes expériences professionnelles ? Et/ou songez-vous à le faire à l'avenir ? »

Conclusion

« Au terme de cet entretien, quels sont les trois mots qui qualifieraient le mieux les relations enfants-professionnel(le)s ? »

5. Informations complémentaires *(notées après l'entretien)*

Notes complémentaires sur le comportement du participant :

_____
_____
_____

Ressentis de l'investigateur durant l'entretien :

_____
_____
_____

Eléments de pré-analyse :

_____
_____
_____

La grille d'entretien pour les parents accueillis avec une référence

Grille d'entretien semi-directif pour les Parents (avec référence)

Crèche : *Jour de la passation : _ _ /_ _ /_ _ _ _*

1. Données sociodémographiques concernant les parents

Père *Age :*

Diplôme

□ Aucun diplôme	□ Collège sans BEPC	□ BEPC	□ CAP ou BEP
□ Lycée sans BAC	□ Baccalauréat (professionnel)	□ Diplôme supérieur > BAC + _ _ années	

Catégories socio-professionnelles

□ Agriculteurs exploitants	□ Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	□ Cadres, professions intellectuelles supérieures
□ Professions intermédiaires	□ Employés	□ Ouvriers
□ Retraités	□ Etudiants	□ Parents au foyer
□ Sans activité professionnelle		

Mère *Age :*

Diplôme

□ Aucun diplôme	□ Collège sans BEPC	□ BEPC	□ CAP ou BEP
□ Lycée sans BAC	□ Baccalauréat (professionnel)	□ Diplôme supérieur > BAC + _ _ années	

Catégories socio-professionnelles

□ Agriculteurs exploitants	□ Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	□ Cadres, professions intellectuelles supérieures
□ Professions intermédiaires	□ Employés	□ Ouvriers
□ Retraités	□ Etudiants	□ Parents au foyer
□ Sans activité professionnelle		

Situation familiale du/des parent(s) :

☐Marié(s) ou Pacsé(s) ☐Divorcé(s) ☐Concubinage ☐Séparé(s) ☐Célibataire ☐Veuf/ve

2. Données sociodémographiques concernant l'enfant

Sexe de l'enfant : Garçon ☐ / Fille ☐ Date de naissance de l'enfant : _ _ /_ _ /_ _

Position dans la fratrie : Date d'arrivée de l'enfant dans la crèche :

Nombre de jours accueilli par semaine : Nombre d'heures passées en crèche par semaine :

Eléments particuliers dans l'histoire de l'accueil de l'enfant en crèche :

_____

_____

3. Première question *(identique pour tous les participants)*

« Que pensez-vous de la pratique de la référence dans l'accueil de votre enfant ? »

4. Questions secondaires *(posées seulement si ces points ne sont pas abordés spontanément et selon la suite logique de chaque entretien)*

Mise en application pratique

« Où avez-vous entendu parler de la référence pour la première fois ? »

« Quel est, pour vous, le rôle de la référente au sein de la crèche vis-à-vis des enfants de son groupe de référence ? »

« Comment qualifieriez-vous le lien qui se crée entre ces enfants et leur référente ? »

« Qu'est-ce que vous savez de la relation entre votre enfant et sa référente ? »

« Comment votre enfant se comporte-t-il avec les autres professionnelles de sa section par rapport à la manière dont il est avec sa référente ? »

« Pensez-vous que la pratique de la référence modifie les relations de votre enfants avec ses camarades ? »

« Comment est votre enfant avec les autres enfants qui ont la même référente que lui ? »

Jugement personnel

« Quels sont les avantages que vous y voyez ? »
« Quels inconvénients ? »

« Quel impact cette pratique a-t-elle sur le bien-être de votre enfant (*précisions : sur son épanouissement)* au quotidien ? »

« D'après vous, quelles pourraient être les conséquences réelles de la référence sur le développement à plus long terme de votre enfant, plus particulièrement sur l'évolution de ses compétences sociales et émotionnelles ? »

Relation aux professionnelles

« Dans le quotidien, quels rapports entretenez-vous avec la professionnelle référente de votre enfant ? »

« Et avec les autres professionnelles de la section ? »

« Par rapport à votre rôle de parent, quelle place estimez-vous que cette référente devrait prendre auprès de votre enfant ? »

« Avez-vous déjà été accueilli(e), étant enfant, en structure collective ? »
« Avez-vous déjà connu, vous-même, ce type de relation étant enfant ? »
« Dans quelle mesure votre propre expérience a-t-elle influencé le choix de l'accueil pour votre enfant ? »
« Pourquoi avez-vous mis votre enfant dans cette crèche ? »

« Quelle(s) a (ont) été votre (vos) réaction(s) et votre (vos) ressenti(s) lorsque vous avez pris connaissance qu'une professionnelle référente était désignée pour votre enfant dans cette crèche ? »

« D'après vous, quels souvenirs votre enfant va-t-il garder de cet accueil en crèche quand il sera grand ? »

« Si l'on s'adressait directement à votre enfant aujourd'hui, que pourrait-il nous dire de sa référente, selon vous ? » *(Précisions : « Que pense-t-il de tout ça ? »)*

Conclusion

« Au terme de cet entretien, si vous deviez synthétiser la référence, quels seraient pour vous les trois mots-clés les plus représentatifs ? »

5. Informations complémentaires *(notées après l'entretien)*

Notes complémentaires sur le comportement du participant :

_____

_____

_____

Ressentis de l'investigateur durant l'entretien :

_____

_____

_____

Eléments de pré-analyse :

_____

_____

_____

La grille d'entretien pour les parents accueillis sans référence

Entretien n° __

Grille d'entretien semi-directif pour les parents (sans référence)

Crèche : *Jour de la passation : _ _ /_ _ /_ _ _ _*

1. Données sociodémographiques concernant les parents

Père *Age :*

Diplôme

□ Aucun diplôme	□ Collège sans BEPC	□ BEPC	□ CAP ou BEP
□ Lycée sans BAC	□ Baccalauréat (professionnel)	□ Diplôme supérieur > BAC + _ _ années	

Catégories socio-professionnelles

□ Agriculteurs exploitants	□ Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	□ Cadres, professions intellectuelles supérieures
□ Professions intermédiaires	□ Employés	□ Ouvriers
□ Retraités	□ Etudiants	□ Parents au foyer
□ Sans activité professionnelle		

Mère *Age :*

Diplôme

□ Aucun diplôme	□ Collège sans BEPC	□ BEPC	□ CAP ou BEP
□ Lycée sans BAC	□ Baccalauréat (professionnel)	□ Diplôme supérieur > BAC + _ _ années	

Catégories socio-professionnelles

□ Agriculteurs exploitants	□ Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	□ Cadres, professions intellectuelles supérieures
□ Professions intermédiaires	□ Employés	□ Ouvriers
□ Retraités	□ Etudiants	□ Parents au foyer
□ Sans activité professionnelle		

Situation familiale du/des parent(s) :

☐Marié(s) ou Pacsé(s) ☐Divorcé(s) ☐Concubinage ☐Séparé(s) ☐Célibataire ☐Veuf/ve

2. Données sociodémographiques concernant l'enfant

Sexe de l'enfant : Garçon ☐ / Fille ☐ Date de naissance de l'enfant : _ _ /_ _ /_ _ _ _

Position dans la fratrie : Date d'arrivée de l'enfant dans la crèche :

Nombre de jours accueilli par semaine : Nombre d'heures passées en crèche par semaine :

Eléments particuliers dans l'histoire de l'accueil de l'enfant en crèche :

_____

_____

_____

3. Premières questions *(identiques pour tous les participants)*

« Pourquoi avez-vous mis votre enfant dans cette crèche ? »

« Votre propre expérience a-t-elle influencé le choix du mode d'accueil de votre enfant ? » « Avez-vous déjà été accueilli(e) vous aussi, étant enfant, dans une structure de garde collective ? »

« Si oui, quels souvenirs gardez-vous des relations entretenues avec les professionnel(le)s du lieu d'accueil où vous alliez ? »

« De manière générale, quel est, pour vous, le rôle des professionnel(le)s au sein de la crèche vis-à-vis des enfants dont ils/elles s'occupent ? »

4. Questions secondaires *(posées seulement si ces points ne sont pas abordés spontanément et selon la suite logique de chaque entretien)*

Relations professionnel(le)s/enfants

« Par rapport à votre rôle de parent, quelle place estimez-vous que ces professionnel(le)s devraient prendre auprès de votre enfant ? »

« Comment qualifieriez-vous les liens qui se créent entre votre enfant et les professionnel(le)s de sa section ? »

« Quel impact peuvent avoir, d'après vous, les liens que tissent ces professionnel(le)s de crèche sur le bien-être de votre enfant (*précisions : sur son épanouissement)* au quotidien ? »

« Quelles pourraient être les conséquences réelles de ces relations sur son développement à plus long terme ? » « Et, plus particulièrement, sur l'évolution de ses compétences sociales et émotionnelles ? »

Multiplicité des professionnel(le)s

« Quelles différences percevez-vous dans les liens que votre enfant créent avec ces différent(e)s professionnel(le)s ? »

« Comment votre enfant se comporte-t-il avec chacun(e) des professionnel(le)s de sa section? »

« Les relations que votre enfant entretient avec les différentes professionnel(le)s de la crèche ont-elles un impact sur ses liens avec ses camarades ? »

« Si l'on s'adressait directement à votre enfant aujourd'hui, que pourrait-il nous dire sur les différent(e)s professionnel(le)s qui s'occupent de lui, selon vous ? » *(Précisions : « Que pense-t-il de tout ça ? »)*

« Et vous, quels rapports entretenez-vous avec les différent(e)s professionnel(le)s qui s'occupent de votre enfant ? »

« Y a-t-il des différences notables entre les relations que vous entretenez avec les un(e)s et les autres ? »

La référence

« Que pensez-vous de la mise en place de la référence dans certains établissements qui consiste à désigner, pour chaque enfant, un(e) seul(e) professionnel(le) responsable de son accueil ?

« Votre enfant a-t-il été accueilli dans ce type de structure pratiquant la référence par le passé ? » « Ou est-ce quelque chose que vous pourriez envisager à l'avenir ? »

« D'après vous, quels souvenirs votre enfant va-t-il garder quand il sera grand de son accueil dans cette structure qui lui propose à l'inverse plusieurs professionnel(le)s pour s'occuper de lui ? »

Conclusion

« Au terme de cet entretien, quels sont les trois mots qui qualifieraient le mieux les relations entretenues entre enfants et professionnel(le)s de crèche selon vous » ?

5. Informations complémentaires *(notées après l'entretien)*

Notes complémentaires sur le comportement du participant :

_____

_____

_____

Ressentis de l'investigateur durant l'entretien :

_____

_____

_____

Eléments de pré-analyse :

_____

_____

_____

Le Toddler Attention Questionnaire (TAQ)

Ecole Doctorale 261
« Cognitions, Comportements, Conduites Humaines »
Université Paris Descartes
71 avenue Edouard Vaillant
92100 Boulogne Billancourt

Questionnaire pour les professionnel(le)s s'occupant d'enfants âgés de 20 à 36 mois

Vous trouverez ci-dessous, le **Toddler Attention Questionnaire** comportant 23 questions. Son remplissage vous prendra en moyenne 5-7 minutes.

INSTRUCTIONS :

- **Le questionnaire doit être rempli pour un seul enfant ayant entre 20 et 36 mois et étant accueilli au moins 20 heures par semaine dans la structure. Il est possible de remplir des questionnaires pour plusieurs enfants.**
- **Il vous est demandé de lire attentivement chaque énoncé et de cocher la case correspondant à la fréquence d'apparition d'un comportement décrit chez l'enfant en vous appuyant sur les observations que vous faites de lui dans le quotidien lorsque vous êtes seule en charge du groupe d'enfants (un temps d'activité en petit groupe par exemple).**
- **Il est important que vous répondiez aux questions individuellement, sans concertation avec vos collègues.**
- **Veillez à bien répondre à toutes les propositions : un questionnaire incomplet ne pourra être utilisé dans la recherche. Ainsi, prenez le temps d'y répondre, au calme.**
- **Veillez à ne cocher qu'une seule case par proposition.**
- **Ne mentionnez aucun élément autre que ceux qui vous sont demandés ci-dessous ou pouvant vous identifier vous ou identifier l'enfant.**

N'hésitez pas à poser vos questions à l'organisatrice de la recherche, Margot Violon, ou à lui faire part des difficultés que vous rencontrez dans le remplissage de ce questionnaire.

Questions diverses

Depuis combien de temps vous occupez-vous de cet enfant (mois ou années) ? _____

Combien d'heures en moyenne passez-vous auprès de cet enfant chaque semaine ?_____

(Ce coupon sera détaché une fois le questionnaire rendu) *(Enfant n°_____ / professionnelle n°____)*

Votre prénom : _____ Nom de votre section : _____

Prénom de l'enfant pour lequel le questionnaire est rempli : _____

(Enfant n°_____ / professionnelle n°____)

Le Toddler Attention Questionnaire[1]

▲ N'oubliez pas de remplir le questionnaire en vous appuyant au maximum sur les temps de jeux durant lesquels vous êtes la seule professionnelle présente aux cotés de l'enfant.

Items		Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Toujours
1	Il /elle s'intéresse à ce qui se passe autour de lui/d'elle.	☐	☐	☐	☐	☐
2	Si ses camarades changent de jeu, il/elle reste sur le précédent.	☐	☐	☐	☐	☐
3	Lorsqu'il/elle est absorbé(e) par son jeu, si le/la professionnel(le) l'appelle même plusieurs fois, il/elle semble ne pas s'en apercevoir.	☐	☐	☐	☐	☐
4	Si il/elle est en train de faire quelque chose et qu'il arrive un évènement imprévu, il/elle s'en rend tout de suite compte, puis retourne à ses jeux.	☐	☐	☐	☐	☐
5	L'expression de son visage ne correspond pas à ce qui se passe autour de lui/elle.	☐	☐	☐	☐	☐
6	Il/elle perd facilement ses affaires (comme son jouet, sa tétine ou ses affaires personnelles).	☐	☐	☐	☐	☐
7	Lorsqu'il/elle est concentré(e) sur l'activité qu'il/elle est en train de faire, il/elle ne se rend pas compte de ce qui se passe autour de lui/elle.	☐	☐	☐	☐	☐
8	Il/elle change constamment d'activité.	☐	☐	☐	☐	☐
9	Il/elle se comporte comme si il/elle était seul(e) dans la pièce.	☐	☐	☐	☐	☐
10	Si le/la professionnel(le) l'appelle alors qu'il/elle est en train de jouer (par exemple pour aller faire pipi ou changer sa couche), il/elle l'écoute, puis retourne rapidement jouer.	☐	☐	☐	☐	☐
11	Lorsque le/la professionnel(le) lui demande de faire quelque chose, il/elle oublie de le faire.	☐	☐	☐	☐	☐
12	Il/elle laisse traîner tous les jouets.	☐	☐	☐	☐	☐
	▶▶▶	**Jamais**	**Rarement**	**Parfois**	**Souvent**	**Toujours**

[1] *Version originale (italienne) :* Pallini, S., & Laghi, F. (2011).
Version française : Violon, M., Calso, C., Travers, R., Gagliardi, G., Le Quentrec-Creven, G., Laghi, F., Pallini, S. & Wendland, J. (sous presse).

	Items	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Toujours
13	Si le/la professionnel(le) change d'activité, il/elle s'en rend immédiatement compte.	☐	☐	☐	☐	☐
14	Si un camarade le/la sollicite, il/elle lui prête attention, puis se reconcentre immédiatement sur ce qu'il/elle était en train de faire.	☐	☐	☐	☐	☐
15	Il/elle semble rêver les yeux ouverts.	☐	☐	☐	☐	☐
16	Il/elle est distrait.	☐	☐	☐	☐	☐
17	Il/elle semble ne pas s'apercevoir de ce qui se passe autour de lui/elle.	☐	☐	☐	☐	☐
18	Il/elle ne termine pas une activité.	☐	☐	☐	☐	☐
19	Il/elle est attentif à toute chose.	☐	☐	☐	☐	☐
20	Pendant que le/la professionnel(le) lui parle, il/elle joue ou fait autre chose.	☐	☐	☐	☐	☐
21	Il/elle montre son jeu au/à la professionnel(le).	☐	☐	☐	☐	☐
22	Il/elle est agité(e).	☐	☐	☐	☐	☐
23	Il/elle semble se tenir à l'écart.	☐	☐	☐	☐	☐

Prenez une dernière minute pour vérifier qu'une case a été cochée pour **TOUTES** les propositions.

Date à laquelle vous avez rempli ce questionnaire : _ _/_ _/_ _ _ _

Merci !

Nous vous remercions sincèrement de votre participation et du temps que vous avez passé à remplir ce questionnaire.

Nous vous garantissons à nouveau que vos réponses resteront confidentielles au regard de la crèche et de toute personne autre que l'organisatrice de la recherche, Margot Violon et Jaqueline Wendland, sa directrice de thèse. Les données seront rendues anonymes par le découpage du coupon contenant les données d'identification au bas de la première page de ce document.

Les questionnaires parents (IDE et BITSEA)

Ecole Doctorale 261
« Cognitions, Comportements, Conduites Humaines »
Université Paris Descartes
71 avenue Edouard Vaillant
92100 Boulogne Billancourt

Questionnaires pour les parents d'enfant de 15 à 36 mois

Vous trouverez ci-joint :

1. Une fiche d'information à renseigner (p.2)

2. L'Inventaire de Développement de l'Enfant (IDE), présenté horizontalement, comportant 270 questions (pp. 3-9)

3. Le Brief Infant Toddler Social And Emotionnal Assessment (BISTEA) comportant 44 questions (pp. 10-11)

Le remplissage de ces deux questionnaires vous prendra en moyenne 30 à 40 minutes et doit être effectué pour un enfant seulement. Il est possible de le remplir en plusieurs fois et avec l'aide de votre conjoint(e).

Si votre conjoint(e) souhaite avoir ses propres questionnaires ou que vous avez plusieurs enfants accueillis dans la crèche participante à l'étude, demandez par mail à l'organisatrice de la recherche, Margot Violon, d'autres questionnaires.

Il vous est demandé de lire attentivement chaque énoncé et de cocher ou entourer votre réponse de façon lisible.

Attention :

- Pour vous faire gagner du temps, l'organisatrice de la recherche a pré-rempli certaines informations que vous avez transmis préalablement **; vérifiez, s'il vous plaît, l'exactitude de ces informations et corrigez-les si besoin.**
- **Vos réponses à ce questionnaire doivent refléter le plus justement possible le comportement de votre enfant dans le quotidien. Ainsi, prenez le temps d'y répondre, au calme**
- **Veuillez à bien répondre à toutes les propositions : un questionnaire incomplet ne pourra être utilisé dans la recherche.**
- **Veillez à ne donner qu'une seule réponse par proposition.**
- **Ne mentionnez aucun élément autre que ceux qui vous sont demandés ci-dessous ou pouvant vous identifier.**

N'hésitez pas à contacter l'organisatrice de la recherche, Margot Violon, si vous avez des questions ou des difficultés à remplir ces questionnaires.

Mail : margot_violon@hotmail.fr
Téléphone : 06.30.29.15.15.

(Ce coupon sera détaché une fois le questionnaire rendu)

Prénom de votre enfant : _____ Nom de sa section : _____

Informations à renseigner

A. Les parents de l'enfant

* **Père :** Age :

Niveau d'étude du père :

□ Aucun diplôme / □ Collège sans BEPC / □ BEPC / □ CAP ou BEP / □ Lycée sans BAC / □ Baccalauréat ou Brevet professionnel / □ Diplôme supérieur => BAC + _ _

Catégorie Socio-professionnelle du père :

□ Agriculteurs exploitants / □ Artisans, commerçants, chefs d'entreprise / □ Cadres, professions intellectuelles supérieures / □ Professions intermédiaires / □ Employés / □ Ouvriers / □ Retraités / □ Etudiants / □ Parents au foyer / □ Sans activité professionnelle

* **Mère** : Age :

Niveau d'étude de la mère :

□ Aucun diplôme / □ Collège sans BEPC / □ BEPC / □ CAP ou BEP / □ Lycée sans BAC / □ Baccalauréat ou Brevet professionnel / □ Diplôme supérieur => BAC + _ _

Catégorie Socio-professionnelle de la mère :

□ Agriculteurs exploitants / □ Artisans, commerçants, chefs d'entreprise / □ Cadres, professions intellectuelles supérieures / □ Professions intermédiaires / □ Employés / □ Ouvriers / □ Retraités / □ Etudiants / □ Parents au foyer / □ Sans activité professionnelle

* Situation familiale des parents de l'enfant :

□ Mariés/ Pacsés
□ Concubinage
□ Divorcés
□ Séparés
□ Décès d'un des parents
□ Non reconnaissance à la naissance d'un des deux parents
□ Adoption
□ Autres : _____

B. Votre enfant

Sexe de l'enfant : Garçon ☐ / Fille ☐

Date de naissance de l'enfant : _ _ /_ _ /_ _ _ _ Terme de naissance : ____ semaines d'aménorrhées (SA)

Date d'arrivée de votre enfant à cette crèche (mois/année) : _ _ / _ _ _ _

Cet enfant a-t-il été pris en charge par les mêmes personnes depuis son arrivée dans la structure ? Oui ☐ / Non ☐ =>

Si non, pourquoi ?

_____

_____

Nombres d'heures que votre enfant passe à la crèche par semaine ? ___ heures.

Nombre de jours passés à la crèche par semaine ? ___ jours.

Existe-t-il des éléments particuliers dans l'histoire d'accueil de votre enfant (changement de section, changement de structure, prise en charge difficile, PAI, etc.) ?

_____

_____

Votre enfant a-t-il des antécédents médicaux particuliers (pendant la grossesse et depuis sa naissance) ?

_____

_____

INVENTAIRE DU DEVELOPPEMENT DE L'ENFANT (IDE)

Adaptation française du Child Development Inventory (CDI) d'IRETON, H.

par DUYME, M. et CAPRON, C.

IDE - Profil

INFORMATIONS A L'INTENTION DES PARENTS

Les observations des parents sur leurs enfants peuvent apporter des informations importantes sur leur développement. L'INVENTAIRE DU DEVELOPPEMENT DE L'ENFANT (IDE) se compose de descriptions des activités des jeunes enfants. Vous devez répondre OUI ou NON en fonction de ce que fait effectivement votre enfant. Cet inventaire peut permettre de mieux comprendre le développement de votre enfant et ses besoins.

Instructions

Vous devez lire attentivement chacune des descriptions et cocher la réponse "**OUI**" **ou** "**NON**".

fi **Vous cochez "OUI" :**

- si la description traduit le comportement actuel de votre enfant,

- si ce comportement traduit ce que votre enfant faisait lorsqu'il était plus jeune, comme babiller ou marcher à 4 pattes, par exemple.

fi **Vous cochez "NON" :**

- si la description ne traduit pas le comportement de votre enfant,

- si ce comportement traduit ce que **votre enfant commence juste à faire, ou s'il arrive** ***à le faire seulement quelquefois***

Cet inventaire concerne les enfants de 15 mois à 6 ans et demi : il est donc normal, pour les enfants jeunes, de ne pas répondre OUI à toutes les descriptions.

En remplissant le questionnaire, vous pouvez rencontrer des difficultés de lecture ou de compréhension. Dans ce cas, n'hésitez pas à demander plus d'informations à la personne qui vous a donné ce questionnaire.

Partie AP

OUI SO	NON	
☐	☐	Est attentif à ce qui se passe autour de lui, écoute les autres.
☐	☐	Porte de l'intérêt à son image dans le miroir. Ou, le faisait avant.
☐	☐	Montre de l'affection envers les autres enfants.
☐	☐	Montre de l'affection : prend dans ses bras, embrasse.
AU		
☐	☐	Mange seul un gâteau ou un biscuit.
☐	☐	Enlève ses chaussettes.
☐	☐	Mâche la nourriture.
☐	☐	Saisit une cuillère par le manche.
MG		
☐	☐	Tient debout sans se tenir.
☐	☐	Contourne les meubles ou son lit en s'y raccrochant. Ou, marche.
☐	☐	S'assied sans soutien.
☐	☐	Se met debout seul sans se faire aider par quelqu'un.
MF		
☐	☐	Prend les objets d'une main.
☐	☐	Tient deux objets en même temps, un dans chaque main.
☐	☐	Utilise ses deux mains pour saisir un objet de grande taille.
☐	☐	Prend les petits objets comme un pétale de céréale, un grain de riz … en utilisant le pouce et un autre doigt.
☐	☐	Passe un objet d'une main à l'autre.
LEX		
☐	☐	« Babille » : fait des suites de sons comme s'il faisait des phrases. Ou, le faisait lorsqu'il était plus jeune.
☐	☐	Montre les objets.
LCO		
☐	☐	Répond à son nom ; se retourne et regarde.
☐	☐	Imite certains des sons que vous faites. Ou, le faisait étant plus jeune.
☐	☐	Généralement, vient quand on l'appelle.
☐	☐	Fait un geste de la main pour dire au revoir.
☐	☐	Comprend « Non, Non » et arrête son activité, au moins, un petit moment.

Vérifiez que vous avez répondu à toutes les questions
et TOURNEZ LA PAGE SVP. Merci

RAPPEL :
- vous cochez **NON** si ce comportement traduit ce que votre enfant *commence juste à faire*, ou **s'il le fait seulement** *quelquefois*.
- vous cochez **NON** si la phrase **ne décrit pas** le comportement de votre enfant,
- vous cochez **OUI** si l'énoncé décrit le comportement actuel de votre enfant,
- si ce comportement décrit ce que faisait votre enfant quand il était plus jeune.

Partie A

SO

OUI	NON	
☐	☐	Témoigne de la sympathie envers les autres enfants, essaie de les aider et de les consoler.
☐	☐	Parfois, dit « non » quand il n'est pas d'accord.
☐	☐	Fait ou construit des choses avec d'autres enfants.
☐	☐	Veut une poupée, un nounours, une couverture (un « doudou ») pour aller au lit, etc. Ou, le demandait étant plus jeune.
☐	☐	Obéit généralement quand on lui demande de faire ou de ne pas faire quelque chose.
☐	☐	Joue avec d'autres enfants, fait des choses avec eux.
☐	☐	Fait semblant de faire des activités de la vie quotidienne, comme parler au téléphone ou dormir. Ou, le faisait avant.
☐	☐	Prête généralement ses jouets ou d'autres affaires, même si parfois il peut se disputer à ce propos.
☐	☐	Généralement, tient compte des réprimandes et arrête de mal se comporter.

AU

☐	☐	Mange seul avec une cuillère.
☐	☐	Mange avec une cuillère, renversant peu ou pas.
☐	☐	Ouvre les portes en tournant la poignée et en la tirant.
☐	☐	Porte un verre ou une tasse à sa bouche et boit.

OUI	NON	
☐	☐	Tend son assiette vide à l'adulte.
☐	☐	Se souvient où sont rangés les objets dans la maison.
☐	☐	Utilise parfois un seau ou un autre récipient pour transporter les choses. Ou, le faisait, étant plus jeune.
☐	☐	Essaye de mettre ses chaussures seul. Ou, les met seul.
☐	☐	Monte sur une chaise ou un tabouret pour atteindre les choses.

MG

☐	☐	Marche sans se faire aider.
☐	☐	Lance un ballon tout en restant debout, sans tomber.
☐	☐	Court.
☐	☐	Donne des coups de pied dans un ballon.
☐	☐	Monte sur les jeux mis à disposition des enfants dans les aires de jeux.
☐	☐	Se retourne du dos sur le ventre ou du ventre sur le dos (ou le faisait quand il était plus jeune).
☐	☐	Court correctement sans tomber.
☐	☐	Grimpe et s'assied seul sur une chaise d'adulte.
☐	☐	Montre un bon équilibre et une bonne coordination dans des activités physiques telles que courir, grimper et sauter.

MF

☐	☐	Construit une tour composée de deux cubes ou plus.
☐	☐	Gribouille avec un crayon ou un stylo. Ou bien, le faisait avant.
☐	☐	Tourne les pages des livres d'enfants, une par une.
☐	☐	Utilise une main plus que l'autre, préfère utiliser cette main.
☐	☐	Prend deux petits jouets d'une seule main.

LEX

OUI	NON	
☐	☐	Vous appelle : « maman » ou « papa » ou vous donne un nom similaire.
☐	☐	Emploie au minimum 2 mots en plus des mots « maman » ou « papa ».
☐	☐	A au moins 10 mots de vocabulaire.
☐	☐	Utilise au moins 5 noms d'objets familiers.
☐	☐	Lorsqu'il parle d'objets lui appartenant, emploie les mots : « mon », « ma », « le mien » ou « la mienne ».
☐	☐	Pour en demander plus, s'exprime avec des mots et dit « plus », « un autre » ou « encore ».
☐	☐	Demande à boire ou à manger en utilisant des mots ou des sons.
☐	☐	Utilise 2 ou 3 mots ou plus dans ses phrases.
☐	☐	Dans les livres d'images, nomme quelques objets familiers.

LCO

☐	☐	Quand on le lui demande, montre au moins 3 parties du corps humain comme les yeux, le nez, la bouche, les mains ou les pieds.
☐	☐	Comprend ce que « enlever » et « mettre » signifient.
☐	☐	Répond de manière appropriée « oui » ou « non » à des questions simples.
☐	☐	Suit 2 parties d'une instruction comme, par exemple : « Va dans ta chambre et apporte-moi ... ».
☐	☐	Suit des ordres simples.
☐	☐	Comprend les mots « ouvre » et « ferme », ou « referme », et indique les directions en utilisant ces mots.
☐	☐	Généralement, vous tend un jouet quand vous le lui demandez.

Vérifiez que vous avez répondu à toutes les questions et TOURNEZ LA PAGE SVP. Merci.

RAPPEL :
- vous cochez **NON** si ce comportement traduit ce que votre enfant ***commence juste à faire***, ou **s'il le fait seulement** ***quelquefois*****.**
- vous cochez **NON** si la phrase **ne décrit pas** le comportement de votre enfant, - vous cochez **OUI** si l'énoncé décrit le comportement actuel de votre enfant,
- si ce comportement décrit ce que faisait votre enfant quand il était plus jeune.

Partie B

SO

OUI NON

- ☐ — ☐ Accueille son entourage en employant des mots comme « bonjour », « salut » ou une expression similaire.
- ☐ — ☐ Aide un peu aux tâches ménagères.
- ☐ — ☐ Demande de l'aide au cours d'une tâche.
- ☐ ☐ Reconnaît les adultes familiers et leur tend les bras.
- ☐ ☐ Dit « regarde », « regarde-moi » lorsqu'il fait quelque chose.
- ☐ ☐ Comprend « attends une minute » et attend patiemment pour un temps court.
- ☐ ☐ Exprime ses plaintes avec des mots.

AU

- ☐ — ☐ Se lave et s'essuie les mains.
- ☐ — ☐ Mange avec une fourchette.
- ☐ ☐ Enlève ses chaussures et ses chaussettes.
- ☐ ☐ Ouvre sa fermeture éclair.
- ☐ ☐ Nettoie ce qu'il renverse avec une éponge ou un chiffon.

MG

OUI NON

- ☐ — ☐ Court sans problème, négocie bien les virages et peut s'arrêter de façon brusque.
- ☐ — ☐ Monte et descend les escaliers tout seul.
- ☐ ☐ Monte à l'échelle du toboggan et se laisse glisser sans se faire aider.

MF

- ☐ — ☐ Construit une tour de cinq cubes ou plus.
- ☐ ☐ Gribouille selon un mouvement circulaire. Ou, le faisait étant plus jeune.
- ☐ ☐ Dévisse et visse les bouchons des pots ou des bouteilles.

LEX

- ☐ ☐ Indique l'action en cours lorsqu'il regarde les images d'un livre, par exemple, déclare « le minou est en train de manger ».
- ☐ ☐ Emploie la négation dans des phrases.
- ☐ — ☐ Formule des phrases composées d'au moins 4 mots.
- ☐ — ☐ Utilise au moins un des mots suivants : « moi », « je », « il », « elle », « tu » ou « ça ».
- ☐ — ☐ A un vocabulaire d'au moins 20 mots.
- ☐ ☐ Sait parler à voix basse.
- ☐ ☐ Utilise : « s'il te plaît » et « merci » de façon appropriée.
- ☐ ☐ Nomme, quand on le lui demande, au moins 5 parties du corps humain comme les yeux, le nez, la bouche, les mains ou les pieds.

LCO

OUI NON

- ☐ ☐ Comprend le sens de « vers le haut », « en haut » et « vers le bas », « en bas ».
- ☐ — ☐ Emploie les mots « grand » et « petit ».
- ☐ ☐ Donne au moins son prénom quand on lui demande : « Quel est ton nom? ».
- ☐ ☐ Comprend la signification d'au moins 3 mots de position tels que : « dans », « sur », « sous », « à côté »…
- ☐ ☐ Dit quand quelque chose est lourd.
- ☐ ☐ Répond aux questions telles que : « Que dit un minou ?, … un toutou ?, … un canard ? ».
- ☐ ☐ Exprime par des mots ce qu'il aime et ce qu'il n'aime pas.

Si vous avez répondu* NON *à toutes les questions de cette page, rendez le questionnaire. Merci.

Sinon, vérifiez que vous avez répondu à toutes les questions et TOURNEZ LA PAGE SVP. Merci.

RAPPEL :
- vous cochez **NON** si ce comportement traduit ce que votre enfant *commence juste à faire*, ou **s'il le fait seulement** *quelquefois*.
- vous cochez **NON** si la phrase **ne décrit pas** le comportement de votre enfant, - vous cochez **OUI** si l'énoncé décrit le comportement actuel de votre enfant,
- si ce comportement décrit ce que faisait votre enfant quand il était plus jeune.

PartieC

SO

OUI	NON	
☐	☐	« Rapporte » ou parle de ce que font les autres enfants.
☐	☐	Dit « je ne peux pas » ou « je ne sais pas », ou encore « fais-le ».
☐	☐	Généralement, s'excuse ou dit « pardon » lorsqu'il fait quelque chose de mal.
☐	☐	Se propose d'aider les autres.
☐	☐	Fait ses excuses ou dit « pardon ».
☐	☐	Parle positivement de lui-même. Par exemple, il peut dire « je suis gentil » ou « je suis fort », etc.
☐	☐	S'adapte facilement au groupe, écoute, partage, attend son tour et participe.

AU

☐	☐	Est propre, il contrôle ses besoins d'uriner et d'aller à la selle.
☐	☐	Enlève seul une chemise déboutonnée ou un tee-shirt.

MG

☐	☐	Fait du tricycle en utilisant les pédales.
☐	☐	Monte et descend les escaliers seul, sans soutien, en alternant les pieds.
☐	☐	Reste en équilibre sur un pied pendant quelques secondes sans soutien.

MF

☐	☐	Tient un crayon avec le pouce et d'autres doigts comme le font les adultes.
☐	☐	Essaie de découper avec des petits ciseaux. Ou, découpe.
☐	☐	Place chaque forme unique d'un « puzzle à encastrer » au bon endroit.

LEX

☐	☐	Utilise le mot « tu » dans des phrases.
☐	☐	Décrit des objets de façon précise, en détail, par exemple, dit : « la poupée a des cheveux, une robe… », « le toutou a une queue », etc.
☐	☐	Utilise les expressions « j' sais pas », « j' peux pas » ou « j' veux pas ».
☐	☐	Emploie « un » et « une », « de » et « d' » et « le » et « la », dans ses phrases. Dit, par exemple, « Tiens… un chien ! » ou « Regarde le minou ».
☐	☐	Emploie correctement les mots « moi », « mon » et « je ».
☐	☐	Chante des chansons simples.
☐	☐	Pose des questions commençant par « Que », « Quoi », « Quel » ou bien « Où ».
☐	☐	Donne des raisons en utilisant le mot « parce que ».
☐	☐	Parle clairement. La plupart du temps, son langage est compréhensible.
☐	☐	Pose des questions commençant par : « pourquoi ? », « quand ? » ou « comment ?».
☐	☐	Dans des conversations de tous les jours, utilise 50 mots ou plus.
☐	☐	Pose des questions simples et grammaticalement correctes.
☐	☐	Parle en mettant les mots dans le bon ordre.

LCO

OUI	NON	
☐	☐	Parle de lui et des autres enfants en utilisant « garçon » ou « fille » de façon appropriée.
☐	☐	Répond aux questions comme : « Que fais-tu avec un biscuit ?, … un chapeau ?, … un verre ? ».
☐	☐	Répond aux questions du type : « Que fais-tu quand tu as soif ?… quand tu as faim ?… quand tu es fatigué ? ».
☐	☐	Emploie de façon appropriée les mots « vite » et « lent » (ou « doucement »).
☐	☐	Comprend ce que les mots « plein » et « vide » signifient, et les emploie de façon appropriée.
☐	☐	Dit si un bruit est fort ou faible.
☐	☐	Dit son nom et son prénom quand on le lui demande.
☐	☐	Utilise les mots « gentil » ou « méchant » pour se décrire ou décrire les autres enfants.
☐	☐	Comprend la signification d'au moins 6 mots de position tels que : « dans », « sur », « sous », « à côté », « en haut », « en bas », « dessus », « dessous » …
☐	☐	Parle de ce qu'il ressent : s'il est heureux, triste, méchant, en colère.
☐	☐	Identifie correctement au moins une couleur, en la nommant.
☐	☐	Décrit des objets en utilisant des mots descriptifs comme « petit », « rouge », « bon », « rigolo » …

NBRE

☐	☐	Montre ou nomme le plus grand de 2 objets, quand on le lui demande.
☐	☐	Lorsqu'il compte des objets, en compte au moins 3.
☐	☐	Comprend « un » (la quantité), et donne exactement « un quelque chose », quand vous le lui demandez.

Si vous avez répondu* NON *à toutes les questions de cette page, rendez le questionnaire.. Merci.

Sinon, vérifiez que vous avez répondu à toutes les questions CONTINUEZ LA PARTIE D. Merci.

RAPPEL :
- vous cochez **NON** si ce comportement traduit ce que votre enfant *commence juste à faire*, ou **s'il le fait seulement** *quelquefois*.
- vous cochez **NON** si la phrase **ne décrit pas** le comportement de votre enfant, - vous cochez **OUI** si l'énoncé décrit le comportement actuel de votre enfant,
- si ce comportement décrit ce que faisait votre enfant quand il était plus jeune.

Partie D

SO

OUI	NON	
☐	☐	Donne des indications ou des ordres aux autres enfants.
☐	☐	Participe à des activités physiques de jeux avec d'autres enfants, comme par exemple, au « chat et à la souris », à « cache-cache » ou à la « marelle », etc.
☐	☐	Joue avec d'autres enfants à des jeux de « faire semblant » comme jouer au « papa et à la maman », au « maître » ou à « la maîtresse », à « l'astronaute »...
☐	☐	De façon générale, suit les règles ou les consignes lors d'activités de groupe surveillées par un adulte.
☐	☐	Se montre protecteur envers les enfants plus jeunes que lui.

AU

☐	☐	Se brosse les dents sans aide.

MG

☐	☐	Saute d'une marche à l'autre, pieds joints. Ou, le faisait lorsqu'il était plus jeune.
☐	☐	Reste sur un pied en équilibre sans soutien.
☐	☐	A partir de la position debout, saute par-dessus quelque chose ou quelqu'un.

MF

OUI	NON	
☐	☐	Dessine ou copie une croix (+).
☐	☐	Trace ou copie un cercle (le cercle doit être fermé).
☐	☐	Construit une tour composée de huit cubes ou plus.
☐	☐	Dessine ou copie des lignes verticales ( ) et horizontales ( ).

LEX

☐	☐	Formule des phrases composées d'au moins 6 mots pour exprimer toute sa pensée.
☐	☐	Nomme des formes simples comme le rond, le carré, le triangle ou l'étoile.
☐	☐	Formule des phrases au pluriel en mettant le pluriel aux articles (les, des, ...).
☐	☐	Récite des comptines telles que « 1, 2, 3, nous irons au bois... ».
☐	☐	Assemble 2 phrases par des mots de liaison comme « et », « ou «, « mais ».
☐	☐	A beaucoup de vocabulaire (il vous est impossible de compter le nombre exact de mots).
☐	☐	Dit – prononce – correctement la plupart des mots qu'il utilise.

LCO

OUI	NON	
☐	☐	Répond aux questions « pourquoi » en donnant de bonnes explications. Par exemple, « pourquoi portons-nous des manteaux ? ».
☐	☐	Quand on lui demande « qu'est-ce que c'est qu'un... ? », décrit l'objet ou dit ce que l'on fait avec. Par exemple, à la question « qu'est-ce qu'une banane ? », il répond « c'est un fruit » ou bien « c'est jaune » ou « ça se mange ».
☐	☐	Identifie précisément au moins 4 couleurs en les nommant correctement.
☐	☐	Dit son âge sans se tromper quand on lui demande « Quel âge as-tu ? ».
☐	☐	Comprend et utilise correctement les mots « facile » et « difficile » (ou « dur »).
☐	☐	Participe aux conversations. Il peut tour à tour parler et écouter les autres.

NBRE

☐	☐	Compare les objets entre eux. Par exemple, dit : « celui-ci est plus grand ... plus lourd ... » etc.
☐	☐	Dit quand un objet est plus petit ou plus grand qu'un autre.

Si vous avez répondu* NON *à toutes les questions de cette page, rendez le questionnaire. Merci.

Sinon, vérifiez que vous avez répondu à toutes les questions et* TOURNEZ LA PAGE SVP. *Merci.

RAPPEL :
- vous cochez **NON** si ce comportement traduit ce que votre enfant ***commence juste à faire***, ou **s'il le fait seulement** ***quelquefois***.
- vous cochez **NON** si la phrase **ne décrit pas** le comportement de votre enfant, - vous cochez **OUI** si l'énoncé décrit le comportement actuel de votre enfant,
- si ce comportement décrit ce que faisait votre enfant quand il était plus jeune.

Partie E

SO

OUI	NON	
☐	☐	Pendant ses activités, peut demander aux autres enfants de l'aide, une information ou une explication.
☐	☐	Joue aux jeux de société, comme par exemple, aux dames ou aux dominos pour enfants.
☐	☐	Suit les règles lorsqu'il joue à des jeux simples comme des jeux de cartes ou de société.
☐	☐	Discute sur la façon de faire certaines choses avec d'autres enfants, exprime ses idées et écoute les idées des autres.
☐	☐	Joue à des jeux impliquant un tour de rôle et généralement, attend son tour.
☐	☐	Prend l'initiative d'activités qui impliquent la participation d'autres enfants.
☐	☐	Parfois, renoncera à ses propres souhaits au profit du groupe.
☐	☐	Se montre entreprenant dans un groupe d'enfants de son âge, en prenant les directives et en les aidant.

AU

☐	—	☐	Attache au moins un bouton lorsqu'il ferme son vêtement.
☐	—	☐	Boutonne correctement sa chemise ou sa veste, faisant correspondre les boutons aux bons trous.
☐	—	☐	S'habille et se déshabille sans aide (ne pas tenir compte des lacets de chaussures).
☐		☐	Enfile un pull ou met une chemise ou une veste sans aide.
☐		☐	Est capable d'aller seul dans les environs de chez lui, sans devoir être trop surveillé, ou de s'éloigner de l'adulte dans une aire de jeu.

OUI	NON	
☐	☐	Se déshabille entièrement sans aucune aide.
☐	☐	Met correctement ses chaussures : le pied gauche dans la chaussure gauche et le pied droit dans la chaussure droite.
☐	☐	Se lave seul dans la baignoire même s'il a parfois besoin d'une petite aide.
☐	☐	Prend soin de ses affaires personnelles
☐	☐	Utilise un couteau pour tartiner.
☐	☐	Se lave le visage sans aide.
☐	☐	Est propre tout au long de la nuit.
☐	☐	Remarque lorsque le tee-shirt et/ou la culotte est/sont à l'envers et le/les remet à l'endroit.
☐	☐	Verse son lait, ses céréales ou son chocolat dans un bol sans en renverser.
☐	☐	Se verse à boire seul.
☐	☐	Attache ses lacets.
☐	☐	En général, regarde des deux côtés de la rue avant de traverser.
☐	☐	Va aux toilettes sans aide : il fait ses besoins, s'essuie et tire la chasse d'eau.
☐	☐	Prend l'initiative de manger, de s'habiller et de se laver, même si parfois, il a besoin d'une petite aide.

MG

☐	—	☐	Saute à cloche-pied au moins deux fois à la suite sans soutien.
☐		☐	En courant, est capable de sauter par-dessus un obstacle rencontré sur son chemin.
☐		☐	Fait des roulades avant.
☐		☐	Saute à cloche-pied sans soutien.
☐		☐	Se balance seul sur une balançoire.
☐		☐	Fait du vélo à 2 roues avec ou sans roulettes supplémentaires.
☐		☐	Fait la roue.
☐		☐	Joue à « attraper la balle » avec d'autres enfants, leur lance et l'attrape au moins 1 fois sur 2.

MF

OUI	NON		
☐	☐		Assemble un puzzle comprenant au moins neuf pièces.
☐	☐		Dessine un bonhomme composé au minimum de la tête avec les yeux, le nez, la bouche, le corps, les jambes et les bras, les mains et les pieds.
☐	—	☐	Découpe avec des ciseaux une feuille de papier d'un bout à l'autre.
☐	—	☐	Dessine des « choses » que l'on peut reconnaître.
☐	—	☐	Dessine ou copie un carré dont les 4 angles sont bien faits (☐).
☐	—	☐	Découpe avec des ciseaux en suivant une forme ou un modèle simple.
☐	—	☐	Dessine des personnages composés d'au moins trois parties telles que : la tête, les yeux, le nez, la bouche, les cheveux, le corps, les bras ou les jambes.
☐		☐	Fait des constructions avec des cubes comme une maison simple, un pont simple ou une voiture simple.
☐		☐	Dans les livres de coloriage, colorie à l'intérieur des formes dessinées.
☐		☐	Planifie et organise ses dessins ou ses coloriages.

LEX

☐	☐	Répète des histoires courtes comme le Petit Chaperon Rouge ; donne les événements dans le bon ordre et la fin de l'histoire.
☐	☐	Emploie correctement le passé, par exemple, dit : « Je faisais… » ou « nous voulions… ».
☐	☐	Formule des phrases structurées comme : « Si je fais … , alors je peux … » ou « Quand je … , alors… ».

Vérifiez que vous avez répondu à toutes les questions et TOURNEZ LA PAGE SVP. Merci.

Suite de la page précédente

OUI	NON	
☐	☐	Utilise correctement les pluriels irréguliers, par exemple, il dit « des chevaux » et non « des chevals » ou « des animaux » et non « des animals ».
☐	☐	Parle de ce qui pourrait arriver, par exemple, dit : « Il va se faire mal s'il ne fait pas plus attention ».
☐	☐	Exprime assez facilement ses idées dans des phrases complètes, grammaticalement justes et en prononçant bien la plupart des mots.
☐	☐	Utilise des phrases longues, complexes de 10 mots ou plus.
☐	☐	Raconte en détail ce qui s'est passé, par exemple, formule des phrases structurées comme « Nous allions à… , et nous… , alors nous … ».
☐	☐	Utilise des pronoms pluriels tels que : « nous », « vous », « ils », « leurs » ou « eux ».
☐	☐	Demande la signification des mots.
☐	☐	Dit les jours de la semaine dans le bon ordre.

LCO

☐	☐	Utilise correctement les mots : « aujourd'hui », « hier » et « demain ».
☐	☐	Distingue sa main droite de la gauche.
☐	☐	Connaît la signification des mots « pareil » et « différent », dit en quoi 2 choses sont identiques ou différentes.
☐	☐	Répond aux questions comme : « Que fais-tu avec tes yeux ? … tes oreilles? … ».
☐	☐	Répond aux questions de type : « Si… , alors… ? » comme « Si tu te blesses, alors que fais-tu ? ».

OUI	NON	
☐	☐	Lorsqu'on lui demande « qu'est-ce que … ? », il répond par le nom de la catégorie à laquelle appartient l'objet. Par exemple, à la question : « qu'est-ce qu'un cheval ? », il répond « c'est un animal », à « qu'est-ce qu'une orange? », il répond « c'est un fruit ».
☐	☐	Utilise les superlatifs, dit par exemple : « le plus fort … , le meilleur … , le plus grand … ».
☐	☐	Dit en quoi sont faits certains objets comme son manteau ou une table, par exemple.
☐	☐	Dit le nom de la ville dans laquelle il vit.
☐	☐	Répond aux questions telles que « A quoi sert un four ? … un livre ? ».
☐	☐	Exécute dans le bon ordre une série de 3 ordres simples tels que « D'abord, fais cela, puis … puis … ».
☐	☐	Comprend et utilise correctement les mots « avant » et « après ».
☐	☐	Parle du futur et de ce qui pourrait arriver dans l'avenir.

LE

☐	☐	Essaye de lire des livres familiers. Ou, les lit.
☐	☐	Reconnaît quelques mots simples dans un livre qu'il connaît bien.
☐	☐	Ecrit 2 mots simples ou plus de mémoire.
☐	☐	Demande la signification des signes comme ceux des panneaux de la signalisation routière ou des publicités, etc.
☐	☐	Récite correctement l'alphabet sans aide.
☐	☐	Reconnaît et nomme au moins 5 lettres de l'alphabet.

OUI	NON	
☐	☐	Lit 15 mots ou plus dans un livre nouveau.
☐	☐	Ecrit son nom et son prénom en orientant les lettres dans la bonne direction.
☐	☐	Ecrit l'alphabet - toutes les 26 lettres - en les copiant ou de mémoire.
☐	☐	Essaye de lire les mots en les séparant en plusieurs parties, par exemple : « é-lé-phant ».
☐	☐	Ecrit quelques lettres ou nombres.
☐	☐	Ecrit quelques mots simples en copiant un modèle.
☐	☐	Lit au moins 4 mots.
☐	☐	Ecrit son prénom en entier ou au moins 4 lettres de celui-ci.
☐	☐	Reconnaît et nomme toutes les lettres de l'alphabet.

NBRE

☐	☐	Lorsqu'il compte des objets, il en compte au moins 10.
☐	☐	Récite les nombres dans l'ordre de 1 à 30.
☐	☐	Répond aux questions d'arithmétique telles que : « combien font 2+2 ? … 1+4 ? … 3+6 ? … ».
☐	☐	Reconnaît et nomme quelques nombres simples.
☐	☐	Récite les chiffres dans l'ordre de 1 à 10.
☐	☐	Sait ce que signifie « moitié » ou « demi ».
☐	☐	Ecrit les chiffres de 1 à 9.
☐	☐	Sait combien il y a de doigts dans chaque main
☐	☐	Effectue des soustractions simples du type : « combien font 2-1 ?, … 4-2 ? ou … 6-3 ? ».
☐	☐	Peut dire l'heure qu'il est : lit en heures et en minutes.

Vérifiez que vous avez répondu à toutes les questions
Rendez ce questionnaire. Merci.

BITSEA

(Briggs-Gowan et Carter, 2002)
(Traduction Wendland et Saïas, 2010)
(Validation française Wendland et al. 2014)

Voici une liste de descriptions concernant les enfants de 12 à 35 mois. De nombreuses descriptions décrivent des sentiments et des comportements normaux, mais certaines décrivent des sentiments et comportements qui peuvent poser problème. Faites de votre mieux pour répondre à chaque item.
Entourez la réponse qui décrit le mieux le comportement de votre enfant **dans le dernier mois**, en sachant que :
0 = Non ou rarement 1 = un peu ou quelques fois 2 = oui, ou souvent N = Non applicable

1-	Montre son plaisir quand il réussit (par exemple : s'applaudit)	0	1	2	
2-	Se blesse si souvent que vous ne pouvez le lâcher des yeux	0	1	2	
3-	Semble nerveux, tendu ou peureux	0	1	2	
4-	Est agité et ne peut rester en place	0	1	2	
5-	Respecte les règles	0	1	2	
6-	Se réveille la nuit et a besoin d'aide pour se rendormir	0	1	2	
7-	Pleure ou fait une crise jusqu'à être épuisé	0	1	2	
8-	Est effrayé par certains endroits, animaux, ou certaines choses. Lesquels ?	0	1	2	
9-	S'amuse moins que d'autres enfants	0	1	2	
10-	Vous cherche (vous ou l'autre parent) lorsqu'il est contrarié	0	1	2	
11-	Pleure ou s'accroche à vous quand vous voulez partir	0	1	2	
12-	Se fait beaucoup de souci ou est très sérieux	0	1	2	
13-	Vous regarde en face quand vous prononcez son nom	0	1	2	
14-	Ne réagit pas s'il se fait mal	0	1	2	
15-	Est affectueux avec les siens	0	1	2	
16-	Ne veut pas toucher certains objets à cause de leur contact	0	1	2	
17-	A de la peine à s'endormir ou à rester endormi	0	1	2	
18-	Se sauve dans les lieux publics	0	1	2	
19-	S'amuse avec les autres enfants (autres que frères et sœurs)	0	1	2	N
20-	Peut rester attentif un long moment (TV non incluse)	0	1	2	
21-	S'adapte difficilement aux changements	0	1	2	
22-	Essaie d'aider quelqu'un qui a mal (par exemple : lui donne un jouet)	0	1	2	
23-	Est souvent très fâché	0	1	2	
24-	S'étouffe avec la nourriture	0	1	2	
25-	Imite des bruits par jeu si vous lui demandez	0	1	2	
26-	Refuse de manger	0	1	2	
27-	Bat, pousse, donne des coups de pied ou mord les enfants (autres que frères et sœurs)	0	1	2	N
28-	Est destructeur. Casse ou abîme des choses exprès	0	1	2	
29-	Désigne du doigt une chose éloignée pour vous la montrer.	0	1	2	
30-	Frappe, mord ou donne des coups de pied (à vous ou à l'autre parent)	0	1	2	
31-	Fait des câlins ou donne à manger aux poupées ou aux peluches	0	1	2	
32-	A l'air malheureux ou triste, déprimé ou replié sur lui-même	0	1	2	
33-	Essaie de vous faire mal exprès (à vous ou à l'autre parent)	0	1	2	

34-	Devient muet, ne bouge pas quand il est contrarié	0	1	2	

Les descriptions de cette section concernent des comportements ou des sentiments qui peuvent poser des problèmes pour les jeunes enfants. Certaines questions peuvent être un peu difficiles, notamment si vous n'avez pas vu de tels comportements chez votre enfant. Faites de votre mieux pour répondre à chaque description. Entourez la réponse qui décrit le mieux le comportement de votre enfant **dans le dernier mois**

35-	Met et remet les choses toujours dans le même ordre et se fâche s'il est interrompu	0	1	2	
36-	Répète sans fin la même action ou phrase sans montrer du plaisir. Décrivez :.....	0	1	2	
37-	Répète sans fin un certain mouvement comme se balancer, tourner, etc. Décrivez :.....	0	1	2	
38-	Part dans son propre monde, ignorant totalement ce qui se passe autour de lui.	0	1	2	
39-	Ne regarde pas dans les yeux	0	1	2	
40-	Evite le contact corporel	0	1	2	
41-	Se fait volontairement mal (par exemple se tape la tête). Décrivez :.....	0	1	2	
42-	Mange ou boit des choses non comestibles (comme du papier, de la peinture). Décrivez :.....	0	1	2	

A. Êtes vous préoccupé(e) des comportements, sentiments ou relations de votre enfant ?

1- pas du tout préoccupé(e)
2- un peu préoccupé(e)
3- préoccupé(e)
4- très préoccupé(e)

B. Êtes vous préoccupé(e) à propos du développement du langage de votre enfant ?

1- pas du tout préoccupé(e)
2- un peu préoccupé(e)
3- préoccupé(e)
4- très préoccupé(e)

Prenez une dernière minute pour vérifier que vous avez bien répondu à toutes les questions.

Date à laquelle vous avez terminé ces questionnaires : _ _/_ _/_ _ _ _

Merci !

Nous vous remercions grandement de votre participation et du temps que vous avez passé à remplir ces questionnaires.

Nous vous garantissons à nouveau que vos réponses resteront confidentielles au regard de la crèche et de toute personne autre que l'organisatrice de la recherche, Margot Violon et Jaqueline Wendland, sa directrice de thèse ; et qu'elles seront rendues anonyme par le découpage du coupon contenant vos données d'identification au bas de la première page de ce document.

Margot Violon

Le Brunet-Lézine Révisé (BLR)

Passation N°__

Passation du Brunet-Lézine Révisé
- Recueil d'informations relatives à l'enfant -

(à remplir par l'investigateur)

1. Données relatives au déroulement de l'entretien Durée de la passation : ____min

Nom/Prénom de l'investigateur : _____

Crèche : Date de la passation : _ _ /_ _ /_ _ _ _

Personne présente à l'entretien (aux côtés de l'enfant) : Mère ☐ / Père ☐ / (couple ☐)

2. Données sociodémographiques concernant les parents

Age de la mère : / CSP[1] de la mère : / Niveau d'étude :

Age du père : / CSP du père : / Niveau d'étude :

Situation familiale des parents de l'enfant[2] :

Ville de résidence :

Santé des parents :

_____

_____

3. *Données sociodémographiques concernant l'enfant*

Sexe de l'enfant : Garçon ☐ / Fille ☐

Date de naissance de l'enfant : _ _ /_ _ /_ _ _ _ Terme de naissance :

Position dans la fratrie :

Age et santé des frères/sœurs :

_____

_____

Déroulement de la grossesse et accouchement (mode, terme) :

[1] **CSP = Catégorie Socio-Professionnelle :** 1 = Agriculteurs exploitants / 2 = Artisans, commerçants, chefs d'entreprise / 3 = Cadres, professions intellectuelles supérieures / 4 = Professions intermédiaires / 5 = Employés / 6 = Ouvriers / 7 = Retraités / 8 = Etudiants / 9 = Parents au foyer / 10 = Sans activité professionnelle

[2] **Situation familiale** : 1= Mariés ou Pacsés / 2 = Concubinage / 3 = Divorcés / 4 = Séparés / 5 = décès d'un des deux parents / 6 = non reconnaissance de l'un des deux parents

Passation N°__

_____

_____

Poids et taille de l'enfant :

A la naissance : _____kg et _____cm / Actuellement : _____kg et _____cm

Allaitement et alimentation jusqu'à aujourd'hui :

_____

_____

Antécédents médicaux de l'enfant (santé générale) :

_____

_____

Mois/année d'arrivée à la crèche :

Nombre jours en crèche par semaine : Nombre heures en crèche par semaine :

Eléments particuliers dans l'histoire de l'accueil de l'enfant en crèche :

_____

_____

Séparation (hospitalisation ou autre) avec les parents (circonstances et durée) :

_____

_____

Age d'acquisition de la marche : _____ mois ; des premiers mots : _____ mois

Acquisition de la propreté :

_____

_____

Qualité du sommeil :

_____

_____

(Ce coupon sera détaché une fois la passation effectuée) *Passation N°___*

Prénom de l'enfant : _____ Nom de sa section : _____

BLR-E

Feuille de niveau

Brunet-Lézine Révisé

Echelle de développement psychomoteur de la première enfance

Nom, prénom .....

Sexe .....

Examinateur .....

	Année	Mois	Jour
Date de l'examen			
Date de naissance			
Age réel			
Ajustement si prématurité			
Age réel ou corrigé exprimé en mois ou en jours			

	P	C	L	S	Global
Nombre de points					
AD en mois					
AD en jours					
QD					

QD \ Echelles	P	C	L	S	Global
160					
150					
140					
130					
120					
110					
100					
90					
80					
70					
60					
50					
40					
30					

NOTATION et PROFIL

MOIS	P		C		L		S	
	Pts	Items	Pts	Items	Pts	Items	Pts	Items
30	72 66		104 98 92		73 67 61		51 45	
24	60 56		86 82 78		55 51 47 43		39	
20	52 49		74 71 68		39 36 33		35 32	
17	46 43		65 62 59 56		30 27		29 26	
14	40 38		53 51 49 47 45		24 22		23	
12	36 34 32		43 41 39 37		20 18		21	
10	30 29 28		35 34 33 32		16		19 18	
9	27 26 25		31 30 29 28		15		17 16	
8	24 23 22		27 26 25 24		14 13		15	
7	21 20 19 18		23 22 21		12		14 13	
6	17 16 15		20 19 18 17		11 10		12	
5	14 13		16 15 14		9 8		11 10 9	
4	12 11 10		13 12 11 10		7 6		8	
3	9 8 7		9 8 7		5		7 6 5	
2	6 5 4		6 5 4		4 3		4 3	
1	1 mois		1 mois		1 mois		1 mois	

EAP

Photocopie interdite

Tous droits de traduction, de reproduction et d'adaptation réservés pour tous pays

N°	item		Réussite ou échec
		2 MOIS	
1	P1	Couché sur le ventre, soulève la tête et les épaules	
2	P2	Retient la tête bien droite quand on exerce une traction sur ses avant-bras	
3	P3	Se retourne du côté sur le dos	
4	C1	Suit des yeux une personne qui se déplace	
5	C2	Suit des yeux l'anneau d'un côté à l'autre	
6	C3	Assis, tourne la tête pour suivre un objet qui disparaît lentement	
7	L1	Répond à la voix par immobilisation	
8	L2	Vocalise deux sons différents ou fait des vocalisations prolongées (jase)	
9	S1	Sourit à l'examinateur en réponse à son sourire accompagné de paroles	
10	S2	Réaction d'animation quand on s'approche de lui	
		3 MOIS	
11	P4	En position assise, maintient la tête bien droite, sans osciller	
12	P5	Couché sur le ventre, s'appuie sur ses avant-bras	
13	P6	Soulève la tête et les épaules quand on l'amène en position assise	
14	C4	Regarde le cube posé sur la table	
15	C5	Couché sur le dos, tient fermement le hochet d'un mouvement involontaire	
16	C6	Joue avec ses mains, les examine	
17	L3	Vocalise quand l'examinateur lui parle et lui sourit	
18	S3	S'anime aux préparatifs du repas (biberon ou tétée)	
19	S4	Rit aux éclats	
20	S5	A conscience de la nouveauté d'une situation	
		4 MOIS	
21	P7	Couché sur le ventre, garde les jambes en extension	
22	P8	Couché sur le dos, mouvements dirigés pour se débarasser de la serviette posée sur sa tête	
23	P9	Tient assis avec un léger soutien	
24	C7	Regarde la pastille posée sur la table	
25	C8	Couché sur le dos, secoue le hochet placé dans sa main en le regardant	
26	C9	Couché sur le dos, fait des mouvements de préhension dirigés vers l'anneau	
27	C10	Saisit un cube au contact	
28	L4	Tourne la tête immédiatement pour regarder la personne qui parle	
29	L5	Exprime de façon différente plaisir, déplaisir, colère ou pousse des cris de joie	
30	S6	Participe à des jeux corporels	
		5 MOIS	
31	P10	Couché sur le dos, explore ses jambes et ses genoux	
32	P11	Debout, tenu sous les bras, supporte une partie de son poids	
33	C11	Tient un cube placé dans sa main et regarde le deuxième	
34	C12	Tend la main vers l'objet qu'on lui offre	
35	C13	Assis, saisit d'une main l'anneau balancé devant lui	
36	L6	Rit et vocalise en manipulant ses jouets	
37	L7	Montre de l'intérêt aux bruits extérieurs (musique, aboiements, taper, etc.)	
38	S7	Sourit au miroir	
39	S8	Répond négativement ou crie quand la personne qui s'occupe de lui s'éloigne	
40	S9	Différencie nettement les visages familiers des étrangers	
		6 MOIS	
41	P12	Couché sur le dos, se débarrasse de la serviette posée sur sa tête	
42	P13	Couché sur le dos, prend ses pieds dans ses mains	
43	P14	Se soulève jusqu'à la position assise quand on exerce une traction sur ses avant-bras	
44	C14	Enlève le cube de la table à sa vue	
45	C15	Tient deux cubes, un dans chaque main, et regarde le troisième	
46	C16	Saisit la pastille en ratissant	
47	C17	Soulève par l'anse la tasse retournée	
48	L8	Fait des roulades ou vocalise quatre sons différents	
49	L9	Réagit immédiatement à l'appel de son nom	
50	S10	Regarde ce que regarde l'adulte si celui-ci montre du doigt	

N°	Item		Réussite ou échec
		7 MOIS	
51	P15	Tient assis brièvement sans soutien (dix secondes environ)	
52	P16	Assis avec soutien, se débarrasse de la serviette posée sur sa tête	
53	P17	Fait des efforts de déplacement, se hisse sur les genoux, pousse avec les bras	
54	P18	Porte ses pieds à sa bouche	
55	C18	Saisit deux cubes, un dans chaque main	
56	C19	Cherche la cuiller tombée	
57	C20	Examine la clochette avec intérêt	
58	L10	Utilise des émissions vocales, des gestes, ou crie pour attirer l'attention	
59	S11	Participe activement au jeu de «coucou»	
60	S12	Joue à jeter ses jouets	
		8 MOIS	
61	P19	Couché sur le ventre, se débarrasse de la serviette posée sur sa tête	
62	P20	Se retourne du dos sur le ventre	
63	P21	Assis sans soutien, se débarrasse de la serviette posée sur sa tête	
64	C21	Saisit la pastille avec la participation du pouce	
65	C22	Joue à frapper deux objets	
66	C23	Attire l'anneau vers lui en se servant de la ficelle	
67	C24	Fait sonner la clochette	
68	L11	Vocalise plusieurs syllabes bien définies	
69	L12	Réagit à certains mots familiers	
70	S13	Manifeste quand on met un objet hors de sa portée	
		9 MOIS	
71	P22	Mouvements nets de déplacements	
72	P23	Se tient debout avec appui	
73	P24	Soutenu sous les bras, fait des mouvements de marche	
74	C25	Accepte le troisième cube en lâchant un des deux qu'il tient déjà	
75	C26	Saisit la pastille entre le pouce et l'index	
76	C27	Retrouve le jouet sous la serviette	
77	C28	Retire le rond de la planchette	
78	L13	Emet des syllabes redoublées	
79	S14	Comprend une défense	
80	S15	Prend des morceaux avec les doigts dans son assiette, ou boit seul son biberon en le tenant, ou boit au verre si on lui maintient (une réussite sur trois)	
		10 MOIS	
81	P25	Passe seul de la position couchée à la position assise	
82	P26	Placé debout avec appui, lève un pied et le repose	
83	P27	Passe de la station assise à la station debout en utilisant un appui	
84	C29	Soulève par l'anse la tasse retournée et saisit le cube ou le jouet caché	
85	C30	Met un cube dans la tasse ou le retire	
86	C31	Cherche la pastille à travers le flacon	
87	C32	Cherche le battant de la clochette	
88	L14	Dit un mot de deux syllabes	
89	S16	Regarde ce que l'adulte regarde sans que celui-ci montre du doigt	
90	S17	Recommence à faire les mimiques qui ont fait rire	
		12 MOIS	
91	P28	Passe de la station debout à la station assise sans se laisser tomber	
92	P29	Marche avec aide quand on lui tient la main	
93	P30	Tient debout seul quelques secondes sans appui (trois secondes)	
94	C33	Prend le troisième cube, ou essaie de le prendre, en gardant les deux qu'il tient déjà	
95	C34	Lâche un cube dans la tasse	
96	C35	Remet le rond dans son trou sur la planchette	
97	C36	Gribouille faiblement sur démonstration	
98	L15	Secoue la tête pour dire «non»	
99	L16	Jargonne de manière expressive	
100	S18	Se prête activement à l'habillage par l'adulte (par exemple, donne sa main ou son pied)	

N°	Item		Réussite ou échec
		14 MOIS	
101	P31	Marche seul couramment	
102	P32	Monte à quatre pattes un escalier	
103	C37	Fait une tour de deux cubes	
104	C38	Remplit la tasse de cubes (au moins cinq cubes)	
105	C39	Introduit la pastille dans le flacon	
106	C40	Place le rond dans son trou sur ordre	
107	C41	Fait un gribouillage sur ordre	
108	L17	Utilise des onomatopées qui font office de mots	
109	L18	Identifie un objet (sur cinq objets présentés)	
110	S19	Montre du doigt ce qui l'intéresse	
		17 MOIS	
111	P33	Marche à reculons	
112	P34	Pousse du pied le ballon	
113	C42	Fait une tour de trois cubes	
114	C43	Tourne les pages du livre	
115	C44	Retire la pastille du flacon	
116	C45	S'adapte au retournement de la planchette pour le rond	
117	L19	Dit cinq mots	
118	L20	Identifie trois objets	
119	S20	Boit seul à la timbale et mange seul à la cuiller (deux réussites sur deux)	
120	S21	Fait boire, fait manger ou coiffe l'adulte (deux réussites sur trois)	
		20 MOIS	
121	P35	Donne un coup de pied dans le ballon après démonstration	
122	P36	Court avec des mouvements coordonnés	
123	C46	Fait une tour de cinq cubes	
124	C47	Utilise sa main pour maintenir le papier quand on lui demande de gribouiller	
125	C48	Place les trois morceaux sur la planchette	
126	L21	Nomme deux ou montre quatre images (planche 1)	
127	L22	Identifie quatre objets	
128	L23	Fait des phrases de deux mots	
129	S22	Exécute des instructions : asseoir la poupée, lui donner à boire, la brosser (deux réussites sur trois)	
130	S23	Joue à faire semblant (imitation différée)	
		24 MOIS	
131	P37	Donne un coup de pied dans le ballon sur ordre	
132	P38	Se tient sur un pied avec aide	
133	C49	Aligne les cubes pour imiter le train	
134	C50	Imite un trait sans direction observée	
135	C51	S'adapte au retournement de la planchette pour les trois morceaux	
136	L24	Nomme six images (planches 1 et 2)	
137	L25	Identifie huit objets ou en nomme quatre	
138	L26	Fait des phrases de trois mots	
139	L27	Utilise son prénom quand il parle de lui-même ou d'un objet qui lui appartient	
140	S24	Lave ses mains et essaie de les essuyer	
		30 MOIS	
141	P39	Monte l'escalier seul en alternant les pieds	
142	P40	Se tient sur un pied sans aide	
143	C52	Fait un mur avec quatre cubes	
144	C53	Fait une tour de huit cubes	
145	C54	Imite un trait horizontal et un trait vertical	
146	L28	Nomme dix images (planches 1 et 2)	
147	L29	Nomme huit objets ou plus	
148	L30	Utilise un des pronoms «je, tu, il, elle»	
149	S25	Comprend deux prépositions : «dans», «sur», «derrière», «devant», «dessous»	
150	S26	Enfile seul ses chaussons ou ses chaussettes	

BLC-F

ECHELLE DE DEVELOPPEMENT PSYCHOLOGIQUE DE LA PREMIERE ENFANCE

(BRUNET-LEZINE)

EPREUVES COMPLEMENTAIRES - NOUVELLE FORMULE (1)

(Echelle non verbale)

Nom et prénom de l'enfant :..... Date de l'examen :.....

Date de naissance :..... AR..... AD. ..... QD.....

24 mois

Niveau de base à partir duquel l'échelle de 2 à 6 ans peut être donnée (2)

- Fait une tour de 6 cubes .....
- Imite un trait .....
- Place les 3 morceaux ou la planchette .....
- Nomme 2 ou montre 4 images .....

30 mois

- Fait un pont de 3 cubes.....
- Imite un trait vertical et horizontal.....
- S'adapte au retournement de la planchette.....
- Nomme 5 ou montre 7 images .....

3 ans

- Fait un pont avec 5 cubes.....
- Copie un cercle.....
- Puzzle en 2 morceaux .....
- Enumère sur l'image.....

4 ans

- Fait une barrière avec 5 cubes .....
- Copie un carré .....
- Puzzle en 4 morceaux (la moitié) .....
- Exprime une action de l'image .....

5 ans

- Fait un escalier avec 10 cubes (modèle laissé).....
- Copie un triangle.....
- Puzzle en 4 morceaux .....
- Compte 4 cubes.....

6 ans

- Fait un escalier avec 10 cubes (suppression du modèle) ..
- Copie un losange.....
- Puzzle du mannequin.....
- Compte 13 cubes.....

OBSERVATIONS

(1) Le développement psychologique de la première enfance, Edition EAP, 1983, p. 31.
(2) Si ce niveau n'est pas acquis, on aura recours à l'échelle de baby tests. Feuille BL-E.

Tous droits de traduction, de reproduction et d'adaptation réservés pour tous pays
© EDITIONS SCIENTIFIQUES ET PSYCHOLOGIQUES - 92130 - ISSY-LES-MOULINEAUX (FRANCE)
Dépôt légal : 2ème trimestre 1993

ECHELLE DE DEVELOPPEMENT PSYCHOLOGIQUE DE LA PREMIERE ENFANCE

(BRUNET-LEZINE)

EPREUVES COMPLEMENTAIRES - NOUVELLE FORMULE (1)

(Echelle non verbale)

Nom et prénom de l'enfant : ..... Date de l'examen : .....

Date de naissance : ..... AR. ..... AD. ..... QD. .....

24 mois		**OBSERVATIONS**	**VERBES D'ACTION**
P 1 Coup de pied dans ballon sur ordre			qu'est-ce qui
C 2 Construit une tour de 6 cubes			
C 3 Essaie de plier le papier une fois			vole
C 4 Imite un trait			brûle
C 5 Place les 3 morceaux sur la planchette			griffe
L 6 Nomme 2 ou montre 4 images			dort
30 mois			nage
P 1 Essaie de se tenir sur un pied (2)			grogne
C 2 Construit une tour de 8 cubes			coupe
C 3 Construit un pont avec 3 cubes, d'après modèle			court
C 4 Imite un trait vertical et horizontal			pique
C 5 S'adapte au retournement de la planchette ...			mord
C 6 Nomme 5 ou montre 7 images			bout
3 ans			souffle
1 Construit un pont de 5 cubes			fond
2 Fait un puzzle en 2 morceaux			galope
3 Compare 2 lignes			aboie
4 Copie un cercle			miaule
5 Obéit à trois prépositions			flotte
6 Répète 6 syllabes			navigue
4 ans			explose
1 Copie un carré			rugit
2 Plie le papier en diagonale			
3 Décrit l'image			
4 Obéit à 5 prépositions			
5 Répète 3 chiffres			
6 Connaît 13 verbes d'action			
5 ans			
1 Construit un escalier avec 10 cubes			
2 Copie la figure complexe			
3 Fait le puzzle en 4 morceaux			
4 Distingue matin et soir			
5 Répète 12 syllabes			
6 Compte 4 cubes			

(1) Le développement psychologique de la première enfance, Edition EAP, 1983, p. 26.
(2) ou L8 : emploi le pronom je. Voir livre p. 31.

ANNEXE 3 : LES LETTRES DE PRESENTATION DE LA RECHERCHE

Lettre de présentation de la recherche aux crèches

Margot Violon
6 rue de la Vieille Monnaie
45000 Orléans
06.30.29.15.15.
margot_violon@hotmail.fr

A Orléans
Le 20 / 09 / 2016

A l'attention de XX

Madame, Monsieur

étant étudiante en deuxième année de Doctorat de Psychologie à l'Université de Paris Descartes, je me permets de vous contacter dans le cadre de ma thèse que je réalise au sein des établissements d'accueil collectif du jeune enfant. Plus précisément, je m'intéresse à l'influence que peuvent avoir les différentes organisations de soins (référence sur trois ans, à l'année voire dans les premières semaines d'accueil, continuité de soins, autres fonctionnements) sur, d'une part, les liens que tisse l'enfant avec les adultes de la structure qui s'occupent de lui au quotidien et, d'autre part, sur son développement. Centrée sur l'idée d'améliorer la qualité d'accueil du jeune enfant, cette recherche aura, je l'espère, des implications directes sur le terrain en apportant une meilleure compréhension théorique des besoins relationnels du jeune enfant.

La recherche a été mise en place l'an dernier dans une dizaine de crèches dans le département du Loiret dont trois au sein de structures gérées par le CCAS d'Orléans. Cependant, à l'issue de cette première année, un recueil de données complémentaires est nécessaire dans ces dernières crèches ainsi que dans de nouvelles afin de rendre mon échantillon plus représentatif et de pouvoir réaliser les analyses statistiques prévues. C'est pourquoi je vous propose de participer au projet de recherche en partie ou dans son intégralité en fonction de vos souhaits pour l'année à venir.

Cette étude se déroulera sur l'année 2016/2017 et propose différent outils : 1/ des entretiens avec des professionnelles et parents volontaires autour de l'accueil de l'enfant en crèche collective, des relations enfants-parents-professionnelles, de la période d'adaptation, de l'organisation des soins, etc. ; 2/ des questionnaires adressés aux professionnel(le)s permettant d'étudier les capacités d'attention des enfants de l'unité de vie ; 3/ des questionnaires pour les parents donnant un aperçu des acquisitions de l'enfant dans son développement et de ses compétences socio-émotionnelles ; 4/ un test de développement sous forme de petits jeux/exercices proposés aux enfants et à leurs parents afin d'approfondir l'étude du développement de l'enfant. Il est tout à fait possible que les professionnelles et les parents participent seulement à une partie des outils.

Cette étude est encadrée par le Professeur Jaqueline Wendland de l'Université Paris Descartes. Le protocole de recherche a fait l'objet d'une validation par un comité d'éthique en novembre 2015 (CERES, Université Paris Descartes ; protocole n°2015/32), par le Comité Consultatif de Traitement de l'Information dans le domaine de la Recherche en Santé en mars 2016 (CCTIRS, Ministère de l'Education Nationale, de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche ; dossier n°15.1032bis). Une déclaration a aussi été réalisée auprès de la Commission Nationale des Libertés Informatiques en mai 2016 (CNIL ; dossier n°195431).

Ces différentes procédures permettent ainsi de garantir des droits éthiques et déontologiques aux structures et aux personnes participantes (libre participation, droit de retrait à tout moment, droit d'accès et de rectification des données, anonymat, confidentialité, etc.). De plus, chaque participant a la possibilité de suivre l'avancement de la recherche et ses résultats.

Enfin, il convient de préciser qu'il ne s'agit pas d'un stage, mon intervention dans l'établissement étant bien moins engageante et plus ponctuelle.

Me tenant à votre disposition pour toute information complémentaire.

Cordialement.

Margot Violon

Lettre de présentation de la recherche aux professionnelles

Ecole Doctorale 261
« Cognitions, Comportements, Conduites Humaines »
Université Paris Descartes
71 avenue Edouard Vaillant
92100 Boulogne Billancourt

Margot Violon
Doctorante en Psychologie clinique
margot_violon@hotmail.fr
06.30.29.15.15.

A Orléans
Le 25/10/2016

Mesdames,

Doctorante en psychologie à l'Université de Paris Descartes, je réalise une recherche, sous la direction du Professeur Jaqueline Wendland, sur les relations que les jeunes enfants développent avec les professionnelles de leur lieu d'accueil (crèches collectives, multi-accueils) et l'influence de ces liens sur leur développement. Cette étude a pour objectif d'améliorer les conditions d'accueil collectif des jeunes enfants. Pour mener à bien celle-ci, je sollicite la participation de nombreuses professionnelles et parents des structures ayant accepté le projet.

En tant que professionnelle, votre collaboration peut prendre deux formes :

A. Je réalise tout au long de l'année scolaire 2016/2017 des **entretiens d'échange** (un par personne de 30 à 45 minutes maximum) avec des professionnelles volontaires. Je m'intéresse à votre expérience et à ce que vous pensez des relations entre l'enfant et les professionnelles qui s'occupent de lui quotidiennement.

B. Puis je vous sollicite, au mois de mars 2017, pour le **remplissage d'un ou plusieurs questionnaires** (en fonction de votre souhait) évaluant la qualité d'attention dans le jeu des enfants dont vous vous occupez et ayant entre 20 et 36 mois en fin d'année scolaire 2017.

Vous êtes libre de participer à cette recherche, que ce soit à l'une ou à l'ensemble de ses propositions, en sachant que vous pourrez interrompre cette participation à tout moment si besoin. Les résultats issus de votre éventuelle participation seront anonymes et confidentiels, même au regard de la structure. Votre prénom ainsi que le nom de la section dans laquelle vous exercez vous sont demandés dès maintenant pour des raisons organisationnelles mais n'apparaîtront plus par la suite.

Pourriez-vous, s'il vous plaît, cocher les propositions auxquelles vous souhaitez participer sur le coupon ci-joint. Vous pourrez ensuite le déposer dans une bannette prévue à cet effet au sein de votre crèche ou le remettre à votre directrice. Si au moins l'une de vos réponses est positive, je vous transmettrai une note d'information détaillant plus amplement la/les proposition(s) acceptée(s). Si vous êtes toujours d'accord, je vous proposerai ensuite une date de rencontre (dès que possible pour la réponse A) et/ou vous transmettrai les questionnaires (dès le mois de mars pour la réponse B).

Si vous souhaitez davantage d'informations sur cette recherche avant de participer, pendant ou même après votre participation, je reste disponible à tout moment aux coordonnées inscrites en en-tête.

Je vous remercie d'avance de l'attention que vous avez portez à ma recherche.

Margot Violon

(Coupon à remplir puis à déposer dans la bannette prévue à cet effet au sein de la structure ou à remettre à la direction)

Votre prénom : ……. Nom de votre section: ……

J'accepte de :

A. réaliser un **entretien** de 45 minutes maximum (rendez-vous possible dès maintenant, jusqu'en juin 2017)

OUI □ **NON** □

B. remplir **un ou plusieurs questionnaires** (dès mars 201)

OUI □ **NON** □

Lettre de présentation de la recherche aux parents

Ecole Doctorale 261
« Cognitions, Comportements, Conduites Humaines »
Université Paris Descartes
71 avenue Edouard Vaillant
92100 Boulogne Billancourt

Margot Violon
Doctorante en Psychologie clinique
margot_violon@hotmail.fr
06.30.29.15.15.

A Orléans
Le 25/10/2016

Madame, Monsieur,

Doctorante en psychologie à l'Université de Paris Descartes, je réalise une recherche, sous la direction du Professeur Jaqueline Wendland, sur les relations que les jeunes enfants développent avec les professionnelles de leur lieu de garde (crèches collectives, multi-accueils) et l'influence de ces liens sur leur développement. Cette étude a pour objectif d'améliorer les conditions d'accueil collectif des jeunes enfants. Pour mener à bien celle-ci, je sollicite la participation de nombreuses professionnelles et parents des structures ayant accepté le projet.

En tant que parent, votre collaboration peut prendre différentes formes :

A. Je réalise tout au long de l'année scolaire 2016/2017 des **entretiens d'échange** (un par personne de 30 à 45 minutes maximum) avec des parents volontaires autour de la question des relations que vous et votre enfant tissez avec les différentes professionnelles de son unité de vie.

B. Je vous sollicite aussi pour le **remplissage d'un ou deux questionnaire(s)** (en fonction de l'âge de votre enfant) permettant de donner un aperçu du développement de votre enfant. Ces questionnaires sont à remplir, dès le mois de mars 2017, à domicile et à rapporter à la crèche dans le mois suivant leur distribution.

C. Enfin, je vous propose, en complément et au dernier trimestre 2017 (mars-juin), la **passation d'un test de développement** permettant de savoir où en est votre enfant dans différents secteurs du développement (motricité, socialisation, langage, etc.). Il s'agit de petits jeux (encastrement, cubes, etc.) proposés à l'enfant en votre présence et de questions qui vous sont directement adressées. Il faut compter 1h00 en moyenne pour l'ensemble.

Vous êtes libre de participer à cette recherche, que ce soit à l'une ou à l'ensemble de ces propositions, en sachant que vous pourrez interrompre cette participation à tout moment si besoin. Les résultats issus de votre éventuelle participation seront anonymes et confidentiels, même au regard de la structure accueillante. Le prénom de votre enfant, sa date de naissance ainsi que le nom de sa section vous sont demandés dès maintenant pour des raisons organisationnelles mais n'apparaîtront plus par la suite.

Pourriez-vous, s'il vous plaît, indiquer si vous souhaitez ou non participer à chacune des propositions, sur le coupon ci-joint. Si vous souhaitez participer, je vous invite à mentionner votre adresse mail pour faciliter nos échanges et notre éventuelle prise de rendez-vous pour l'entretien et/ou le test de développement. Vous pourrez ensuite le déposer dans l'urne prévue à cet effet dans le hall d'entrée de votre crèche ou le remettre à la direction.

Si vous souhaitez davantage d'informations sur cette recherche avant de participer, pendant ou même après votre participation, je reste disponible à tout moment aux coordonnées inscrites en en-tête.

Je vous remercie d'avance de l'attention que vous avez portez à ma recherche.

Margot Violon

(Coupon à remplir, à détacher et à retourner à la crèche)

Prénom de mon enfant : ……. Date de naissance : _ _ / _ _ / _ _ _ _

Nom de sa section : …….

J'accepte de :

A. réaliser un **entretien** de 45 minutes maximum (rendez-vous possible dès maintenant, jusqu'en juin 2017)

OUI □ **NON** □

B. remplir **un ou deux questionnaire(s)** concernant le développement de mon enfant (au mois de mars 2017)
OUI □ **NON** □

C. réaliser, avec mon enfant, un **test de développement** (rendez-vous pris dès mars 2017)
OUI □ **NON** □

Mon adresse mail : …….

ANNEXE 4 : LES NOTES D'INFORMATION

Note d'information pour l'entretien (exemple de celui des parents)

Ecole Doctorale 261
« Cognitions, Comportements, Conduites Humaines »
Université Paris Descartes
71 avenue Edouard Vaillant
92100 Boulogne Billancourt

Note d'information pour les parents
Réalisation d'un entretien

Exemplaire à conserver

Titre de l'étude : « Les relations professionnelles-enfants dans les crèches collectives »
Doctorante : Margot Violon
Sous la direction de : Jaqueline Wendland

Madame, Monsieur,

en tant qu'étudiante en doctorat de psychologie au sein de l'Université Paris Descartes et dans le cadre de ma recherche, effectuée sous la direction du Professeur Jaqueline Wendland, autour des liens enfants-professionnel(le)s dans les crèches collectives, je me permets de vous proposer, à vous, parents d'un enfant âgé de 0 à 3 ans accueilli dans une structure participante à l'étude, la réalisation d'un entretien sur le thème de la référence.

La référence correspond à la pratique mise en place dans la structure qui accueille votre enfant qui consiste à désigner pour chaque enfant, dès son arrivée, une professionnelle « référente » de son accueil, aussi appelée « auxiliaire privilégiée ».

BUT DE L'ETUDE

Mon étude consiste à mettre à jour les facteurs qui permettent de proposer à l'enfant et à vous, ses parents, une qualité d'accueil des plus satisfaisantes. Plus précisément, il s'agit d'analyser au plus près la relation que tisse l'enfant au quotidien avec les professionnel(le)s de sa section et notamment sa référente afin de comprendre ce qu'il a besoin de trouver dans ces liens pour se sécuriser et vivre le plus sereinement possible la séparation avec vous.

DEROULEMENT DE L'ENTRETIEN

L'entretien qui vous est proposé dure 30 à 45 minutes et se déroulera au sein de la crèche, dans une pièce fermée garantissant la confidentialité. Vous avez la possibilité d'être reçus en couple pour la réalisation de l'entretien. Des questions vous sont adressées afin de recueillir vos représentations et vos pensées autour de cette pratique et sa place dans l'accueil de votre enfant. Il ne s'agit pas ici d'évaluer la pratique des professionnel(le)s et l'accompagnement proposé dans la structure qui accueille votre enfant mais de saisir la manière dont vous percevez la nature et la qualité des liens que l'enfant établit avec son (sa) référent(e). Cet entretien ne comporte pas de « bonnes » ou « mauvaises » réponses. Vos propos sont accueillis sans aucun jugement.

Avec votre accord, l'entretien est enregistré sur un dictaphone, ce qui permet de le retranscrire le plus justement possible pour analyser finement ses résultats. En cas de refus, la permission de rédiger quelques notes durant l'entretien vous sera demandée.

La participation à cet entretien ne comporte pas de bénéfices individuels directs si ce n'est l'enrichissement des connaissances scientifiques autour des besoins affectifs du jeune enfant accueilli en crèche collective. En participant à l'entretien, vous n'encourez pas de risques ou inconvénients particuliers.

A noter que la participation à cette recherche n'est pas rémunérée.

TRAITEMENT ET TRANSMISSION DES RESULTATS

Le contenu de votre entretien sera saisi dans une feuille de traitement de texte informatique selon la loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés (6 janvier 1978). Vous aurez la possibilité d'avoir accès à cette retranscription écrite et d'en avoir une copie. Votre entretien sera ensuite analysé aux regards de dizaines d'autres entretiens. Si vous m'en donnez l'autorisation, certaines citations de votre discours pourront être utilisées de façon anonyme pour justifier ces résultats dans mes écrits (thèse, articles scientifiques, etc.) et lors de présentations orales (conférence, congrès, etc.).

Vous aurez la possibilité d'être informés du suivi de l'étude et de ses résultats et de m'adresser toute question en m'écrivant à l'adresse suivante : margot_violon@hotmail.fr ou, à défaut, en m'appelant à ce numéro : 06.30.29.15.15.

DROITS ET CONFIDENTIALITE

Au moment de l'entretien, le prénom de votre enfant et le nom de sa section vous sont demandés pour des raisons méthodologiques. Suite à l'entretien, la retranscription écrite informatisée, effectuée par moi-même, sera codée et ne comportera plus aucun élément pouvant vous identifier, vous, votre enfant ou la structure. De même, le fichier audio de l'entretien sera enregistré sur informatique sans données d'identification. Le contenu de notre entretien est confidentiel au regard de la crèche et de toute personne autre que moi-même, la doctorante, et la directrice de thèse, toutes deux soumises au secret professionnel.

Les deux fichiers (audio et verbatim) seront conservés sans données identifiantes et de façon sécurisée sur mon ordinateur personnel, auquel moi seule ai accès, durant la réalisation de la thèse et les publications qui en découleront.

Vous êtes libres de participer à cette étude, de l'interrompre à tout moment ou de décider pendant, à la fin ou même après l'entretien que votre enregistrement et toute donnée vous concernant ne soient pas utilisés et soient détruits sans avoir à vous justifier et sans craindre de désavantage pour vous ou votre enfant. Vous aurez aussi le droit de rectifier vos réponses à l'entretien dans les jours suivants notre rencontre.

Le jour de l'entretien, il vous sera demandé de signer un formulaire de consentement libre et éclairé qui reprend ces droits.

Il est important de vous préciser que l'ensemble du protocole de notre étude a été approuvé par un comité d'éthique (CERES, novembre 2015) et donc validé aux regards des lois éthiques et déontologiques régissant la recherche scientifique.

Je vous remercie de l'attention que vous portez à cette recherche.

Margot Violon

Note d'information pour le questionnaire professionnel

Ecole Doctorale 261
« Cognitions, Comportements,
Conduites Humaines »
Université Paris Descartes
71 avenue Edouard Vaillant
92100 Boulogne Billancourt

Note d'information pour les professionnelles : Remplissage d'un questionnaire

Exemplaire à conserver

Titre de l'étude : « Les relations professionnelles-enfants dans les crèches collectives »
Doctorante : Margot Violon
Sous la direction de : Jaqueline Wendland

Mesdames,

En qualité d'étudiante en doctorat de psychologie au sein de l'Université Paris Descartes et dans le cadre de ma recherche, effectuée sous la direction du Professeur Jaqueline Wendland, autour des liens enfants-professionnelles dans les crèches collectives, je me permets de vous proposer, à vous, professionnelles accueillant des enfants de 20 à 36 mois au sein d'une structure participante à l'étude, le remplissage d'un (ou plusieurs) questionnaire(s).

BUT DE L'ETUDE

Mon étude consiste à mettre à jour les facteurs qui permettent de proposer à l'enfant et ses parents une qualité d'accueil des plus satisfaisantes. Plus précisément, il s'agit de comprendre comment l'enfant se sécurise à travers la relation qu'il tisse, au quotidien, avec chacune des professionnelles de son unité de vie. Pour cela, je propose à toutes les professionnelles d'une même unité de remplir individuellement un questionnaire portant sur les capacités d'attention d'un (ou plusieurs) enfant(s).

Ce questionnaire se nomme le Toddler Attention Questionnaire et a été créé par S. Pallini et F. Laghi en Italie en 2012. La traduction francophone a été réalisée et validée en France en 2016 par mes collègues et moi-même (article en cours de publication).

PRESENTATION DU QUESTIONNAIRE

Cet outil est un questionnaire d'attention conçu pour des professionnelles de crèche. Il évalue les capacités d'attention des enfants de 20 à 36 mois accueillis au moins 20 heures par semaine en crèche. Il offre une idée de la qualité de l'exploration de l'enfant en présence d'un adulte particulier. Ainsi, un questionnaire est rempli pour un seul enfant choisi au hasard. Il prend la forme de 23 propositions décrivant des comportements d'attention. Pour chacune d'elles, il est demandé de cocher la case décrivant le mieux la fréquence d'apparition de ce comportement chez l'enfant. Les réponses s'appuient sur les observations faites par les professionnelles de l'enfant dans le quotidien.

Le remplissage d'un questionnaire prend en moyenne 5 minutes. En fonction de la motivation de l'ensemble des professionnelles de votre unité, je vous propose de remplir des questionnaires pour plusieurs enfants.

Le remplissage de ces questionnaires ne comporte pas de bénéfice individuel direct si ce n'est l'enrichissement des connaissances scientifiques autour des besoins affectifs du jeune enfant accueilli en structure collective. En participant, vous n'encourez pas de risques ou inconvénients particuliers. A noter que la participation à cette recherche n'est pas rémunérée.

TRAITEMENT ET TRANSMISSION DES RESULTATS

Les résultats issus de vos questionnaires seront saisis dans une feuille de calcul informatique suivant la loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés (6 janvier 1978). Ils seront ensuite analysés statistiquement au regard de centaines d'autres ; l'ensemble des données analysées sera utilisé de façon anonyme et en toute bienveillance dans mes écrits (thèse, articles scientifiques, etc.) et lors de présentations orales (conférence, congrès, etc.). Vous aurez la possibilité d'accéder à vos questionnaires, d'en avoir une copie et de rectifier, si besoin, vos réponses dans les jours suivants en m'adressant votre demande aux coordonnées mentionnées dans cet écrit.

Votre structure sera informée des résultats des questionnaires récoltés auprès des professionnelles de l'ensemble des structures participantes. Vous avez aussi la possibilité d'être informée personnellement du suivi de l'étude dans son intégralité et de m'adresser toute question en m'écrivant à l'adresse suivante : margot_violon@hotmail.fr ou, à défaut, en m'appelant à ce numéro : 06.30.29.15.15.

DROITS ET CONFIDENTIALITE

Vos réponses aux questionnaires sont strictement confidentielles au regard de la crèche et de toute personne autre que moi-même, la doctorante, et la directrice de la thèse, toutes deux soumises au secret professionnel. Votre prénom, celui de l'enfant et le nom de la section vous sont réclamés pour des raisons méthodologiques dans une zone détachable en bas de la première page des questionnaires. Celle-ci sera découpée une fois les documents récupérés afin que vos questionnaires soient conservés sans données d'identification. Il est ainsi important que vous ne mentionniez aucun élément pouvant vous identifier, vous ou l'enfant pour lequel vous répondez aux questions mis à part ceux qui vous sont demandés. Lors de la saisie informatique de vos réponses, ces données n'apparaîtront pas mais seront codées. Ni votre prénom, ni celui de la structure ne figureront donc sur le questionnaire et dans l'ensemble de mes écrits.

Les questionnaires en version papier et les réponses saisies informatiquement seront conservés de façon sécurisée, durant la réalisation de la thèse et les publications qui en découleront, à mon domicile dans un bureau personnel, sans mention de la structure participante. Le fichier informatique comportant vos réponses sera enregistré sur mon ordinateur personnel dont je suis la seule utilisatrice.

Vous êtes libre de participer à cette étude, de l'interrompre à tout moment, en me contactant, ou de décider pendant, à la fin ou même après le remplissage des questionnaires que les données vous concernant ne soient pas utilisées et soient détruites sans avoir à vous justifier et sans craindre de désavantage pour vous.

Avant de remplir les questionnaires, il vous est demandé de signer un formulaire de consentement libre et éclairé qui reprend ces droits.

Il est important de vous préciser que l'ensemble du protocole de notre étude a été approuvé par le comité d'éthique de la recherche en santé en novembre 2015 (CERES, protocole N° 2015/32, N°IRB : 20153200001072) et par le Comité Consultatif de Traitement de l'Information dans le domaine de la Recherche en Santé en mars 2016 (Ministère de l'Education Nationale, de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche ; dossier n°15.1032bis). Une déclaration a aussi été réalisée auprès de la Commission Nationale des Libertés Informatiques en mai 2016 (dossier n°195431).Ce protocole a ainsi été validé aux regards des lois éthiques et déontologiques régissant la recherche scientifique.

Je vous remercie de l'attention que vous portez à ma recherche.

Margot Violon

Note d'information pour les questionnaires parents

Ecole Doctorale 261
« Cognitions, Comportements, Conduites Humaines »
Université Paris Descartes
71 avenue Edouard Vaillant
92100 Boulogne Billancourt

Note d'information pour les parents : Remplissage de questionnaires

Exemplaire à conserver

Titre de l'étude : « Les relations professionnelles-enfants dans les crèches collectives »
Doctorante : Margot Violon
Sous la direction de : Jaqueline Wendland

Madame, Monsieur,

en tant qu'étudiante en doctorat de psychologie au sein de l'Université Paris Descartes et dans le cadre de ma recherche, effectuée sous la direction du Professeur Jaqueline Wendland, autour des liens enfants-professionnel(le)s dans les crèches collectives, je me permets de solliciter votre participation, à vous, parents d'un enfant âgé de 15 à 36 mois accueilli dans une structure participante à l'étude, pour le remplissage de deux questionnaires concernant votre enfant.

BUT DE L'ETUDE

Mon étude consiste à mettre à jour les facteurs qui permettent de proposer à l'enfant et vous, ses parents, une qualité d'accueil des plus satisfaisantes. Plus précisément, il s'agit d'analyser au plus près la relation que tisse l'enfant avec les professionnel(le)s de sa section au quotidien et de comprendre comment elle influe sur son développement.

PRESENTATION DES QUESTIONNAIRES

Deux questionnaires vous sont proposés. L'un des deux se nomme l'Inventaire de Développement de l'Enfant (Duyme, Capron & Zorman, 2010). Il permet d'évaluer différents secteurs du développement de votre enfant (socialisation, autonomie, langage, motricité, apprentissage des lettres et des nombres). Dans ce questionnaire, il vous est demandé de confirmer ou infirmer des propositions relatives à son comportement en vous basant sur les observations que vous faites de lui au quotidien.

L'autre questionnaire, la BITSEA (Brief Infant Toddler Social and Emotional Assessment) (Wendland et coll., 2014), tente d'apprécier les compétences/difficultés de votre enfant dans le domaine socio-émotionnel. Des propositions décrivant des comportements vous sont présentées ; vous devez cocher un chiffre de 0 à 2 en fonction de la fréquence d'apparition ou de la présence de ce comportement chez votre enfant.

Si vous enfant est âgé de 12 à 15 mois, seule la BITSEA vous sera proposée. En revanche, pour les enfants âgés de 15 à 36 mois, les deux questionnaires (BITSEA et IDE) sont à remplir.

Le remplissage des questionnaires, que vous pouvez effectuer à votre domicile durant le mois suivant leur distribution, vous prend en moyenne 30 à 40 minutes pour l'IDE et 5 minutes pour la BITSEA. Ils vous sont distribués via le casier de votre enfant à la crèche au sein d'une enveloppe. Cette dernière vous permet d'y insérer les questionnaires remplis et de la redéposer cachetée à la direction de la crèche.

Le remplissage de ces questionnaires ne comporte pas de bénéfice individuel direct si ce n'est l'enrichissement des connaissances scientifiques autour des besoins affectifs du jeune enfant accueilli en structure collective. Néanmoins, si des difficultés sont mises à jour dans le développement de votre enfant, vous en serez informé(e)(s) et une prise en charge vous sera proposée. En participant, vous n'encourez pas de risques ou inconvénients particuliers. A noter que la participation à cette recherche n'est pas rémunérée.

TRAITEMENT ET TRANSMISSION DES RESULTATS

Les résultats issus de vos questionnaires seront saisis dans une feuille de calcul informatique suivant la loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés (6 janvier 1978). Ils seront ensuite analysés statistiquement au regard de centaines d'autres ; l'ensemble des données analysées sera utilisé de façon anonyme et en toute bienveillance dans mes écrits (thèse, articles scientifiques, etc.) et lors de présentations orales (conférence, congrès,

etc.). Vous aurez la possibilité d'accéder à vos questionnaires, d'en avoir une copie et de rectifier, si besoin, vos réponses dans les jours en m'adressant votre demande aux coordonnées mentionnées dans cet écrit.

Si des difficultés particulières sont mises à jour dans les questionnaires, un courrier vous sera adressé pour vous proposer une orientation vers un spécialiste pour des évaluations complémentaires et/ou une prise en charge adaptée. Ces résultats vous seront communiqués en termes de force et faiblesse dans le développement ; aucun chiffre ne vous sera transmis. Si vous ne souhaitez pas connaître ces éventuelles conclusions, il est préférable que vous ne remplissiez pas les questionnaires.

En cochant la case prévue à cet effet dans le document de consentement libre et éclairé ci joint, vous pourrez être informé(e) des résultats des questionnaires remplis par les parents de l'ensemble des structures participantes par mail ; les conclusions ne seront pas apportées par établissement afin de conserver la confidentialité des données recueillies.

Vous avez la possibilité d'être informé(e) du suivi de la recherche dans son intégralité et de m'adresser toute question en m'écrivant à l'adresse suivante : margot_violon@hotmail.fr ou, à défaut, en m'appelant à ce numéro : 06.30.29.15.15.

DROITS ET CONFIDENTIALITE

Vos réponses aux questionnaires sont strictement confidentielles au regard de la crèche et de toute personne autre que moi-même, la doctorante, et la directrice de la thèse, toutes deux soumises au secret professionnel. Le prénom de votre enfant et le nom de sa section vous sont réclamés pour des raisons méthodologiques dans une zone détachable en bas de la première page des questionnaires. Celle-ci sera découpée une fois les documents récupérés afin que vos questionnaires soient conservés sans données d'identification. Il est ainsi important que vous ne mentionniez aucun élément pouvant vous identifier sur les questionnaires mis à part ceux qui vous sont demandés. Lors de la saisie informatique de vos réponses, ces données n'apparaîtront pas mais seront codées. Ni votre nom, ni celui de votre enfant ou de la structure ne figureront donc sur le questionnaire et dans l'ensemble de mes écrits.

Les questionnaires en version papier et les réponses saisies informatiquement seront conservés de façon sécurisée, durant la réalisation de la thèse et les publications qui en découleront, à mon domicile dans un bureau personnel, sans mention de la structure participante. Le fichier informatique comportant vos réponses sera enregistré sur mon ordinateur personnel auquel moi seule ai accès.

Vous êtes libre de participer à cette étude, de l'interrompre à tout moment, en me contactant, ou de décider pendant, à la fin ou même après le remplissage des questionnaires que les données vous concernant ne soient pas utilisés et soient détruites sans avoir à vous justifier et sans craindre de désavantage pour vous ou votre enfant.

Avant de remplir les questionnaires, il vous est demandé de signer un formulaire de consentement libre et éclairé qui reprend ces droits.

Il est important de vous préciser que l'ensemble du protocole de notre étude a été approuvé par le comité d'éthique de la recherche en santé en novembre 2015 (CERES, protocole N° 2015/32, N°IRB : 20153200001072). De plus, une demande d'autorisation a été adressée au comité consultatif sur le traitement de l'information en matière de recherche dans le domaine de la santé ainsi qu'à la Commission nationale de l'informatique et des Libertés (CNIL). Ce protocole a ainsi été validé aux regards des lois éthiques et déontologiques régissant la recherche scientifique.

Je vous remercie de l'attention que vous portez à ma recherche.

Margot Violon

Note d'information pour le test de développement (parents)

Ecole Doctorale 261
« Cognitions, Comportements, Conduites Humaines »
Université Paris Descartes
71 avenue Edouard Vaillant
92100 Boulogne Billancourt

Note d'information pour les parents : Passation d'un test de développement

Exemplaire à conserver

Titre de l'étude : « Les relations professionnelles-enfants dans les crèches collectives »
Doctorante : Margot Violon
Sous la direction de : Jaqueline Wendland

Madame, Monsieur,

en tant qu'étudiante en doctorat de psychologie au sein de l'Université Paris Descartes et dans le cadre de ma recherche, effectuée sous la direction du Professeur Jaqueline Wendland, autour des liens enfants-professionnel(le)s dans les crèches collectives, je me permets de vous proposer, à vous, parents d'un enfant âgé de 12 mois minimum accueilli dans une structure participante à l'étude, la passation d'un test de développement à votre enfant.

BUT DE L'ETUDE

Mon étude consiste à mettre à jour les facteurs qui permettent de proposer à l'enfant et vous, ses parents, une qualité d'accueil des plus satisfaisantes. Plus précisément, il s'agit d'analyser au plus près la relation que tisse l'enfant avec les professionnel(le)s de sa section au quotidien et de comprendre comment elle influe sur son développement.

DEROULEMENT DU TEST

Le test qui vous est proposé se nomme le Brunet-Lézine Révisé (Brunet & Lézine, 2001). Il donne une indication du niveau de développement global de votre enfant ainsi que par secteurs : moteur et postural, langagier, sociabilité, coordination oculo-manuelle.

La passation du test se déroulera au deuxième trimestre 2016, au sein de la crèche, dans une pièce fermée garantissant la confidentialité. Elle dure en moyenne 45 minutes. Il faut compter une trentaine de minutes en plus pour la prise d'informations complémentaires concernant l'histoire de vie et la santé de votre enfant. Ce test prend la forme de petits jeux et tâches proposés par l'investigateur à votre enfant avec du matériel standardisé, sur une petite table ou à même le sol. La présence de l'un de deux parents (au choix) est nécessaire durant l'ensemble de la passation pour sécuriser l'enfant et solliciter son attention sur le matériel tout en interférant le moins possible dans ses réponses, ses comportements. L'investigateur prend des notes sur une feuille de recueil de données, seul document qui comportera les résultats bruts du test.

La participation à ce test ne comporte pas de bénéfice individuel direct si ce n'est l'enrichissement des connaissances scientifiques autour des besoins affectifs du jeune enfant accueilli en structure collective. Néanmoins, si des difficultés sont mises à jour dans le développement de votre enfant, vous en serez informé(e)(s) et une prise en charge vous sera proposée. En participant, vous n'encourez pas de risques ou inconvénients particuliers. A noter que la participation à cette recherche n'est pas rémunérée.

TRAITEMENT ET TRANSMISSION DES RESULTATS

Les résultats du test seront saisis dans une feuille de calcul informatique[1] et analysés statistiquement

[1] Cette saisie sera effectuée suivant la loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés (6 janvier 1978).

au regard de dizaines d'autres, sans aucune données d'identification. Les résultats seront présentés de façon entièrement anonyme dans mes écrits (thèse, articles scientifiques, etc.) et lors de présentations orales (conférence, congrès, etc.).

Si des difficultés particulières sont mises à jour dans le développement de votre enfant, un entretien vous sera proposé quelques jours après la passation. Les résultats vous seront alors communiqués en termes de force et faiblesse; aucun chiffre ne vous sera transmis. Une orientation vers un spécialiste pour des évaluations complémentaires et/ou une prise en charge adaptée vous sera proposée si nécessaire. Si vous ne souhaitez pas connaître ces éventuelles difficultés, il est préférable que vous ne participiez pas à ce test.

En cochant la case prévue à cet effet dans le document de consentement libre et éclairé qui vous sera remis lors de la passation, vous pourrez être informés des résultats des tests menés auprès des parents et leurs enfants de l'ensemble des structures participantes ; les conclusions ne seront pas apportées par établissement afin de conserver la confidentialité des données recueillies.

Vous avez aussi la possibilité d'être informés du suivi de l'étude dans son ensemble et de m'adresser toute question en m'écrivant à l'adresse suivante : margot_violon@hotmail.fr ou, à défaut, en m'appelant à ce numéro : 06.30.29.15.15.

DROITS ET CONFIDENTIALITE

Les résultats issus de votre participation à ce test sont strictement confidentiels : le contenu de la feuille de recueil de données et du fichier informatique ne sera accessible qu'à moi-même, la doctorante, et la directrice de la thèse, toutes deux soumises au secret professionnel. Il sera ainsi strictement confidentiel au regard de toute autre personne et vis-à-vis de la crèche. Le prénom de votre enfant et le nom de sa section vous sont demandés lors de la rencontre pour des raisons méthodologiques et sont notés sur une feuille autre que celle permettant le recueil des données. Lors de la saisie informatique des données, ces éléments n'apparaîtront pas, vos réponses seront codées. Ni votre nom, ni celui de votre enfant et de la structure ne seront donc mentionnés dans la feuille de recueil de données et dans l'ensemble de mes écrits.

La feuille de recueil de données originale en version papier et celle informatique seront conservées de façon sécurisée, durant la réalisation de la thèse et des publications qui en découleront, à mon domicile dans un bureau personnel, sans mention de la structure participante. Les résultats informatisés seront stockés sur mon ordinateur personnel auquel moi seule ai accès.

Vous êtes libre de participer à cette étude, de l'interrompre à tout moment ou de décider pendant, à la fin ou même après la réalisation du test que les données vous concernant, vous et votre enfant, ne soient pas utilisées et soient détruites sans avoir à vous justifier et sans craindre de désavantage pour vous ou votre enfant. Vous pourrez rectifier les données transmises dans les jours suivants la rencontre. Vous pourrez exercer ces droits de retrait et rectification en m'adressant votre demande aux coordonnées mentionnées dans cet écrit. Avant de réaliser la passation du test, il est demandé de signer un formulaire de consentement libre et éclairé en double exemplaire. Ces documents, reprenant vos droits, sont à apporter le jour de la rencontre pour que je les signe de ma main.

Il est important de vous préciser que l'ensemble du protocole de notre étude a été approuvé par le comité d'éthique de la recherche en santé en novembre 2015 (CERES, protocole N° 2015/32, N°IRB : 20153200001072) et est en cours d'évaluation par le comité consultatif sur le traitement de l'information en matière de recherche dans le domaine de la santé. De plus, une demande d'autorisation a été adressée à la Commission nationale de l'informatique et des Libertés. Ce protocole a ainsi été validé aux regards des lois éthiques et déontologiques régissant la recherche scientifique.

Je vous remercie de l'attention que vous portez à ma recherche.

Margot Violon

ANNEXE 5 : LES FORMULAIRES DE CONSENTEMENT LIBRE ET ECLAIRE

Formulaire de consentement pour l'entretien (exemple de celui des parents)

INSTITUT DE PSYCHOLOGIE
UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES
Les Sciences de l'Homme et de la Santé

Ecole Doctorale 261
« Cognitions, Comportements, Conduites Humaines »
Université Paris Descartes
71 avenue Edouard Vaillant
92100 Boulogne Billancourt

3 CH Ecole Doctorale 261 — iupdp

Formulaire de Recueil de Consentement Libre et Eclairé pour les parents
Réalisation d'un entretien

Réalisé en double exemplaire : l'un est conservé par le(s) participant(s), le second est remis à la doctorante

Titre de l'étude : « Les relations professionnelles-enfants dans les crèches collectives »
Doctorante : Margot Violon
Sous la direction de : Jaqueline Wendland

Vous avez la possibilité d'être reçus en couple pour la réalisation de l'entretien.

Je soussigné(e)_____(nom) _____(prénom), _ _/_ _ /_ _ _ _ (date de naissance) et _____ (nom) _____ (prénom), _ _/_ _ /_ _ _ _ (date de naissance) déclare(ons) ***être en accord avec les réponses (oui/non) que j'ai (nous avons) cochées pour les différentes propositions suivantes :***

OUI	NON	
☐	☐	J'ai (nous avons) reçu de la part de la doctorante des informations détaillées relatives à cette étude (buts, méthodes, contraintes), oralement et par écrit via une note d'information que j'ai (nous avons) conservée, les avoir compris, et avoir eu toutes les réponses aux questions que j'ai (nous avons) posées.
☐	☐	Il m'a (nous a) bien été précisé que j'étais (nous étions) libre(s) d'accepter, de refuser ou d'interrompre la participation à cette étude à tout moment sans préjudice et sans avoir à me (nous) justifier, que celle-ci reste anonyme et que les données me (nous) concernant sont confidentielles.
☐	☐	Après un délai de réflexion suffisant, j'accepte (nous acceptons) de prendre part à la réalisation de l'entretien qui m'a (nous a) été proposé ce qui ne décharge pas la doctorante de ses responsabilités ; mes (nos) droits restent garantis par les lois sur la recherche.
☐	☐	J'accepte (nous acceptons) que l'entretien soit enregistré sur dictaphone en sachant qu'il est confidentiel, anonyme et sera détruit une fois la soutenance de thèse et les différentes publications réalisées. Je reste (nous restons) libre(s) de demander la rectification des réponses ou la suppression de l'enregistrement pendant, à la fin, ou même après l'entretien sans avoir à me (nous) justifier et sans craindre de désavantage pour moi (nous) ou mon (notre) enfant.

OUI **NON**

☐ ☐ ***<u>En cas de refus de la proposition précédente</u>*** **:** J'accepte (nous acceptons) que l'investigatrice prenne des notes écrites durant l'entretien en sachant qu'elles sont confidentielles, anonymes et seront détruites une fois la soutenance de thèse et les différentes publications réalisées. Je reste (nous restons) libre(s) de demander une rectification de mes réponses ou la suppression de ces notes pendant, à la fin, ou même après l'entretien sans avoir à me (nous) justifier et sans craindre de désavantage pour moi (nous) ou mon (notre) enfant.

☐ ☐ J'accepte (nous acceptons) que le contenu de mon (notre) entretien soit saisi informatiquement dans un feuille de traitement de texte auquel je pourrais avoir accès et dont je pourrais obtenir une copie sur demande, et fasse l'objet d'un traitement statistique en accord avec la loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés (6 janvier 1978).

☐ ☐ J'accepte (nous acceptons) que mes (nos) réponses analysées avec ceux des autres participants soient diffusées de façon anonyme et à des fins scientifiques dans des écrits (thèse, articles scientifiques, etc.) et lors de présentations orales (congrès, colloques, etc.) en respectant les lois d'éthique et de déontologie qui régissent la recherche scientifique.

☐ ☐ J'autorise (nous autorisons) la doctorante, Margot Violon, à utiliser, de façon anonyme et bienveillante, dans ses écrits et lors de présentations orales, des citations extraites du contenu de mon (notre) entretien.

J'ai (nous avons) la possibilité de prendre connaissance des résultats globaux de l'étude et d'adresser toute question en contactant la doctorante : margot_violon@hotmail.fr, 06.30.29.15.15.

Fait à _____, le _ _ /_ _ /_ _ _ _

<u>Signatures (+ noms/prénoms) du(des) parent(s) et de l'investigatrice précédées de la mention « Lu et approuvé »</u>

Formulaire de consentement pour le questionnaire professionnel

Ecole Doctorale 261
« Cognitions, Comportements, Conduites Humaines »
Université Paris Descartes
71 avenue Edouard Vaillant
92100 Boulogne Billancourt

Formulaire de Recueil de Consentement Libre et Eclairé
pour le remplissage du Toddler Attention Questionnaire

Réalisé en double exemplaire : l'un est conservé par le participant, le second est remis à la doctorante

Titre de l'étude : « Les relations professionnelles-enfants dans les crèches collectives »
Doctorante : Margot Violon
Sous la direction de : Jaqueline Wendland

Je soussigné(e)_____(nom) _____(prénom), _ _/_ _ /_ _ _ _ (date de naissance) déclare ***être en accord avec les réponses (oui/non) que j'ai cochées pour les différentes propositions suivantes :***

OUI	NON	
☐	☐	J'ai reçu de la part de la doctorante des informations détaillées relatives à cette étude (buts, méthodes, contraintes) oralement et/ou par écrit via une note d'information que j'ai conservée, reconnais les avoir compris et avoir eu toutes les réponses aux questions que j'ai souhaité poser.
☐	☐	Il m'a bien été précisé que j'étais libre d'accepter, de refuser ou d'interrompre la participation à cette étude à tout moment sans préjudice et sans avoir à me justifier, que celle-ci reste anonyme et que les données me concernant sont confidentielles.
☐	☐	Après un délai de réflexion suffisant, j'accepte de prendre part au remplissage du Toddler Attention Questionnaire qui m'a été proposé en sachant que je déterminerai, avec mes collègues, le nombre de questionnaires que je souhaite remplir et que leur version papier originale et informatique seront détruites une fois la soutenance de thèse et les différentes publications réalisées. Je reste libre, si je le souhaite, de demander la rectification ou la suppression de mes réponses après le remplissage du (des) questionnaire(s) sans avoir à me justifier et sans craindre d'inconvénients pour moi. Cet accord ne décharge pas la doctorante de ses responsabilités ; mes droits restent garantis par les lois sur la recherche.

Tournez la page svp ►►

OUI	NON	
☐	☐	J'accepte que mes réponses au(x) questionnaire(s), auxquelles je pourrais avoir accès et dont je pourrais obtenir une copie sur demande, soient saisies informatiquement dans un feuille de calcul et fassent l'objet d'un traitement statistique en accord avec la loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés (6 janvier 1978).
☐	☐	J'accepte que mes réponses, analysées avec ceux des autres participants, soient diffusées de façon anonyme et à des fins scientifiques dans des écrits (thèse, articles scientifiques, etc.) et lors de présentations orales (congrès, colloques, etc.) en respectant les lois d'éthique et de déontologie qui régissent la recherche scientifique.

Les résultats globaux de l'étude seront communiqués à la structure dans laquelle j'exerce.

J'ai la possibilité d'adresser toute question en contactant la doctorante : margot_violon@hotmail.fr, 06.30.29.15.15.

Fait à _____, le _ _ /_ _ /_ _ _ _

Signatures (+ noms/prénoms) du(de la) professionnel(le) et de l'investigateur précédées de la mention « Lu et approuvé »

Formulaire de consentement pour les questionnaires parents

Ecole Doctorale 261
« Cognitions, Comportements, Conduites Humaines »
Université Paris Descartes
71 avenue Edouard Vaillant
92100 Boulogne Billancourt

Formulaire de Recueil de Consentement Libre et Eclairé pour les parents :
Remplissage de questionnaires IDE et/ou BITSEA

Réalisé en double exemplaire : l'un est conservé par le(s) participant(s), le second est remis à la doctorante

Titre de l'étude : « Les relations professionnelles-enfants dans les crèches collectives »
Doctorante : Margot Violon
Sous la direction de : Jaqueline Wendland

Vous avez la possibilité de remplir le(s) questionnaire(s) avec votre conjoint(e) en proposant une réponse commune. Si vos réponses diffèrent trop, vous pouvez demander à la doctorante un deuxième lot de questionnaires.

Je soussigné(e)_____(nom) _____(prénom), _ _/_ _ /_ _ _ _ (date de naissance) et _____ (nom) _____ (prénom), _ _/_ _ /_ _ _ _ (date de naissance) déclare(ons) ***être en accord avec les réponses (oui/non) que j'ai (nous avons) cochées pour les différentes propositions suivants :***

OUI	NON	
□	□	J'ai (nous avons) reçu de la part de la doctorante des informations détaillées relatives à cette étude (buts, méthodes, contraintes), oralement et par écrit via une note d'information que j'ai (nous avons) conservée, les avoir compris, et avoir eu toutes les réponses aux questions que j'ai (nous avons) posées.
□	□	Il m'a (nous a) bien été précisé que j'étais (nous étions) libre d'accepter, de refuser ou d'interrompre la participation à cette étude à tout moment en contactant la doctorante, Margot Violon, sans encourir de préjudice et sans avoir à me (nous) justifier, que celle-ci reste anonyme et que les données me (nous) concernant sont confidentielles.
□	□	Après un délai de réflexion suffisant, j'accepte (nous acceptons) de prendre part au remplissage du/des questionnaire(s) IDE et/ou BISTEA (en fonction de l'âge de l'enfant) qui m'ont (nous ont) été proposé(s) et sachant que leur version papier originale et informatique seront détruites une fois la soutenance de thèse et les différentes publications réalisées. Je reste (nous restons) libre(s) de demander à la doctorante la rectification de mes (nos) réponses ou la suppression des questionnaires après le remplissage sans avoir à me (nous) justifier et sans craindre de désavantage pour moi (nous) ou mon (notre) enfant. Cet accord ne décharge pas la doctorante de ses responsabilités ; mes (nos) droits restent garantis par les lois sur la recherche

OUI	NON	
□	□	J'accepte (nous acceptons) que mes (nos) réponses au(x) questionnaire(s) soient saisies informatiquement dans un feuille de calcul, à laquelle je (nous) pourrais(ons) avoir accès et dont je (nous) pourrais(ons) obtenir une copie sur demande, et fassent l'objet d'un traitement statistique en accord avec la loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés (6 janvier 1978).
□	□	J'accepte (nous acceptons) que mes (nos) réponses analysées avec ceux des autres participants soient diffusées de façon anonyme et à des fins scientifiques dans des écrits (thèse, articles scientifiques, etc.) et lors de présentations orales (congrès, colloques, etc.) en respectant les lois d'éthique et de déontologie qui régissent la recherche scientifique.

J'ai (nous avons) la possibilité de prendre connaissance des résultats globaux de l'étude et d'adresser toute question en contactant la doctorante : margot_violon@hotmail.fr, 06.30.29.15.15.

Fait à _____, le _ _ /_ _ /_ _ _ _

Signatures (+ noms/prénoms) du(des) parent(s)
précédées de la mention « Lu et approuvé »

Formulaire de consentement pour le test de développement (parents)

Ecole Doctorale 261
« Cognitions, Comportements, Conduites Humaines »
Université Paris Descartes
71 avenue Edouard Vaillant
92100 Boulogne Billancourt

Formulaire de Recueil de Consentement Libre et Eclairé pour les parents
Passation du test de développement Brunet-Lézine

En double exemplaire : l'un est conservé par le(s) participant(s), le second est remis à la doctorante

Titre de l'étude : « Les relations professionnelles-enfants dans les crèches collectives »
Doctorante : Margot Violon
Sous la direction de : Jaqueline Wendland

Pour la passation de ce test, la participation d'un responsable légal de l'enfant est requise. S'il s'agit des parents, la présence d'un seul des deux parents (au choix) est préférable. Son seul consentement est suffisant selon l'article L1122-2 du code de la santé publique.

Je soussigné(e)_____(nom) _____(prénom), _ _/_ _ /_ _ _ _ (date de naissance) déclare ***être en accord avec les réponses (oui/non) que j'ai cochées pour les différentes propositions suivants :***

OUI	NON	
□	□	J'ai reçu de la part de la doctorante des informations détaillées relatives à cette étude (buts, méthodes, contraintes), oralement et par écrit via une note d'information que j'ai conservée, les avoir compris, et avoir eu toutes les réponses aux questions que j'ai posées.
□	□	Il m'a bien été précisé que j'étais libre d'accepter, de refuser ou d'interrompre la participation à cette étude à tout moment en contactant la doctorante, Margot Violon, sans encourir de préjudice et sans avoir à me justifier, que celle-ci reste anonyme et que les données me concernant moi ainsi que mon enfant sont confidentielles.
□	□	Après un délai de réflexion suffisant, j'accepte que mon enfant réalise la passation du test de développement Brunet-Lézine en ma présence. Il m'a été garanti que les résultats de ce test sont confidentiels, anonymes et qu'ils seront détruits (feuille de données et fichier informatique) une fois la soutenance de thèse et les différentes publications réalisées. Je reste libre, si je le souhaite, de demander à la doctorante la suppression des données de mon enfant et des miennes après la passation du test sans avoir à me justifier et sans craindre de désavantage pour moi ou mon enfant. Cet accord ne décharge pas la doctorante de ses responsabilités ; nos droits restent garantis

par les lois sur la recherche. En cochant cette case, j'accepte que les résultats du test me soient transmis lors d'un entretien prévu quelques jours après la passation si des difficultés particulières sont mises à jour dans le développement de mon enfant et qu'une orientation vers un spécialiste me soit proposée.

OUI	**NON**	
□	□	J'accepte que les résultats issus de la passation du test soient saisis informatiquement dans une feuille de calcul et fassent l'objet d'un traitement statistique en accord avec la loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés (6 janvier 1978).
□	□	J'accepte que mes réponses analysées avec ceux des autres participants soient diffusées de façon anonyme et à des fins scientifiques dans des écrits (thèse, articles scientifiques, etc.) et lors de présentations orales (congrès, colloques, etc.) en respectant les lois d'éthique et de déontologie qui régissent la recherche scientifique.

J'ai la possibilité de prendre connaissance des résultats globaux de l'étude et d'adresser toute question en contactant la doctorante : margot_violon@hotmail.fr, 06.30.29.15.15.

Fait à _____, le _ _ /_ _ /_ _ _ _

Signatures (+ noms/prénoms) du parent et de l'investigateur précédées de la mention « Lu et approuvé »

ANNEXE 6 : LA CONVENTION DE RECHERCHE

Contrat de Collaboration de Recherche

Entre :

L'UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES,

Etablissement public à caractère scientifique, culturel et professionnel, dont le siège est situé 12 rue de l'Ecole de Médecine 75270 Paris Cedex 06, représentée par son Président Monsieur Frédéric DARDEL, désignée ci-après par « L'Université Paris Descartes »

L'UNIVERSITE PARIS DESCARTES agit au nom et pour le compte du Laboratoire de Psychopathologie et Processus de Santé EA 4057, dirigé par M Madame Isabelle VARESCON, ci-après dénommé le « Laboratoire ».

d'une part,

La société / L'établissement (rayer la mention inutile),

Société ..... au capital de ..... €, dont le siège social est situé ....., identifiée au Registre du commerce et des Sociétés sous le numéro de ....., représentée par ....., (fonction : .....), ci-après désignée par la « Structure Participante »

ou

Etablissement..... situé..... représenté par ..... (fonction : .....), ci-après désignée par la « Structure Participante »[1]

d'autre part,

L'Université Paris Descartes et la Structure Participante sont désignés individuellement par « la PARTIE » ou collectivement par « les PARTIES ».

IL EST PREALABLEMENT ATTENDU QUE :

Madame Jaqueline WENDLAND, Professeur des universités, est actuellement responsable d'un projet de recherche réalisé par Margot

1 Lorsque les structures participantes sont plusieurs, une seule convention est signée par le gestionnaire. La liste détaillée de ces structures est présentée en annexe.

VIOLON, psychologue, dont le titre est : « Les relations professionnelles-enfants dans les crèches collectives », et dirige la thèse de doctorat de psychologie de l'Université Paris Descartes de celle-ci.

Dans ce cadre, la collaboration partenariale, entre d'une part les enseignants chercheurs du LABORATOIRE de l'Université Paris Descartes, impliqués dans la recherche, et d'autre part les professionnel(le)s de la STRUCTURE PARTICIPANTE, est indispensable à l'avancée de ladite recherche. Aussi, le présent contrat de collaboration est conclu entre les deux parties.

1. Le Laboratoire souhaite mener une étude portant sur les relations professionnelles-enfants dans les crèches collectives notamment via la thèse de Mme Margot VIOLON.

2. Le Laboratoire et la Structure Participante souhaitent collaborer sur l'étude des relations professionnelles-enfants dans les crèches collectives (ci-après désignée « Projet de Recherche»)

3. Dans ce contexte, le présent contrat a pour objet d'établir une collaboration de recherche entre les Parties et de définir les droits et obligations des Parties pendant la collaboration.

IL EST CONVENU CE QUI SUIT :

Dans le contrat présent, et à moins que le contexte n'indique clairement le contraire, les termes suivants commençant par une majuscule sont définis comme suit, étant entendu que les mots pluriel peuvent s'entendre au singulier et réciproquement.

« **Connaissances Propres** » désigne les informations, savoir-faire, inventions, technologies, droits de propriété intellectuelle, acquis ou développés, respectivement par la Structure Participante ou l'Université Paris Descartes à l'occasion de leurs propres recherches, ou en collaboration avec des tiers, avant la signature du Contrat ou indépendamment du Contrat et qui sont nécessaires à la réalisation du Projet de Recherche.

« **Contrat** » désigne le présent document, ses éventuels avenants et ses annexes.

« **Information(s) Confidentielle(s)** » désigne les informations et/ou données, et/ou savoir-faire, et/ou logiciel, et/ou matériels, et/ou modèle, et/ou méthode, et/ou descriptif, et/ou procédé, et/ou application, et/ou connaissances techniques, commerciales, études, photocopies, rapports, dossiers, de quelque nature que ce soit, transmises directement ou indirectement, communiquées par une PARTIE à l'autre PARTIE, en vertu du présent engagement, sous forme écrite, orale, visuelle, verbale, ou incorporé dans un support tangible tel qu'un échantillon, un support informatique, matériel ou matière ou encore résultant d'une visite de

l'une des PARTIES, et en particulier, les descriptions, les notes techniques, comptes rendus de réunion, schémas et plans, notes de réalisation applicables au domaine technique

« **Projet de Recherche** » désigne le projet de recherche intitulé « l'étude des relations professionnelles-enfants dans les crèches collectives » réalisé en collaboration par l'Université Paris Descartes et par la Structure Participante selon le programme défini en Annexe 1.

« **Responsables du Projet** » désigne le Responsable Scientifique de l'Université Paris Descartes et le Responsable de la Structure Participante, tels qu'ils sont mentionnés à l'Article 2.

« **Résultats** » désigne tout résultat nouveau obtenu au cours de la réalisation du Projet de Recherche, de quelque nature et sous quelque forme que ce soit, notamment connaissance, expérience, savoir-faire, brevet, méthode, conception d'outil, procédé, composant spécifique, logiciel, qu'il soit ou non protégé ou protégeable par un droit et/ou un titre de propriété intellectuelle.

Article 1 - Objet du contrat

Par le présent accord, l'Université Paris Descartes et la Structure Participante souhaitent fixer les modalités générales d'exécution du Projet de Recherche, les règles d'attribution des droits de propriété intellectuelle et industrielle sur les Résultats issus du dit Projet de Recherche.

Article 2 - Organisation de la collaboration

Chacune des PARTIES s'engage à mettre à disposition de l'autre PARTIE les Connaissances Propres dont elle a la libre disposition qui seront nécessaire à la réalisation du Projet de Recherche.

2.1 Responsables du Projet

Le Projet de Recherche sera mené sous la responsabilité scientifique de Madame Jaqueline WENDLAND et sera suivie pour le compte de la Structure Participante par son représentant, M.....

2.2 Obligations de la Structure Participante

La Structure Participante, dans le cadre du projet de Recherche, s'engage à mettre à disposition du laboratoire une salle afin que Madame Margot VIOLON puisse rencontrer les enfants accompagnés de leurs parents et leur faire passer les tests et questionnaires détaillés en annexe 1 du présent Contrat.

La Structure participante s'engage également à autoriser ses employés volontaires à participer au Projet de Recherche sous la forme d'entretiens menés par Madame Margot VIOLON.

2.3 Obligations du Laboratoire

Le Laboratoire s'engage à effectuer le Projet de Recherche comme détaillé en annexe 1 du présent Contrat et notamment à respecter les règlements et lois applicables en matière de traitement des données.

Le Laboratoire fournira à la Structure Participante une copie de la publication des Résultats issus du Projet de Recherche une fois cette dernière publiée.

Dans le cas où l'un des participants au Projet de Recherche ferait état de résultats négatifs à l'un des questionnaires et/ou tests de développement, le Laboratoire s'engage à en informer dans les meilleurs délais les parents du participant ainsi que la Structure Participante.

Article 3 - Participation financière

Dans le cadre du Projet de Recherche, chaque Partie assume ses propres frais.

Article 4 - Confidentialité et Publication

4.1 Confidentialité

4.1.1 Chacune des PARTIES, dans la limite de ses droits et de la préservation de ses intérêts, transmettra aux autres PARTIES les seules Informations Confidentielles qu'elle juge nécessaire à la réalisation du Projet de Recherche.

4.1.2 Chacune des PARTIES s'engage, pendant la durée du présent Contrat et pour une durée supplémentaire de cinq (5) ans après échéance ou résiliation de celui-ci, à :

- ne pas divulguer, distribuer, reproduire, copier, dupliquer, et à ne pas publier, communiquer ou transférer à des tiers, partiellement ou totalement, directement ou indirectement, par oral ou par écrit et de quelque manière que ce soit tout ou partie des Informations Confidentielles (sans l'accord écrit préalable de l'autre PARTIE) ;
- ne donner accès aux Informations Confidentielles reçues de l'autre PARTIE, qu'aux seuls membres de son personnel ayant besoin d'y avoir accès pour les besoins du présent Contrat, à condition que ces derniers soient informés des présentes obligations de confidentialité et acceptent d'être liés individuellement par les engagements pris par le destinataire en vertu des présentes. Le destinataire se porte garant du respect des dispositions du présent Contrat par son personnel.

- protéger les Informations Confidentielles de toute divulgation intempestive et à prendre toutes les mesures raisonnables en vue de la prévention et de la protection contre le vol, les copies, les reproductions ou toutes utilisations, divulgations ou disséminations non expressément autorisées par la PARTIE émettrice ;
- n'utiliser les Informations Confidentielles que pour les besoins limités du Projet de Recherche, à l'exclusion de toute autre utilisation, directe ou indirecte, sauf accord préalable et écrit de la PARTIE émettrice ;
- respecter, et en tant que besoin à faire apparaître, les mentions de propriété et de confidentialité sur tous les documents et supports qui lui sont ou seront communiqués par la PARTIE émettrice.

4.1.3 Sauf comme prévu dans l'Article 4.1.2, la PARTIE qui reçoit l'Information Confidentielle n'aura aucune obligation et ne sera soumise à aucune restriction eu égard à toutes Informations Confidentielles qui :

- sont entrées dans le domaine public préalablement à leur divulgation ou après celle-ci mais dans ce cas en l'absence de toute faute de la PARTIE qui reçoit, ou
- ont été reçues d'un tiers de manière licite sans aucune restriction et en l'absence de toute violations du présent Contrat, ou
- ont été ou sont publiées sans qu'une telle publication constitue une violation du présent Contrat, ou
- sont utilisées ou divulguées après autorisation écrite de la PARTIE dont elles émanent, ou
- sont déjà en possession de la PARTIE qui les reçoit, auquel cas cette dernière devra en apporter la preuve, ou
- sont développées par la PARTIE qui a reçu ladite Information Confidentielle et ce indépendamment des Informations Confidentielles reçues.
- ont été imposée à être divulgué par l'application d'une disposition légale ou règlementaire impérative ou par l'application d'une décision de justice définitive.

Ces exceptions n'étant pas cumulatives.

4.1.4 Il est expressément convenu entre les PARTIES que la divulgation par les PARTIES entre elles d'Informations Confidentielles, au titre du Contrat, ne peut en aucun cas être interprétée comme conférant de manière expresse ou implicite à la PARTIE qui les reçoit un droit quelconque (aux termes d'une licence ou par tout autre moyen) sur ces Informations Confidentielles.

4.1.5 Les stipulations du présent Article 4.1 restent en vigueur pendant la durée du Contrat et cinq (5) ans à compter de la plus tardive des deux échéances suivantes: (i) la fin du Projet de Recherche ou (ii) la résiliation du Contrat à l'égard de toutes les PARTIES.

4.2 Communication – Publication

4.2.1 Toutes publications et communications devront mentionner lisiblement le concours apporté par chacune des PARTIES à la réalisation du Projet de Recherche.

4.2.2 Sous réserve de l'Article 4.2.1, chaque PARTIE s'engage à ne pas faire usage du nom des autres PARTIES, ou du nom de leurs préposés ou de ceux au nom de qui elles agissent.

Article 5 - Responsabilité

5.1 Généralités

5.1.1 Les PARTIES garantissent que dans la conduite du Projet de Recherche, elles respecteront l'ensemble des législations en vigueur, notamment en matière de sécurité, d'environnement ou d'expérimentation.

5.1.2 Chaque PARTIE est responsable de tout dommage qui pourrait résulter d'une négligence, d'une faute, ou d'une omission de la part de ses préposés dans le cadre de l'exécution du Contrat. Chaque PARTIE reconnaît qu'elle a pris toute disposition pour couvrir sa responsabilité au titre du Contrat.

5.2 Personnes physiques

5.2.1 Dans le cadre du Projet de Recherche, des agents de l'Université Paris Descartes ou de la Structure Participante, restant payés par leur employeur, peuvent être amenés à travailler dans les locaux de l'autre PARTIE. Le personnel se trouve alors placé sous l'autorité et doit se conformer au règlement intérieur de l'établissement dans lequel il travaille. Toutes instructions utiles lui sont données à ce sujet au moment de son affectation.

5.2.2 L'Université Paris Descartes et la Structure Participante continuent toutefois d'assumer, à l'égard du personnel qu'ils rémunèrent, toutes les obligations sociales et fiscales de l'employeur et d'exercer envers lui toutes les prérogatives administratives de gestion (notation, avancement, discipline, etc.). Toutes les indications utiles et notamment les éléments d'appréciation indispensables sont fournis par l'établissement qui utilise effectivement les services du personnel.

5.2.3 L'Université Paris Descartes et la Structure Participante assurent l'un et l'autre la couverture de leurs agents respectifs en matière d'accidents du travail et de maladies professionnelles sans préjudice d'éventuels recours contre les tiers responsables.

5.2.4 En revanche l'organisme d'accueil assume la responsabilité civile concernant les actes des agents de l'autre PARTIE travaillant dans ses locaux comme s'il s'agissait de son propre personnel, et ce en vertu du fait que ces personnels sont placés sous l'autorité et soumis au règlement intérieur de l'établissement d'accueil.

Article 6 - Propriété des résultats

6.1 Connaissances Propres

6.1.1 Chacune des PARTIES conserve la pleine et entière propriété de ses Connaissances Propres, sous réserve des droits des tiers.

6.1.2 Il est expressément convenu entre les PARTIES que la communication de Connaissances Propres pour les besoins du Projet de Recherche ne peut, en aucun cas, être interprétée comme conférant ou transférant un droit quelconque à la PARTIE qui reçoit communication de ces Connaissances Propres d'une autre PARTIE, en dehors du droit d'usage pour les besoins d'exécution du Projet de Recherche.

6.1.3 Les résultats, même portant sur l'objet de la Recherche, mais non issus directement des travaux exécutés dans le cadre du présent contrat, appartiennent à la PARTIE qui les a obtenus. L'autre PARTIE ne reçoit sur les brevets et le savoir-faire correspondant aucun droit du fait du présent contrat.

6.2 Résultats

Les Résultats seront la pleine propriété de l'Université Paris Descartes qui pourra les protéger et les exploiter librement et sans contrepartie.

Article 7 - Durée

7.1 La collaboration entre les PARTIES entrera en vigueur rétroactivement au 1er janvier 2017 pour une durée d'un (1) an. La collaboration entre les PARTIES peut être renouvelée à la fin de cette période par un avenant qui précise notamment la durée de cette prolongation.

7.2 Nonobstant la résiliation anticipée du présent accord, dans les cas prévus à l'article "Résiliation":

- les dispositions prévues à l'article "Confidentialité et Publications" restent en vigueur pour les durées fixées audit article,
- sauf clause contraire, les dispositions prévues aux articles 6, 7 et 8 restent en vigueur.

Article 8 - Résiliation

8.1 Le présent Contrat peut être résilié de plein droit par l'une des PARTIES en cas d'inexécution par l'autre d'une ou plusieurs des obligations contenues dans ses diverses clauses ou des obligations contenues dans chaque accord d'application. Cette résiliation ne devient effective que trois (3) mois après l'envoi par la PARTIE plaignante d'une lettre recommandée avec accusé de réception exposant les motifs de la plainte, à moins que dans ce délai la PARTIE défaillante n'ait satisfait à ses obligations ou n'ait apporté la preuve d'un empêchement consécutif à un cas de force majeure.

8.2 Par force majeure, on entend tout évènement que les PARTIES ne pouvaient pas raisonnablement prévoir et contrôler au moment de la signature des

présentes en raison de son caractère inévitable, imprévisible et irrésistible et notamment tout arrêté, règlement, décision ou directive, arrêt ou jugement émanant de toute autorité, promulgué sous forme de loi ou autrement, ou toute autre circonstance indépendante de la volonté des PARTIES ou de la PARTIE affectée par l'évènement de force majeure.

8.3 L'exercice de cette faculté de résiliation ne dispense pas la PARTIE défaillante de remplir les obligations contractées jusqu'à la date de prise d'effet de la résiliation et ce, sous réserve des dommages éventuellement subis par la PARTIE plaignante du fait de la résiliation anticipée du contrat.

8.4 En cas d'expiration ou de résiliation du présent contrat, la Structure Participante prend l'engagement de restituer à l'Université Paris Descartes, dans le mois suivant ladite expiration ou résiliation, tous les documents et divers matériels que l'Université Paris Descartes lui aurait transmis, sans pouvoir en conserver de reproduction. Les PARTIES s'engagent alors à certifier par écrit à l'autre PARTIE ne pas avoir conservé de documents et divers matériels et/ou de reproductions, sur quelque support que ce soit. Cette certification écrite devra s'effectuer dans un délai de un (1) mois à compter du terme du présent Contrat par lettre recommandée avec accusé de réception.

Article 9 - Dispositions Diverses

9.1 Cocontractants indépendants

Le Contrat ne doit en aucun cas être interprété comme créant une relation d'association ou une société, même de fait, entre les PARTIES, chacune d'elles devant être considérée comme co-contractant indépendant.

9.2 Communications – Notifications

Toute communication ou notification à l'attention des PARTIES devra être faite par télécopie confirmée ou lettre recommandée avec avis de réception aux adresses indiquées ci-dessous, tant et aussi longtemps qu'elles n'ont pas été notifiées d'un changement d'adresse par écrit :

Pour la STRUCTURE PARTICIPANTE :	Pour l'UNIVERSITE PARIS DESCARTES :
.....	Université Paris Descartes - Centre
.....	Henri Piéron
.....	UFR Institut de Psychologie
.....	Laboratoire de Psychopathologie et
.....	Processus de Santé EA 4057
.....	Mme Jacqueline Wendland
.....	71, avenue Edouard Vaillant
.....	92774 Boulogne-Billancourt Cedex
.....	
.....	Pour les notifications d'ordre
.....	administratif
.....	Université Paris Descartes
.....	Direction de la Recherche et de la
.....	valorisation

..... 12, rue de l'Ecole de Médecine
..... 75270 Paris cedex 06
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Article 10 - Droit applicable – Résolution de litiges

10.1 Le Contrat est soumis au droit français.

10.2 Les PARTIES s'efforceront de résoudre à l'amiable les contestations qui pourraient surgir relatifs à la validité, l'interprétation ou l'exécution des clauses du Contrat dans un délai de trois (3) mois à compter de la notification adressée par la PARTIE la plus diligente. En cas de désaccord persistant, les juridictions françaises seront seules compétentes.

Fait à Paris en deux (2) exemplaires :

Pour LA STRUCTURE PARTICIPANTE

M.....

Pour l'UNIVERSITE PARIS DESCARTES

Frédéric DARDEL

ANNEXE 7 : LES ATTESTATIONS DES COMITES D'ETHIQUE

Attestation du CERES

PARIS DESCARTES

Comité d'éthique de la recherche en santé (CERES)

Le 5 Novembre 2015

Président : Denis Berthiau
denis.berthiau@sfr.fr

N° 2015/32

PROTOCOLE :
Les relations professionnelles-enfants dans les crèches collectives :étude du principe de référence

Noms des chercheurs : M. Violon et J. Wendland

Labo/ Service: Institut de Psychologie Paris Descartes (ED 261)

Protocole examiné à la séance du 22 Septembre 2015, puis revu après corrections.

Avis favorable.

N°IRB : 20153200001072

email : contact.ceres@cch.aphp.fr / denis.berthiau@sfr.fr

Attestation du CCTIRS

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTERE DE L'EDUCATION NATIONALE,
DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE

Direction générale
de la recherche et de l'innovation

Service de la performance, du financement et de la contractualisation
avec les organismes de recherche
Département de la culture scientifique et des relations avec la société

Comité consultatif sur le traitement de l'information en matière de recherche dans le domaine de la santé (CCTIRS)
Affaire suivie par : Claudine Poudroux

Recommandé avec AR - Numéro de dossier à rappeler dans toute correspondance : **CCTIRS N° 15.1032bis**
Responsable administrative CCTIRS : Francine Gaufreteau
Mél. : francine.gaufreteau@recherche.gouv.fr

Vos réf. : version n° 2 du 25/01/2016

Paris, le 23 mars 2016

Madame,

Conformément aux dispositions de la loi n° 94-548 du 1er juillet 1994, vous avez adressé au Comité consultatif sur le traitement de l'information en matière de recherche dans le domaine de la santé, un projet de traitement automatisé de données nominatives relatif à une étude intitulée : « Les relations professionne(le)s-enfants au sein des crèches collectives : étude du principe de référence. ».

Après examen de votre dossier, le Comité consultatif a émis l'avis ci-joint.

Les remarques émises par le Comité sont à prendre en compte pour votre dossier CNIL. Si vous souhaitez faire parvenir le dossier corrigé au CCTIRS, il serait archivé sans réponse de notre part.

En revanche, le Comité appelle votre attention sur le fait que **toute modification ultérieure du projet** (modification substantielle) que vous lui avez soumis doit être portée à sa connaissance par courrier postal incluant un dossier unique où **les éléments anciens** figurent en **« barrés »** et les **éléments nouveaux sont surlignés**.

Nous vous informons qu'un guideline de rédaction de la lettre d'information et du formulaire de consentement est disponible sur le site web du CCTIRS.

Je vous prie d'agréer, Madame, l'expression de mes salutations les meilleures.

Didier HOFFSCHIR
Chef du département de la culture scientifique
et des relations avec la société

Madame Jacqueline WENDLAND
Université Paris Descartes
Institut de Psychologie
71 avenue Edouard Vaillant
92100 BOULOGNE BILLANCOURT

Copie à : Monsieur Frédéric DARDEL
Université Paris Descartes
12 rue de l'école de médecine
75270 PARIS Cedex 06

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTERE DE L'EDUCATION NATIONALE,
DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE

DIRECTION GENERALE DE LA RECHERCHE ET DE L'INNOVATION

Comité consultatif sur le traitement de l'information en matière de recherche dans le domaine de la santé

Dossier n° 15.1032bis

Intitulé de la demande : Les relations professionne(le)s-enfants au sein des crèches collectives : étude du principe de référence.

Responsable scientifique : Jacqueline WENDLAND
Université Paris Descartes
Institut de Psychologie
71 avenue Edouard Vaillant
92100 BOULOGNE BILLANCOURT

Demandeur : Frédéric DARDEL
Université Paris Descartes
12 rue de l'école de médecine
75270 PARIS Cedex 06

Dossier reçu le : 2 février 2016

Dossier examiné le : **17 mars 2016**

Avis du Comité consultatif :

Avis favorable

Toutefois, le comité demande de prendre en compte les remarques suivantes :
1.- Questionnaire : ne recueillir que le mois et l'année de naissance de l'enfant.
2.- Notes d'information : ajouter l'adresse (laboratoire universitaire) de la doctorante pour l'exercice des droits de rectification et de retrait.
3.- Les investigateurs n'ont pas répondu à la demande concernant le critère de jugement principal pour comparer les 2 méthodes de référence. Quel est il ? Cela pose problème car il s'agit de l'objectif de l'étude. Il faut justifier en regard de l'hypothèse concernant ce critère de jugement principal l'effectif nécessaire.

Fait à Paris, le 23 mars 2016

Jean-Louis Serre
Président du Comité consultatif

Lettre de réponse au CCTIRS

Violon Margot
6 rue de la Vieille Monnaie
45000 Orléans
06.30.29.15.15.
margot_violon@hotmail.fr

A Orléans,
le 07/11/2016

CCTIRS
1 rue Descartes
75231 Paris Cedex 05

Objet : réponse à votre courrier du 18/05/2016 concernant le dossier n°15.1032bis

Madame, Monsieur,

Je me permets de vous écrire pour compléter mon dossier portant sur « l'étude des relations enfants-professionnelles : étude du principe de référence », réalisé dans le cadre d'un doctorat sous la direction du Professeur Jaqueline Wendland de l'Université Paris Descartes. Je vous propose si dessous des éléments de réponse concernant la remarque de votre dernier courrier portant sur le critère de jugement principal, la taille de l'échantillon, etc. de notre étude.

1. Afin de limiter l'**erreur (de « type I ») de conclure à tort à l'efficacité de la méthode en cas de significativité des résultats**, je vous présente le tableau ci-dessous présentant pour chaque outil utilisé le critère de jugement principal. L'état actuel de la littérature ne nous donne pas la possibilité de définir l'écart pertinent qui nous permettrait de conclure à une différence entre les deux corpus de données. Seul le Brunet-Lézine bénéficie d'une publication sur une étude récente réalisée avec deux groupes d'enfants tout venants. Dans le premier groupe (n=49) les parents ont reçu des visites à domicile régulières d'accompagnement psychologique à l'inverse du deuxième groupe (n=42) (Fidry, Claudon, Saint-Gilles, & Sibertin-Blanc, 2014). Définir dès à présent la taille de la population est donc difficile en l'absence de ces données. Néanmoins, puisque je souhaite réaliser des tests paramétriques, je veillerai à avoir deux échantillons de taille comparable, suivant chacun une distribution normale (de type gaussienne).

Outils	Critère de jugement principal	Hypothèses	Test	Ecart de jugement
BLR	Quotient de Développement	QD avec Référence > QD sans Référence	T de Student	Au moins 7 points d'écart entre les moyennes des QD des enfants avec / sans référence (Fidry, Claudon, Saint-Gilles, & Sibertin-Blanc, 201[41])
IDE	Quotient de Développement	QD avec Référence > QD sans Référence	T de Student	Absence de données existantes pour le déterminer
BISTEA	Score (2 sous-échelles : compétences / problèmes)	- Echelle Compétences : score avec référence > score sans référence - Echelle Problèmes : score avec référence < score sans référence	T de Student	Absence de données existantes pour le déterminer
TAQ	Score (3 sous-échelles : détachement, labilité,	- Echelles Détachement et Labilité : score avec référence < score sans référence	T de Student	Absence de données existantes pour le déterminer (outil jamais utilisé dans la recherche)

[1] Fidry, E., Claudon, P., Saint-Gilles, S. S., & Sibertin-Blanc, D. (2014). Prendre soin du bébé et de sa famille: Une expérience de recherche-action en périnatalité. *Neuropsychiatrie de L'enfance et de L'adolescenc*e, *62*, 154–162.

	flexibilité)	- Echelle Flexibilité : score avec référence > score sans référence		

2. J'ai ensuite travaillé sur **l'erreur (de « type II ») de conclure à tort l'inefficacité de la référence, en l'absence de significativité des résultats**. Pour ce faire, j'ai réfléchi aux trois facteurs clés favorisant une puissance statistique élevée (Cousineau, 2009[2]) :

- Fiabilité des données : j'ai tenté de réduire l'erreur expérimentale en choisissant des outils connus (à l'exception du TAQ dont la validation française vient d'être achevée), possédant de bonnes qualités psychométriques, souvent utilisés dans la recherche (réduction de l'erreur de mesure), en sélectionnant des participants motivés et représentatifs de la population générale (limite de l'erreur d'échantillonnage) et en créant deux groupes de crèches bien distincts dans leur pratique de la référence (présence versus absence).

- Seuil de décision : l'absence d'autres études utilisant les mêmes outils dans un contexte similaire rend mon étude exploratoire et m'empêche de déterminer un seuil de décision précis (Laurencelle, 2007[3]). Par défaut, il prend alors une valeur alpha de 5% procurant un effet moyen, le plus récurrent en psychologie (Cousineau, 2009).

- Pour déterminer la taille de l'échantillon, j'ai utilisé une table indiquant le nombre de participants par groupe (en fonction du nombre de groupes utilisés) et la taille de l'effet pour des seuils de décision de 5% (Cousineau, 2009, p.354). Cela m'a permis de déterminer un nombre de passations par outil permettant d'obtenir la meilleure puissance d'effet par rapport à ce qui est réalisable (cf. tableau ci-dessous).

Outils	Nombre de groupe	Seuil de décision	Nombre de passations déterminé	Puissance de l'effet
Test de développement BLR	2	0.05 (effet moyen)	38 par groupe	90%
Questionnaires IDE / BITSEA / TAQ	2	0.05 (effet moyen)	105 par groupe et par outil	95 %

En espérant que cet argumentaire réponde à votre question initiale. Je vous remercie de cette interrogation qui nous a permis de solidifier mon protocole méthodologique.

Cordialement,

Margot Violon

[2] Cousineau, D. (2009). *Panorama des statistiques pour psychologues. Introduction aux méthodes quantitatives.* Bruxelles : De Boeck Université.

[3] Laurencelle, L. (2007). Inventer ou estimer la puissance statistique? Quelques considérations utiles pour le chercheur. *Tutorials in quantitative methods for psychology*, 3(2), 35-42.

Fiche de déclaration à la CNIL

CNIL
8 rue de Vivienne - 75083 PARIS cedex 02
T. 01 53 73 22 22 - F. 01 53 73 22 00
www.cnil.fr

RÉCÉPISSÉ

DÉCLARATION NORMALE

Numéro de déclaration
1954311 v 0
du 23 mai 2016

Madame JAQUELINE Wendland
UNIVERSITE PARIS DESCARTES
LABORATOIRE DE PSYCHOPATHOLOGIE ET PROCESSUS DE SANTE
12 RUE DE L'ECOLE DE MEDECINE
75006 PARIS

A LIRE IMPERATIVEMENT

La délivrance de ce récépissé atteste que vous avez transmis à la CNIL un dossier de déclaration formellement complet. Vous pouvez désormais mettre en oeuvre votre traitement de données à caractère personnel.

La CNIL peut à tout moment vérifier, par courrier, par la voie d'un contrôle sur place ou en ligne, que ce traitement respecte l'ensemble des dispositions de la loi du 6 janvier 1978 modifiée en 2004. Afin d'être conforme à la loi, vous êtes tenu de respecter tout au long de votre traitement les obligations prévues et notamment :

1) La définition et le respect de la finalité du traitement,
2) La pertinence des données traitées,
3) La conservation pendant une durée limitée des données,
4) La sécurité et la confidentialité des données,
5) Le respect des droits des intéressés : information sur leur droit d'accès, de rectification et d'opposition.

Pour plus de détails sur les obligations prévues par la loi « informatique et libertés », consultez le site internet de la CNIL : www.cnil.fr

Organisme déclarant

Nom : UNIVERSITE PARIS DESCARTES

Service :

Adresse : 12 RUE DE L'ECOLE DE MEDECINE

Code postal : 75006
Ville : PARIS

N° SIREN ou SIRET :
197517212 00019

Code NAF ou APE :
8542Z

Tél. : 01.76.53.16.16.
Fax. :

Traitement déclaré

Finalité : L'UTILISATION DE DONNÉES PERSONNELLES PERMET DE PRÉCISER LES CARACTÉRISTIQUES DE L'ÉCHANTILLON DE PERSONNES PARTICIPANTES À LA RECHERCHE (ÂGE, CATÉGORIE-SOCIOPROFESSIONNELLE, NIVEAU D'ÉTUDE, ETC.) AINSI QUE DONNER UN DROIT D'ACCÈS ET DE RECTIFICATION SUR LES DONNÉES À CES PARTICIPANTS.

ANALYSE DES DIFFERENTES ORGANISATIONS DE SOINS (REPAS, CHANGE, ETC.) PORTES AUX ENFANTS EN CRECHE ET LEUR INFLUENCE SUR, D'UNE PART, LA CREATION DES RELATIONS PROFESSIONNELLES-ENFANTS ET D'AUTRE PART, LE...

Isabelle FALQUE PIERROTIN
Présidente

ANNEXE 8 : RESULTATS COMPLEMENTAIRES

Le choix d'un accueil en crèche par les parents

Sur l'échantillon de 20 parents dont nous avons analysé les résultats, la crèche était le premier choix de garde pour 17 parents. Trois parents n'avaient pas de préférence avec un accueil chez une assistante maternelle indépendante (N=2) ou appartenant à une crèche familiale (N=1).

Deux raisons essentielles sont mises en avant pour justifier la préférence d'un accueil en crèche collective : l'impact de la crèche sur la socialisation et l'autonomie de l'enfant et le refus d'un accueil chez une assistante maternelle.

La crèche comme facteur de socialisation et d'autonomie

Au sein de notre échantillon, 19 participants (16 parents dont 7 ont choisi une crèche avec référence pour leur enfant et 9 sans et 3 professionnelles dont 2 travaillent en référence et une sans référence) considèrent l'accueil en crèche comme essentiel pour le développement de la socialisation et l'autonomie de l'enfant.

Plus spécifiquement, 13 parents et 3 professionnelles pensent que la crèche permet un apprentissage des règles de vie en collectivité et renforce les capacités d'adaptation de l'enfant en groupe. Ainsi, cet accueil est perçu comme un tremplin facilitant l'intégration future de l'enfant dans le système scolaire et la vie adulte.

Le refus de l'assistante maternelle ?

La crèche a été choisie de façon privilégiée par 14 parents après une comparaison avec un accueil chez une assistante maternelle.

En premier lieu, c'est la présence de plusieurs professionnelles en crèche qui semble sécuriser les parents et favoriser leur confiance (13 parents, 5 dont l'enfant est accueilli dans une crèche proposant la référence et 8 dans une crèche sans référence). Plus précisément, 5 parents pensent que la pluralité des professionnelles pourrait éviter une éventuelle maltraitance de l'enfant et des erreurs de pratique, car permettrait aux professionnelles de passer le relais en cas de difficulté et d'échanger sur leur savoir-faire. Par ailleurs, trois autres parents se disent rassurés par la mise en place d'une relation enfant-professionnelle moins affective, plus distante qu'avec une assistante maternelle. A ce propos, la notion de confiance paraît centrale pour les parents qui ont employé ce terme 70 fois dans les entretiens.

Pour 6 parents, le matériel et les pratiques professionnelles en crèche sont plus adaptés au développement de l'enfant, à son éveil et à ses rythmes propres.

Puis, les professionnelles de crèches semblent davantage formées et avoir plus accès à des espaces de reprise des pratiques que les assistantes maternelles (3 parents).

Deux parents (qui ont opté pour une crèche sans référence) disent apprécier la « neutralité » de la crèche comparativement à un accueil familial qui donne l'impression de « rentrer dans l'intimité de la personne ».

Enfin, 1 parent trouve apaisant l'absence de rapport financier avec la crèche et un autre, les relais effectués pendant les vacances des professionnelles.

Une certaine ambivalence face à la collectivité

Nous remarquons que 8 parents (dont la moitié a un enfant accueilli dans une crèche avec référence) expriment une certaine appréhension face à un accueil en collectivité. Le nombre d'enfants important fait craindre le risque d'une « usine à bébés », selon les termes employés par 2 parents. Un accueil chez une assistante maternelle est pensé comme plus individualisé et proposant des liens affectifs plus sécurisants. Pour un parent, l'accueil en crèche augmente la durée d'adaptation de l'enfant, contrairement à l'assistante maternelle.

Toutefois, étonnamment, parmi ces 8 parents, 5 disent aussi avoir choisi la crèche comme mode d'accueil privilégié pour son impact positif sur le développement de la socialisation.

L'expérience de la collectivité par le parent

Sur les 20 parents rencontrés, seuls 4 parents ont vécu un accueil en crèche dans leur petite enfance, 6 parents ont été confiés à une assistante maternelle et 7 gardés par leur mère. De plus, 4 parents précisent avoir connu une expérience collective de type centre aéré au-delà de trois ans et en avoir conservé un très bon souvenir.

Un seul parent estime avoir pris la décision de mettre son enfant en crèche car il avait lui-même apprécié ce mode de garde étant petit. Les parents ayant passé des séjours en collectivité après la petite enfance ont, par contre, tous précisé que cela avait contribué au choix d'un tel système pour leur enfant.

Les critères de sélection de la crèche

Dans le dossier de candidature permettant l'obtention d'une place en crèche, certains parents ont la possibilité de mentionner plusieurs vœux de crèches. Nous les avons questionnés sur leurs critères de sélection :

- la localisation (9 parents) ;
- la petite taille (3 parents) ou la taille importante (1 parent) de la crèche ;
- l'accueil sur des horaires élargis (3 parents) ;
- les locaux (2 parents) ;
- la mise en confiance par les professionnelles lors de la visite de la crèche (2 parents) ;
- la connaissance de la crèche auparavant fréquentée par un aîné (2 parents) ;
- l'appréciation des pratiques pédagogiques présentées lors de la visite (2 parents).

Un seul parent a déclaré que la pratique de la référence faisait partie des éléments qui avaient guidé son choix de crèche, ayant lui-même eu un référent lors de son accueil en crèche enfant. Lorsque nous avons demandé aux autres parents pourquoi la référence ne figurait pas dans leurs critères de sélection, 5 ont répliqué ne pas avoir été trop exigeants au vu de la difficulté à obtenir une place en crèche, 3, ne pas connaître la référence avant leur arrivée (par ex : « Je n'avais pas du tout idée de ce qui pouvait bien se faire ou pas bien se faire, ce qui était bon ou pas, qu'en fait, j'avais davantage confiance en ce que la crèche pouvait proposer plus qu'en ce que, moi-même, je pouvais penser », N°16), et 2, ne pas avoir de regard sur le fonctionnement de la crèche avant la période d'adaptation. Enfin, 1 parent signale que « Ça ne devait pas être une question importante » pour lui à ce moment-là (N°36).

Pour 3 parents (dont l'enfant est actuellement dans une crèche pratiquant la référence), la référence sera à l'avenir un critère de sélection des crèches ; 1 autre précise que ça le serait s'il avait le choix et 2 parents affirment que la référence ne sera toujours pas un critère de sélection pour eux (l'un de ces deux parents fait actuellement l'expérience de la référence).

Les trois mots énoncés par les participants

Les participants issus des crèches en référence classique (N=20)

Tableau 79 : Les 3 mots-clés énoncés par les 10 professionnelles travaillant en référence classique à la question : « Si vous deviez synthétiser/résumer la référence en trois mots (précisions : « clés », « les plus représentatifs »), qu'est-ce que vous diriez ? »

N° Entretien professionnel	Mot n°1	Mot n°2	Mot n°3
N°3	pilier	investissement	confiance
N°14	rassurer	bien-être	continuité
N°23	bien-être	confiance avec les parents	relation dans l'équipe
N°25	relation privilégiée	sécurité	confort
N°27	relation de confiance	sécurité affective	
N°29	lien	suivi	confiance
N°33	sécurité	bien-être	équipe
N°43	accompagnement individualisé	lien d'attachement	individualité
N°54	facilité	lien	
N°78	repère	lien	

Tableau 80 : Les 3 mots-clés énoncés par les 10 parents qui ont choisi une crèche avec référence classique pour leur enfant à la question : « Si vous deviez synthétiser la référence en trois mots (ajout « les plus représentatifs »), que diriez-vous ? ».

N° Entretien Parent	Mot n°1	Mot n°2	Mot n°3	(Mot n°4)
N°1	interaction	partage	évolution	
N°6	sécurisante	utile	(en)cadrée	
N°7	disponibilité	socle	professionnalisme	
N°9	sécurité	affection	importance	
N°10	confiance	suivi personnalisé	lien entre enfants-parents-autre professionnelles	
N°14	personnalisation	interlocuteur particulier	éducation	
N°16	stabilité	sourire	organisation	conseil
N°36	sécurité	lien affectif		
N°58	rassurer	responsabilité	chaleureuse	
N°71	continuité	sécurité	attachement	

Les participants issus des crèches sans référence (N=20)

Tableau 81 : Les 3 mots-clés énoncés par les 10 professionnelles travaillant sans référence classique à la question : « Si vous deviez synthétiser les relations enfants-professionnelles en trois mots-clés, qu'est-ce que vous diriez ? »

N° Entretien professionnels	Mot n°1	Mot n°2	Mot n°3	(Mot n°4)
N°19	relation	confiance	sécurité	plaisir
N°20*	épanouissement	meilleure-journée-possible		
N°21	être bienveillante	être rassurant	tremplin	
N°38*	côté rassurant	phare	accompagnement	
N°61*	adaptation	rassurer	ouvrir	
N°66*	sécurité	continuité	visage d'attachement	
N°68	confiance	sécurité	affectif	
N°74	échange	partage	bonheur	
N°75	bienveillance	respect	continuité	
N°76	spontanéité	respect	écoute	

* Formulation différente de la question : la notion de référence a été introduite dans la question.

Tableau 82 : Les 3 mots-clés énoncés par les 10 parents dont l'enfant se trouve dans une crèche sans référence classique à la question : « Si vous deviez synthétiser les relations enfants-professionnelles (ou les relations de votre enfant avec les professionnelles) en trois mots, que pourriez-vous dire ? »

N° Entretien Parent	Mot n°1	Mot n°2	Mot n°3	(Mot n°4)
N°26	bienveillance	relation de confiance	cadre/crèche	
N°41	confiance	sécurité	affection	
N°45	confiance	sécurité	jeu	
N°54*	confiance	point d'ancrage		
N°65	richesse	tendresse	crèche	
N°66	confiance (dans la triade)	professionnalisme	prendre soin de l'enfant	complicité
N°69	bienveillance	ajustement (aux besoins de l'enfant)	estime de soi	
N°70	confiance	écoute	sourire	
N°73	sécurité	affectif	complicité	
N°74	confiance	lien	simplicité	

* Formulation différente de la question : la notion de référence a été introduite dans la question.

Espaces et supports de formation et réflexion autour de la référence

Dans cette annexe, nous avons décrit les espaces et supports de formation et de réflexion autour de la référence listés par les professionnelles et les directions lors des entretiens. Nous proposons une description synthétique de chacun et de leur intérêt pour les professionnelles.

La formation continue

Le point de vue des directions

L'ensemble des crèches (deux données manquantes) ont allégué mettre en place des formations régulières en interne sur des thèmes tels que la juste distance (exemple d'une formation récente de trois jours sur ce thème dans les crèches D et E) et les séparations/retrouvailles en crèche (M, X, K). Une seule crèche (K) mentionne une formation interne réalisée récemment sur le thème de la référence. Dans la crèche privée F, une table ronde a lieu au siège de l'entreprise une fois par mois sur des thèmes variés dont la référence; chaque crèche du groupe privé doit y faire participer une professionnelle.

Des formations externes existent aussi pour les professionnelles. Pour certaines crèches (B, C, K, O, X), ce sont les membres de la direction qui incitent les professionnelles à se diriger vers des formations externes au gré de leurs observations sur le terrain ; les professionnelles se montrent souvent peu demandeuses de formation selon les directions sur le sujet de la référence, l'organisation des soins ou la juste distance affective alors que d'autres sujets semblent davantage les mobiliser : l'interculturalité, la musique, le jeu, le langage, la communication gestuelle, etc. Ces constatations semblent contraster avec l'idée de la crèche P selon laquelle la référence est souvent présente dans les contenus de formation actuelle car il s'agirait « d'un thème à la mode ». De son côté, la crèche O dit avoir deux professionnelles formées sur ce thème et ne pas avoir d'autres demandes particulières à ce sujet. Certaines crèches nous ont fait part de l'existence d'une formation spécifique sur la référence dispensée par le Centre National de la Fonction Publique Territoriale (CNFPT), cité comme organisme de formation principal pour les crèches municipales (10 crèches dans notre échantillon).

Le point de vue des professionnelles

Dans les entretiens, seules quatre professionnelles sur 20 affirment avoir assisté à des formations sur le thème de la référence. Pour l'une d'entre elles, celle-ci avait été animée par la psychologue rattachée à la crèche.

Trois professionnelles certifient n'avoir jamais eu de formation sur la question de la référence ou des liens enfants-professionnelles. L'une d'elles précise avoir connaissance d'une formation sur la référence par un organisme extérieur, mais que la participation à celle-ci relève d'un choix individuel de la professionnelle et non d'une obligation de service.

Selon une professionnelle, la formation serait indispensable pour comprendre l'intérêt ou non d'une pratique, le bon sens ne suffisant pas toujours : « Il y a aussi quand même du bon sens, mais des fois c'est vrai qu'on peut ne pas se rendre compte de ce qu'on fait, mais quand on fait autrement, on se rend compte de ce qu'on fait et de ce qu'il ne faut pas faire » (N°19).

Une autre professionnelle pense d'ailleurs que les divergences dans la mise en application de la référence sont liées à la formation des professionnelles sur ce sujet. De plus, elle imagine que sans un support de formation suffisant, la qualité d'accueil repose uniquement et de façon périlleuse sur les compétences innées de la professionnelles : « Elle a intérêt à être vraiment super bien parce que (hésitations) même une personne qui travaille bien, qui n'a aucune formation derrière, c'est quand même compliqué » (N°20).

Les groupes d'analyse des pratiques

Le point de vue des directions

Sept crèches de notre échantillon indiquent avoir des groupes d'analyse des pratiques mensuels animés par un psychologue (A, F, G, K, L, O, P).

Le point de vue des professionnelles

Au sein des entretiens, une seule professionnelle sur les 20 fait référence aux groupes d'analyse des pratiques. Elle précise cependant que ces temps ne sont pas assez nombreux et réguliers.

Les réunions d'équipe

Le point de vue des directions

Au sein des 17 crèches participantes, 11 directions de crèches nous ont rapporté avoir des réunions d'équipe régulières avec les professionnelles des différentes unités et les membres de la direction (A, B, C, F, G, I, K, M, O, P, X).

Le point de vue des professionnelles

Cependant, dans les entretiens, seules trois professionnelles évoquent la présence de ces réunions permettant d'échanger sur les pratiques professionnelles, « faire des points, des bilans », « communiquer » entre collègues et « se remettre en question par rapport à notre pratique » (N°14).

Selon la professionnelle N°20, la direction peut parfois être en difficulté pour « nourrir » les réflexions autour des pratiques dans le long terme : « L'éducatrice […], c'est quand même elle qui nous a apporté ce projet en début d'année, mais elle a un petit peu de mal à le nourrir ou à faire des réunions pour que tout le monde en voit l'importance ».

Les temps d'échange informel

Trois directions évoquent la présence de discussions informelles entre les professionnelles et la direction. Cela fait écho aux discours de quatre professionnelles de terrain comme en témoignent les deux extraits suivants : « On n'est pas forcément toujours d'accord avec nos collègues, et puis on discute, et on trouve toujours des ententes » (N°74), « On essaie de se mettre d'accord, de faire ça au mieux » (N°75). Les discussions en équipe apparaissent donc importantes pour avoir les mêmes bases de travail au sein d'une équipe (4 professionnelles). Pour une professionnelle, ces échanges entre collègues sont d'autant plus essentiels que les contenus de formation ne sont pas toujours interprétés de la même façon par toutes en fonction du vécu personnel, de l'expérience, de la personnalité. De plus, pour une professionnelle, les temps d'échange sont précieux pour harmoniser les pratiques au sein de la crèche : « On a mis ça [la référence] en place, mais il faut en rediscuter parce qu'il faut aller vers les gens moins convaincus par ce système » (N°33). Enfin, une professionnelle exprime que la référence n'est plus tellement discutée au sein de sa crèche car « c'est rentré un peu dans les mœurs ».

Les journées pédagogiques

Seules les directions des crèches mentionnent l'existence de journées pédagogiques au sein des crèches. Quatre crèches en ont une durant l'année et 10 crèches en ont 2 ; 3 établissements déclarent n'en avoir aucune. Ces journées reprennent souvent des thèmes tels que le portage, le repas, les transmissions, la période d'adaptation, l'aménagement de l'espace, l'accueil des parents, le jeu, les émotions de l'enfant, etc., et permettent de découvrir des pratiques pédagogiques particulières (travaux de Maria Montessori, l'observation, la communication gestuelle), de réfléchir à l'organisation de la crèche.

Elles peuvent être animées par les professionnelles de la crèche elle-même, des professionnels spécialisés du territoire ou reconnus nationalement, ou par des organismes de formation.

Pour les prochaines journées pédagogiques, les membres de direction souhaiteraient revenir sur la cohésion d'équipe, l'aménagement des locaux, la bienveillance et les « douces violences », la communication gestuelle, le portage, les alertes incendie.

Le thème de la référence n'a pas été abordé lors des dernières journées pédagogiques ou ne fait pas partie des souhaits de réunion à venir de 14 crèches (les autres données sont manquantes).

Le projet pédagogique

Bien que toutes les crèches participantes aient un projet pédagogique rédigé ou en cours de réécriture, aucune professionnelle n'y a fait allusion dans les entretiens. Certaines directions nous ont remis très spontanément ce document et le distribuent aussi aux parents alors que pour d'autres, il s'agit d'un document interne à la crèche.

Il a été demandé à l'ensemble des directions rencontrées si leur projet pédagogique s'appuyait sur des bases théoriques particulières. Cinq ont répondu qu'elles ne savaient pas, deux qu'il n'y avait pas d'apports particuliers ou très peu (une donnée est manquante). Les autres directions ont cité l'expérience de Loczy et les travaux d'Emmi Pikler sur la motricité libre (N=5), Winnicott (N=4), Maria Montessori (N=3), Jean Epstein (N=2), Bowlby et sa théorie de l'attachement (N=2). Enfin, d'autres personnalités ont été évoquées une fois : Sigmund Freud, Myriam Rasse, Bruno Bettelheim, Boris Cyrulnik, Claude Halmos, Jean Piaget, Isabelle Filliozat.

Autres éléments

Selon les directions, les professionnelles ont à leur disposition d'autres outils ou espaces pour reprendre les pratiques, les analyser, les penser (données manquantes pour une crèche) : des observations écrites et/ou réalisées par l'ensemble des professionnelles (C, I, J, P, X), par la direction (K, M), par le psychologue (K) ; des entretiens d'évaluation individuels menés par la direction (K, M) et des entretiens référente-direction (L) ; des réunions institutionnelles avec l'ensemble de la crèche (C, G) et des bilans de fin d'année (M).

Dans les entretiens, les professionnelles ont souvent rappelé l'importance des observations partagées entre collègues ainsi qu'avec la direction afin de réajuster leur positionnement dans la relation à l'enfant. Ces éléments ont été décrits dans la partie des résultats traitant de la juste distance affective. Un seul autre outil a été mis en avant par une professionnelle comme bénéfique pour penser et faire évoluer les pratiques professionnelles : l'accueil de stagiaires.

Comparaison des outils évaluant le développement de l'enfant

Des tests de corrélation ont été effectués entre les données obtenues lors du remplissage du questionnaire IDE et grâce aux passations des deux versions du test de développement : Brunet-Lézine révisé (BLR) et complémentaire (BLC).

1. Comparaison BLR / BLC

Au sein de notre échantillon, 6 enfants ayant entre 24 et 30 mois ont réalisé conjointement la passation du BLR et du BLC. L'analyse de corrélation de Pearson a donc porté sur les 5 QD du BLR (postural, coordination oculo-manuelle, langage, socialisation, global) et le QD global du BLC.

Tableau 83 : Analyse de corrélation de Bravais-Pearson entre le quotient de développement global du BLC des enfants et les quotients de développement du BLR

			BLC
			QD Global
BLR	**QD Postural**	Corrélation de Pearson	0,585
		Sig. (bilatérale)	0,223
		N	6
	QD Coordination oculo-manuelle	Corrélation de Pearson	0,627
		Sig. (bilatérale)	0,183
		N	6
	QD Langage	Corrélation de Pearson	-0,35
		Sig. (bilatérale)	0,497
		N	6
	QD Socialisation	Corrélation de Pearson	-0,613
		Sig. (bilatérale)	0,196
		N	6
	QD Global	Corrélation de Pearson	0,622
		Sig. (bilatérale)	0,187
		N	6

***. La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).*
**. La corrélation est significative au niveau 0,05 (bilatéral).*

Tableau 84 : Analyse de corrélation de Spearman entre le quotient de développement global du BLC des enfants et les quotients de développement du BLR

			BLC
			QD Global
BLR	**QD Postural**	Coefficient de corrélation	0,638
		Sig. (bilatéral)	0,173
		N	6
	QD Coordination oculo-manuelle	Coefficient de corrélation	0,696
		Sig. (bilatéral)	0,125
		N	6
	QD Langage	Coefficient de corrélation	-0,403
		Sig. (bilatéral)	0,428
		N	6
	QD Socialisation	Coefficient de corrélation	-0,667
		Sig. (bilatéral)	0,148
		N	6
	QD Global	Coefficient de corrélation	0,588
		Sig. (bilatéral)	0,219
		N	6

**. La corrélation est significative au niveau 0,05 (bilatéral).*
***. La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).*

Nous constatons que toutes les corrélations s'approchent ou dépassent le seuil de 0.60 qui correspond à une taille d'effet fort à l'exception de celle entre le QD global du BLC et le QD langage du BLR (Corrélation de Bravais-Pearson =-0.315 ; Corrélation de Spearman = -0.403).

La majorité des corrélations sont positives : ainsi, plus le QD global du BLC augmente, plus les QD Postural (Corrélation de Bravais-Pearson = 0.585, p=0.223 ; Corrélation de Spearman = 0.638, p=0.173), Coordination oculo-manuelle (Corrélation de Bravais-Pearson = 0.627, p=0.183 ; Corrélation de Spearman = 0.696, p=0.125), et Global (Corrélation de Bravais-Pearson = 0.622, p=0.187 ; Corrélation de Spearman = 0.588, p=0.219) augmentent aussi.

En revanche, deux corrélations s'avèrent négatives : entre le QD Global du BLC et les QD Socialisation (Corrélation de Bravais-Pearson = -0.613, p=0.196 ; Corrélation de Spearman = -0.667, p=0.148) et Langage (Corrélation de Bravais-Pearson = -0.350, p=0.497 ; Corrélation de Spearman = -0.403, p=0.428) du BLR. Ceci pose question mais nous n'avons pas d'éléments nous permettant de comprendre ce phénomène.

Par ailleurs, aucune significativité n'a été relevée parmi ces corrélations. Nous imaginons que l'absence de significativité peut s'expliquer par la petite taille de l'échantillon (N=6 enfants).

2. Comparaison BLC/IDE (N=33)

Au total, 33 enfants ont effectué la passation du BLC et ont eu un questionnaire IDE rempli par leurs parents. Ainsi, les 7 QD de l'IDE (socialisation, autonomie, motricité fine, motricité globale, langage expressif, compréhensif, global) ont été mis en lien avec le QD global du BLC.

Tableau 85 : Analyse de corrélation de Bravais-Pearson entre le quotient de développement global du BLC des enfants et les quotients de développement de l'IDE

			BLC
			QD Global
IDE	**QD socialisation**	Corrélation de Pearson	-0,024
		Sig. (bilatérale)	0,894
		N	33
	QD autonomie	Corrélation de Pearson	-0,174
		Sig. (bilatérale)	0,332
		N	33
	QD motricité globale	Corrélation de Pearson	-0,234
		Sig. (bilatérale)	0,191
		N	33
	QD motricité fine	Corrélation de Pearson	0,2
		Sig. (bilatérale)	0,265
		N	33
	QD langage expressif	Corrélation de Pearson	0,219
		Sig. (bilatérale)	0,22
		N	33
	QD langage compréhensif	Corrélation de Pearson	0,129
		Sig. (bilatérale)	0,474
		N	33
	QD global	Corrélation de Pearson	0,141
		Sig. (bilatérale)	0,434
		N	33

Tableau 86 : Analyse de corrélation de Spearman entre le quotient de développement global du BLC des enfants et les quotients de développement de l'IDE

			BLC
			QD Global
IDE	**QD Socialisation**	Coefficient de corrélation	0,025
		Sig. (bilatéral)	0,892
		N	33
	QD Autonomie	Coefficient de corrélation	-0,09
		Sig. (bilatéral)	0,618
		N	33
	QD Motricité globale	Coefficient de corrélation	-0,036
		Sig. (bilatéral)	0,844
		N	33
	QD Motricité fine	Coefficient de corrélation	0,244
		Sig. (bilatéral)	0,171
		N	33
	QD Langage expressif	Coefficient de corrélation	,402*
		Sig. (bilatéral)	0,02
		N	33
	QD Langage compréhensif	Coefficient de corrélation	0,24
		Sig. (bilatéral)	0,178
		N	33
	QD Global	Coefficient de corrélation	0,168
		Sig. (bilatéral)	0,349
		N	33

**. La corrélation est significative au niveau 0,05 (bilatéral).*
***. La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).*

L'ensemble des corrélations sont faibles (autour de .20), très faibles (autour de .10) voire quasi inexistantes (inférieures à .10) et non significatives à l'exception de la corrélation de Spearman entre le QD Global du BLC et le QD Langage expressif de l'IDE (=0.402, p=0.20). Cette corrélation est positive, significative à p.05 et comporte un effet moyen. Cependant, l'analyse de Bravais-Pearson témoigne d'une corrélation bien plus faible et non significative (=0.219, p=0.220).

3. Comparaison BLR / IDE (N=58)

Dans un dernier temps, les 5 QD du BLR ont été comparés aux 7 QD de l'IDE sur la base des données des 58 enfants pour lesquels les deux outils ont été utilisés. L'effectif diminue parfois de 1 à 3 enfants en fonction de données manquantes.

Tableau 87 : Analyse de corrélation de Bravais-Pearson entre les quotients de développement du BLR des enfants et les quotients de développement de l'IDE

			BLR				
			QD Postural	**QD Coordination oculo-manuelle**	**QD Langage**	**QD Socialisation**	**QD Global**
IDE	**QD Socialisation**	Corrélation de Pearson	0,02	-0,025	0,187	-0,007	0,068
		Sig. (bilatérale)	0,887	0,855	0,173	0,961	0,622
		N	55	55	55	55	55
	QD Autonomie	Corrélation de Pearson	,331*	0,059	-0,138	0,105	0,078
		Sig. (bilatérale)	0,013	0,667	0,31	0,442	0,567
		N	56	56	56	56	56
	QD Motricité globale	Corrélation de Pearson	,310*	0,068	-0,115	0,025	0,073
		Sig. (bilatérale)	0,02	0,617	0,401	0,854	0,593
		N	56	56	56	56	56
	QD Motricité fine	Corrélation de Pearson	0,143	,310*	,319*	0,22	,373**
		Sig. (bilatérale)	0,29	0,019	0,015	0,101	0,004
		N	57	57	57	57	57
	QD Langage expressif	Corrélation de Pearson	0,096	-0,026	,613**	0,006	,303*
		Sig. (bilatérale)	0,473	0,844	0	0,967	0,021
		N	58	58	58	58	58
	QD Langage compréhensif	Corrélation de Pearson	0,246	0,131	,483**	0,215	,401**
		Sig. (bilatérale)	0,063	0,327	0	0,104	0,002
		N	58	58	58	58	58
	QD Global	Corrélation de Pearson	0,252	0,153	,311*	0,016	,303*
		Sig. (bilatérale)	0,061	0,26	0,02	0,906	0,023
		N	56	56	56	56	56

**. La corrélation est significative au niveau 0,05 (bilatéral).*

***. La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).*

Tableau 88 : Analyse de corrélation de Spearman entre les quotients de développement du BLR des enfants et les quotients de développement de l'IDE

			BLR				
			QD Postural	**QD Coordination oculo-manuelle**	**QD Langage**	**QD Socialisation**	**QD Global**
IDE	**QD Socialisation**	Coefficient de corrélation	0,143	0,033	0,217	-0,073	0,098
		Sig. (bilatéral)	0,299	0,81	0,112	0,598	0,476
		N	55	55	55	55	55
	QD Autonomie	Coefficient de corrélation	,346**	0,111	-0,11	0,066	0,089
		Sig. (bilatéral)	0,009	0,416	0,42	0,631	0,515
		N	56	56	56	56	56
	QD Motricité globale	Coefficient de corrélation	,354**	0,125	-0,193	-0,064	0,06
		Sig. (bilatéral)	0,007	0,358	0,154	0,641	0,662
		N	56	56	56	56	56
	QD Motricité fine	Coefficient de corrélation	0,162	,273*	,294*	0,123	,296*
		Sig. (bilatéral)	0,228	0,04	0,026	0,363	0,025
		N	57	57	57	57	57
	QD Langage expressif	Coefficient de corrélation	0,147	-0,04	,645**	-0,033	,289*
		Sig. (bilatéral)	0,271	0,768	0	0,807	0,028
		N	58	58	58	58	58
	QD Langage compréhensif	Coefficient de corrélation	,260*	0,053	,574**	0,201	,381**
		Sig. (bilatéral)	0,049	0,693	0	0,131	0,003
		N	58	58	58	58	58
	QD Global	Coefficient de corrélation	0,249	0,133	,353**	-0,042	,271*
		Sig. (bilatéral)	0,064	0,329	0,008	0,759	0,043
		N	56	56	56	56	56

**. La corrélation est significative au niveau 0,05 (bilatéral).*
***. La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).*

Au total, 11 corrélations positives et significatives émergent de façon cohérente entre les deux analyses réalisées. Nous présentons ci-dessous les corrélations en fonction de la taille de leur effet. Ces dernières sont plutôt homogènes d'une analyse à l'autre alors que le seuil de significativité varie entre .05 et .01 selon le coefficient calculé.

Tout d'abord, les corrélations entre le QD Langage du BLR et les QD Langage expressif (Corrélation de Bravais Pearson = 0.613, p=0 ; Corrélation de Spearman = 0.645, p=0) et Langage compréhensif (Corrélation de Bravais Pearson = 0.483, p=0 ; Corrélation de Spearman = 0.574, p=0) ont un effet fort (entre .50 et .60).

Puis, la corrélation entre le QD Global du BLR et le QD de Langage Compréhensif du de l'IDE (Corrélation de Bravais Pearson = 0.401, p=0.002 ; Corrélation de Spearman = 0.381, p=0.003) se montre correcte (autour de .40).

Enfin, 8 corrélations ont un effet moyen (autour de .30) :

- entre le QD postural du BLR et les QD motricité globale (Corrélation de Bravais Pearson = 0.310, p=0.02 ; Corrélation de Spearman = 0.354, p=0.007) et autonomie (Corrélation de Bravais Pearson = 0.331, p=0.013 ; Corrélation de Spearman = 0.346, p=0.009) de l'IDE ;

- le QD coordination oculo-manuelle du BLR et le QD motricité fine de l'IDE (Corrélation de Bravais Pearson = 0.310, p=0.019 ; Corrélation de Spearman = 0.273, p=0.04) ;

- le QD langage du BLR et les QD motricité fine (Corrélation de Bravais Pearson = 0.319, p=0.015 ; Corrélation de Spearman = 0.294, p=0.026) et global (Corrélation de Bravais Pearson = 0.311, p=0.02 ; Corrélation de Spearman = 0.353, p=0.008) de l'IDE ;

- le QD global du BLR avec les QD Motricité fine (Corrélation de Bravais Pearson = 0.373, p=0.004 ; Corrélation de Spearman = 0.296, p=0.025), Langage expressif (Corrélation de Bravais Pearson = 0.303, p=0.021 ; Corrélation de Spearman = 0.289, p=0.028) et le QD global de l'IDE (Corrélation de Bravais Pearson = 0.303, p=0.023 ; Corrélation de Spearman = 0.271, p=0.043).

Synthèse :

Comparaison des données obtenues avec l'IDE, le BLR et le BLC

Comparaison BLC/IDE

Le très faible effet des corrélations présentées entre le QD global du BLC et les différents QD de l'IDE nous amène à conclure que les deux tests évaluent différemment le développement de l'enfant. Ceci n'est pas surprenant étant donné que l'un se base sur une évaluation du développement en situation de test par un évaluateur tiers et l'autre sur les perceptions des parents.

Comparaison BLC/BLR

Les corrélations observées entre le QD global du BLC et les différents QD du BLR sont beaucoup plus satisfaisantes. Plus précisément, nous apercevons une forte corrélation entre le BLC et les QD postural, coordination oculo-manuelle et socialisation du BLR et une corrélation moyenne avec le langage.

Comparaison IDE/BLR

Les QD évaluant les mêmes secteurs du développement ont, à l'exception de la socialisation, des corrélations moyennes (QD postural BLR / QD motricité globale IDE ; QD coordination oculo-manuelle BLR / QD motricité fine IDE) à fortes (QD langage BLR / QD Langage expressif et compréhensif IDE). Cependant, les QD socialisation du BLR et de l'IDE ne corrèlent pas ensemble.

Comparaison des QD globaux (IDE/BLR/BLC)

L'analyse de corrélation des QD globaux est cohérente avec les résultats précédents : une corrélation forte est retrouvée entre les QD globaux du BLR et BLC (Corrélation de Bravais-Pearson = 0.622 ; Corrélation de Spearman = 0.588), puis, elle devient moyenne entre l'IDE et le BLR (Corrélation de Bravais-Pearson = 0.303 ; Corrélation de Spearman = 0.271) et très faible entre l'IDE et le BLC (Corrélation de Bravais-Pearson = 0.141 ; Corrélation de Spearman = 0.168).