



Quel développement psychomoteur et social des bébés en Maison d'Accompagnement Parents Enfants (MAPE)? Une question partagée des MAPE et de la pédopsychiatrie périnatale

Anne Bobin-Bègue, M.-C. Genet, C. Héroux, N. Le Roux, E. Devouche, B. Goudet-Lafont, V. Garez

► To cite this version:

Anne Bobin-Bègue, M.-C. Genet, C. Héroux, N. Le Roux, E. Devouche, et al.. Quel développement psychomoteur et social des bébés en Maison d'Accompagnement Parents Enfants (MAPE)? Une question partagée des MAPE et de la pédopsychiatrie périnatale. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 2021, <10.1016/j.neurenf.2021.04.008>. <hal-03235566>

HAL Id: hal-03235566

<https://hal.science/hal-03235566v1>

Submitted on 22 Jul 2024

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.



Distributed under a Creative Commons CC BY-NC 4.0 - Attribution - Non-commercial use - International License

Quel développement psychomoteur et social des bébés en Maison d'Accompagnement Parents Enfants (MAPE) ? Une question partagée des MAPE et de la pédopsychiatrie périnatale.

What psychomotor and social development of babies in the parent and child care center? A shared question of parent and childcare centers and perinatal child psychiatry.

Bobin-Bègue A. Maître de conférences en psychologie du développement & psychologue. Laboratoire Ethologie, Cognition, Développement (LECD – EA 3456), Université Paris Nanterre, France.

Genet M-C. Psychologue, Psychothérapeute, Docteur en Psychologie & Formatrice. Centre de soins psychologiques et de consultations en périnatalité, l'Aubier - EPS Erasme, Bourg-la-Reine, France Université de Paris, Laboratoire de Psychopathologie et Processus de Santé, F-92100 Boulogne Billancourt, France.
marie-camille.genet@eps-erasme.fr

Héroux C. Puéricultrice. Pédopsychiatrie Périnatale Unité Mobile en Maternité (PPUMMA), Bourg-la-Reine, EPS Erasme, France caroline.heroux@eps-erasme.fr

Le Roux N. Puéricultrice. Pédopsychiatrie Périnatale Unité Mobile en Maternité (PPUMMA), Bourg-la-Reine, EPS Erasme, France nathalie.leroux@eps-erasme.fr

Devouche E. Maître de conférences HDR. Université de Paris, Laboratoire de Psychopathologie et Processus de Santé, F-92100 Boulogne Billancourt, France. emmanuel.devouche@parisdescartes.fr

Goudet-Lafont B. Pédopsychiatre. Pédopsychiatrie Périnatale Unité Mobile en Maternité (PPUMMA), Bourg-la-Reine, EPS Erasme, France. benedicte.goudetlafont@eps-erasme.fr

Garez V. Pédopsychiatre, Responsable de l'unité PPUMMA. Pédopsychiatrie Périnatale Unité Mobile en Maternité (PPUMMA), Bourg-la-Reine, EPS Erasme, France. valerie.garez@eps-erasme.fr

Contact :

Anne Bobin-Bègue.

Adresse : Laboratoire Ethologie, Cognition, Développement (LECD – EA 3456), Université Paris Nanterre, 200 avenue de la République, 92000 NANTERRE.

Email : anne.bobin_begue@parisnanterre.fr

Résumé en français

But de l'étude. Le développement des bébés accueillis en Maison d'Accompagnement Parents Enfants (MAPE) avec leur mère a interrogé conjointement les professionnels de ces structures d'accueil et ceux de la pédopsychiatrie. Cette convergence de préoccupations pour ces enfants a permis l'élaboration d'un travail conjoint entre les MAPE de l'AVVEJ et l'unité de pédopsychiatrie périnatale de l'EPS Erasme dans le but d'amener ces dyades vers le soin psychique et d'évaluer le développement des bébés.

Patients et méthode. Le cadre a été défini par une convention qui prévoit 3 consultations pour ces dyades dont une consultation d'évaluation du développement du bébé par le Brunet-Lézine Révisé.

Résultats. L'étude a permis de souligner le niveau de développement inférieur la moyenne de ces enfants mais aussi les différents avantages de la mise en place de ce parcours pour ces dyades.

Conclusion. Ces résultats confirment la nécessité de poursuivre ce travail conjoint et ouvre la voie à une réflexion plus spécifique sur la façon de soutenir de manière intégrée le développement de ces bébés.

Mots-clés. Centre maternel et parental ; Brunet-Lézine Révisé ; interactions ; vidéo ; précarité ; éducateur jeune enfant ; évaluation du développement ; carences maternelles ; soin psychique ; protection de l'enfant.

Résumé en anglais

Background and objective. Development of infants living in maternal and parental centers (called MAPE in French) with their mothers jointly questioned the professionals of these structures and child perinatal psychiatry. This convergence of concern about these children led to the development of joint work between the MAPEs of an associative structure (Association Vers la Vie pour l'Education des Jeunes AVVEJ, Ile-de-France) and the perinatal child psychiatry unit of EPS Erasme (Ile-de-France) in order to bring these dyads to psychic care and to assess infant development.

Method. The framework was defined by an agreement made by these two units. The protocol is made of three perinatal psychiatric mother-infant consultations - accompanied by an educator from the MAPE. The first one is to explain the protocol and take information about the current situation of the dyad. The second is a consultation to assess the development of the baby by Brunet-Lézine Révisé (a French developmental scale) which is video recorded. The third one is to explain the assessment results to the mother, paying attention to present the baby's strengths and weaknesses. To do so, Child Psychiatrists showed some selected parts of the videos to the mother. All the consultations are coordinated by the childcare worker from the child psychiatric unit, also supporting an active participation from the mother.

Findings. The study not only confirms the developmental delay of these children but also the various advantages of the implementation of this protocol for these dyads.

Conclusion and perspective. These results confirm the need to continue this joint work and open the way to more specific investigation on how to support these infants' development in an integrated manner. We also propose perspectives for future joint work with the dyads and maternal and parental centers.

Keywords. maternal and parental centers; child psychiatry; perinatal; psychomotor and social development; Brunet-Lézine Révisé; interactions; video; young child educator.

1 Introduction

La situation des mères et leurs enfants accueillis en centre maternel et parental est une préoccupation non seulement des professionnels des centres dans lesquels ces dyades sont accueillies, mais aussi des professionnels du soin psychique en périnatalité sollicités pour prendre en charge ces dyades. Cette convergence de préoccupations a conduit les 2 Maisons d'Accueil Parent-Enfant (MAPE) de l'Association Vers la Vie pour l'Education des Jeunes (AVVEJ) (Fontenay-aux-Roses (92) et l'unité de Pédiopsychiatrie Périnatale Mobile en Maternité (PPUMMA) de l'Etablissement Public de Santé Erasme (Antony, 92), à collaborer plus étroitement pour répondre aux besoins d'accompagnement de ces dyades. Cet article restitue les résultats et les réflexions issus de ce premier travail à la fois clinique et de recherche dans le cadre d'une convention entre ces 2 partenaires (MAPE et PPUMMA). Cet article cible la question du développement des bébés qu'il est apparu prioritaire d'objectiver dans une dynamique de prises en charge souvent mobilisées par l'urgence des besoins d'aide sociale et de suivi psychologique voire psychiatrique de la mère.

1.1 La vulnérabilité des bébés en MAPE

En accueillant les dyades, au titre de la protection de l'enfant (ou parfois placées sous ordonnance de placement provisoire du Juge des Enfants), les MAPE ont deux missions (cf. Annexe 1) :

1. la prévention et la protection de l'enfant, centrées sur la qualité de la relation mère/enfant pouvant s'étendre à la préservation/restauration des relations avec le père lorsque cela est possible (cf. Annexe 2),
2. le soutien des mères (voire des pères) dans i/ l'exercice de leur parentalité et ii/ l'accompagnement des femmes accueillies dans une optique d'insertion socio-professionnelle et d'autonomie familiale.

La mise en œuvre de ces missions est toutefois entravée par la forte prévalence des troubles de santé mentale chez les résidentes. Selon un rapport de la DASES datant de 2006, 68% des femmes interrogées présentaient au moins un trouble psychologique au moment de l'enquête (chiffre concordant avec l'étude de Saïas *et al.*, 2008 [1]) ; de plus, les résidentes sont très souvent en situation de précarité, dans un contexte de soutien social peu efficace et de primiparité qui, additionnées à leurs difficultés psychiques, génèrent souvent un plus grand désarroi [2].

Si les professionnels des MAPE peuvent facilement repérer les troubles psychiatriques « bruyants », ceux-ci mentionnent la difficulté du repérage des troubles psychiques maternels en amont des situations de crise et la difficulté à appréhender les autres souffrances psychiques moins explicites et moins verbalisées [3]. En l'état, ces structures s'avèrent donc en grande difficulté dans leur mission de prévention et en demande d'aide quant au repérage des troubles psychiques ou psychiatriques maternels.

La forte prévalence de ces troubles chez les résidentes de MAPE dans un contexte de repérage peu efficace place leur enfant dans une situation à risques de vulnérabilité quant à leur développement psychique, psychomoteur et social. En effet, les troubles psychologiques maternels, ainsi que les traumatismes maternels peuvent augmenter les risques de

négligences et d'interactions de mauvaise qualité aux conséquences dommageables sur le développement ultérieur de l'enfant [4,5,6,7] : celles-ci ont un impact sur les modes d'organisation corporel, psychique et affectif précoces du bébé notamment la première année [8,9,10]. Par ailleurs, certains auteurs insistent sur des périodes critiques du développement sensoriel, cognitif et émotionnel qui sont parfois impossibles à compenser ultérieurement [11]. Il apparaît donc impératif d'évaluer ces enfants le plus précocement possible, d'autant que les données disponibles sont quasiment inexistantes. A notre connaissance, aucune étude ne rend compte du développement de ces enfants à l'aide d'outils standardisés. Seule une étude s'est interrogée sur la qualité des interactions au sein des dyades accueillies en MAPE et souligne l'importance de l'évaluation des quotients de développement de ces enfants comme un indicateur crucial, notamment en termes de protection de l'enfant [12].

L'évaluation de ces enfants confiés à la protection de l'enfance se limite le plus souvent au soin médical alors que la nécessité de soins psychiques n'est souvent mise en exergue que dans l'urgence [2,13]. Parallèlement, les professionnels des MAPE évoquent peu ou de façon partielle, ou encore d'une façon qui peut parfois apporter une certaine confusion, la question de la santé mentale de l'enfant. Par exemple, le fait que le bébé s'intègre bien au sein du groupe de pairs et qu'il montre une certaine indépendance par rapport à sa professionnelle référente à la crèche sont pour eux de bons indicateurs d'un enfant en bonne santé psychique [2]. Près de 15 ans après la publication de ce rapport, cet indicateur nous paraît aujourd'hui *a minima* critiquable au regard du référentiel de la théorie de l'attachement cité dans les lois de protection de l'enfance de mars 2016. Ainsi, lorsque la question du développement de l'enfant est posée, les professionnels n'ont que peu d'indicateurs précis et appropriés pour l'évaluer et les publications sur le sujet sont plus que rares. En résumé, les professionnels des MAPE sont démunis pour évaluer et intervenir dans ces situations. La question du soin psychique de ses enfants s'adresse donc particulièrement aux services de pédopsychiatrie.

1.2 La pédopsychiatrie périnatale comme partenaire

La pédopsychiatrie périnatale semble être la réponse adaptée à la question du soin psychique de ces dyades. Cependant, leurs situations de précarité psychique ne peuvent pas être traitées comme des situations de psychothérapies typiques car ce qui les constituent habituellement, à savoir, le cadre, le symptôme et la demande, ne sont pas suffisamment (ou pas du tout) identifiés [3]. L'enjeu pour la pédopsychiatrie périnatale consiste donc à adapter ses dispositifs pour prendre en charge efficacement des mères souvent réfractaires au soin psychique pour elles-mêmes ou pour leurs enfants.

Les particularités décrites précédemment, propres à cette population, placent l'enfant dans un contexte où il est l'objet de peu de questionnements autour de son développement et quasi aucune étude ne peut en proposer une description précise [12,14]. Dans le cadre de la pédopsychiatrie périnatale, l'outil le plus simple pour évaluer le développement est l'échelle du Brunet-Lézine Révisé [15]. Réalisée dans le cadre d'une consultation pédopsychiatrique périnatale, l'évaluation armée permet de décrire objectivement le développement de ces enfants et, le cas échéant, de mettre en lumière, des éléments potentiellement inquiétants, voire se dégradants dans le temps. Ces derniers sont particulièrement importants dans le cadre d'écrits relatifs à la Protection de l'Enfance [16].

Pour mettre en place ce type d'intervention évaluative, la difficulté réside alors dans le fait de proposer un cadre qui soit accepté et tenu par la mère. Pour faire émerger des pistes de réflexions adaptées au suivi d'un parent qui peut présenter des troubles psychiatriques et pour mettre en place des mesures visant à protéger l'enfant, le travail en équipe pluridisciplinaire est la voie à privilégier [17]. Ainsi, les réflexions communes entre les professionnels des MAPE de l'AVVEJ et ceux de l'unité de pédopsychiatrie périnatale PPUMMA de l'EPS Erasme ont conduit à proposer de systématiser des consultations dans le cadre d'une convention.

1.3 Problématique de la recherche-action : l'évaluation du bébé accueilli en MAPE

L'unité PPUMMA est une unité mobile de pédopsychiatrie périnatale dont les missions sont de répondre aux besoins spécifiques de la santé publique en psychiatrie de la période périnatale [18,19] par i/ le repérage précoce et la mise en place des soins dès le prénatal afin de mieux traiter le postnatal ; ii/ une intervention rapide sur le site des maternités avec lesquelles elle travaille ; iii/ une organisation de la poursuite d'une prise en charge dans la continuité et dans la durée à partir de l'intervention initiée. A la différence d'autres structures de soins psychiques, la demande par le patient n'est pas constitutive du cadre de ses interventions. Ainsi, l'unité PPUMMA est apparue être le partenaire privilégié pour les MAPE pour proposer un travail avec cette population particulière. Dans ce cadre, l'objectif des consultations avec les professionnels de PPUMMA est de trouver les moyens d'accompagner les enfants dans leur développement, en y sensibilisant la mère (les parents) et en lui offrant de pleinement intégrer son statut de mère (de parents). Dans le cas où des problèmes venaient à être identifiés, PPUMMA peut alors s'appuyer sur les ressorts de la Protection de l'Enfance. Pour s'assurer d'avoir accès à ces enfants dont les mères peuvent résister à la proposition de soins psychiques, il est apparu nécessaire que le parcours de soins psychologiques que nous allions proposer fasse partie intégrante du protocole d'accueil des MAPE. Dans ces conditions, les mères savent que ces consultations font partie de la procédure d'accueil, bien que l'initiative de la prise de rendez-vous soit soutenue par les professionnels des MAPE.

L'accueil des dyades arrivant en MAPE a été repensé grâce à une convention de partenariat formalisée fin 2014. Dans ce cadre, le protocole d'accueil était enrichi par la proposition systématique de 3 consultations à PPUMMA. L'objectif prioritaire était l'évaluation du bébé, cet indicateur ayant été pointé comme nécessaire à documenter [12]. Ce dispositif centré sur le bébé et à l'extérieur des MAPE nous est apparu être une proposition adaptée pour ces mères. Ces deux spécificités présentaient l'avantage d'une part de les aider à dépasser leurs résistances aux soins et d'autre part, de les positionner explicitement dans leur statut de parent.

Dans ce protocole, la première consultation, assurée par le pédopsychiatre, a pour objectif de faire le point sur la situation et d'expliquer la nécessité de faire une évaluation du bébé. La deuxième consultation, réalisée par une psychologue, est dédiée à l'évaluation du bébé par la passation d'une échelle développementale. Les résultats de ces échelles sont utilisés comme un outil d'appréhension de l'enfant, de ses compétences et de ses vulnérabilités, en lien avec son contexte de développement. Ces informations constituent une base objective permettant d'enrichir la réflexion quant aux adaptations nécessaires aux interventions et aux propositions des professionnels en lien avec les besoins de l'enfant. La troisième consultation assurée par le pédopsychiatre a lieu dans les semaines qui suivent pour faire le compte rendu de la

passation illustrée ou étayée par des séquences choisies issues de la vidéo de la passation. Lorsque cela s'avère nécessaire, cette consultation permet de faire une proposition de soins. La puéricultrice de coordination participe aux 3 consultations ainsi que, dans la mesure du possible, l'éducatrice de jeunes enfants accompagnant la mère. La présence du père est toujours questionnée, et le cas échéant, sa participation lors des consultations est systématiquement proposée.

L'objet de cet article est de présenter une synthèse des évaluations développementales des bébés accueillis avec leur mère en MAPE et reçus dans le cadre de cette convention de partenariat. Il a pour objectif d'apporter de nouvelles informations concernant le bébé et son développement psychomoteur et social, et de proposer une réflexion, sur la base de l'expérience de ce travail, pour la prise en charge de ces dyades.

2 Méthodologie

2.1 Population d'étude

Les dyades des MAPE de l'AVVEJ sont orientées par les professionnels des MAPE (éducateurs et cadres socio éducateurs) vers PPUMMA pour prendre les rendez-vous prévus dans le cadre de la convention. La coordination et le suivi des RDV sont assurés par la puéricultrice de coordination de PPUMMA. Il est signifié aux résidentes que l'évaluation de leur bébé fait partie du protocole d'admission. Tous les bébés n'ont pu être reçus pour une évaluation, certaines mères ne s'étant pas présentées aux rendez-vous prévus. Une fois le protocole bien installé auprès des professionnels des MAPE et des résidentes, les bébés ont pu être évalués de manière plus systématique. Le recueil s'est déroulé entre mars 2015 et novembre 2018. Cette étude porte sur un échantillon constitué de 29 dyades mère-bébé.

Les informations concernant des facteurs importants comme le poids du bébé à la naissance et le niveau d'éducation des mères n'ont pas été recueillis systématiquement car il n'a pas été prévu d'accès au dossier médical. De plus, dans le cadre des consultations, ces questions récurrentes sont souvent mal perçues par les résidentes.

2.1.1 Age des mères

Les mères sont âgées en moyenne de 18,6 ans \pm 4,5 (étendue 13,8 – 33,7) à la naissance de leur enfant, 18 d'entre elles (62%) étaient mineures. L'évaluation s'est déroulée autour des 1 an du bébé, les mères étaient alors âgées de 19,6 ans \pm 4,7 (étendue 15,3 – 34,7). Parmi les mères pour lesquelles nous avons l'information, 17 (58,6%) sont des primipares.

2.1.2 Age et sexe des bébés

Le terme de naissance moyen est de 38 semaines et 1 jour \pm 6,3 (étendue 5,4 – 27,5), avec 18% de naissances avant 37 semaines. Au moment de l'évaluation, les bébés sont âgés en moyenne de 12 mois et 8 jours \pm 6,3 (étendue 5,4 – 27,5), sans différence significative selon que la mère est mineure ou non (12,5 vs. 12, $t(27) < 1$, d de Cohen = 0,08). Parmi les 29 bébés, 16 sont des filles (55%). L'âge moyen des filles au moment de l'évaluation est inférieur à celui des garçons (11 mois vs. 14 mois, $t(27) = 1,34$, $p = .19$, d de Cohen = 0,5, cf. Tableau 1).

Insérer Tableau 1

2.2 Outil d'évaluation : le Brunet-Lézine Révisé

L'outil retenu pour réaliser les évaluations des bébés est le Brunet-Lézine Révisé [15]. Cette échelle est, à ce jour, le seul outil généraliste d'évaluation du bébé de 2 à 30 mois, étalonné sur une population française. Il permet de situer le bébé par rapport à la population de référence dans le domaine postural, social, dans celui de la coordination et du langage, en fournissant des quotients développementaux partiels. Lorsque le développement est homogène dans les 4 domaines, un quotient de développement global est calculé. Il repose sur des items écologiques, qui sont en tous points similaires à des situations de jeux d'enfants de ces âges. Il est rapide à administrer et est complété par des questions adressées aux parents pour évaluer certaines compétences. A noter que dans le cadre de cette convention, certains enfants ont été évalués par l'échelle de Brazelton (NBAS) car ils avaient moins de 2 mois. Les informations développementales issues du NBAS ne sont pas directement comparables avec celles du Brunet-Lézine Révisé ; en conséquence, nous ne les avons pas intégrées à nos analyses pour cet article : les 29 bébés ont tous été évalués avec le Brunet-Lézine Révisé.

2.3 Procédure

Les passations sont réalisées par un psychologue chercheur partenaire et extérieur à PPUMMA afin de garantir un maximum d'objectivité dans les évaluations. Il ne connaît donc pas l'histoire de ces dyades. Le fait que l'examineur soit extérieur est aussi un élément important i/ parce qu'il s'agit d'une demande formulée par les MAPE et ii/ pour s'assurer de l'adhésion de la mère à la démarche (indépendance de l'évaluation). Les passations sont filmées sous réserve d'avoir obtenu l'autorisation libre et éclairée de la mère. Un moment est réservé au cours de cette consultation d'évaluation pour quelques minutes d'interactions libres (filmées) entre parents et enfant qui n'ont pas encore fait l'objet d'une analyse spécifique.

La consultation de restitution est importante à intégrer dans cette étude comme une suite à l'évaluation. En effet, lors de cette consultation avec le consultant de référence de la dyade, le compte rendu de l'évaluation est lu aux parents, en présence de la puéricultrice de coordination et de l'éducatrice référente. Pour certaines de ces restitutions, des extraits de la vidéo de la passation étaient visionnées comme support pour expliciter plus clairement les résultats de l'évaluation, tant pour les items bien réussis que pour ceux pour lesquels le comportement attendu compte tenu de l'âge de l'enfant n'a pas été observé.

3 Résultats

3.1 Description des profils développementaux des enfants

Pour chaque bébé évalué, un QD global et 4 QD partiels ont été calculés sur la base des comportements observés durant la passation et d'une correction de l'âge en cas de naissance prématurée. Les QD ont tout d'abord été comparés à la valeur de référence (100) de l'échantillon normatif. Le QD global moyen est de 84,5 et est significativement inférieur à 100 ($t(28)=7,2$, $p<.001$, $IC95\%$ (80, – 88,9)).

Le profil psychomoteur appréhendé par les QD partiels met en évidence que le retard global observé concerne les 4 domaines du Brunet-Lézine Révisé. La Figure 1 permet de visualiser les distributions des 29 bébés dans chaque domaine : les nuages de points se situent presque en totalité en dessous de la ligne de référence pour les domaines 'coordination', 'langage' et 'socialisation', et de manière moins marquée dans le domaine 'posture'. De fait, tous les QD partiels diffèrent significativement de 100, indiquant un niveau sous la moyenne attendue pour leur âge dans tous les domaines (posture : QD = 92,3, $t(28)=2,2$, $p=.038$, $IC95\%$ (85,0 – 99,6) ; coordination : QD = 82,4, $t(28)=6,7$, $p<.001$, $IC95\%$ (77,0 – 87,8) ; langage : QD = 81,2, $t(28)=6,8$, $p<.001$, $IC95\%$ (75,5 – 86,9) ; socialisation : QD = 84,7, $t(28)=7,3$, $p<.001$, $IC95\%$ (80,4 – 89,0)).

Insérer Figure 1

Des analyses de régression ont été réalisées sur les QD partiels afin d'identifier un éventuel effet du sexe du bébé, de la prématurité (prématuré ou non) et de l'âge de la mère (mineure ou non). Les analyses ne mettent en évidence aucun effet du sexe ou de la prématurité sur les QD partiels. En ce qui concerne la seule caractéristique maternelle intégrée dans le modèle, à savoir être mineure ou non à la naissance du bébé, seul ressort un effet sur le QD coordination : en moyenne, les bébés de mère mineure à la naissance de leur bébé présentent un QD de coordination de 10,6 points inférieur au QD de coordination des mères majeures au moment de la naissance ($p=.045$).

3.2 Quelques considérations sur la consultation de restitution.

Bien qu'il ne s'agisse pas ici de rendre compte d'une analyse systématique et armée de la consultation de restitution, certaines observations méritent d'être soulignées pour proposer des évolutions à ce protocole. Ainsi, nous avons pu observer au fil des années que la restitution écrite de l'évaluation, bien que relue à la mère le cas échéant lors de la consultation, n'était pas efficiente dans la mesure où les mères ne s'en saisissaient pas. Si ce bilan constituait pourtant une première étape pour l'enfant afin qu'il puisse avoir dans son projet personnel de vie une évaluation objective de son développement, il ne permettait pas une prise de conscience maternelle en lien avec les difficultés que nous pouvions pointer. Nous avons dans un deuxième temps proposé qu'un éducateur des MAPE soit présent lors de la restitution avec la mère. Cette configuration a permis que ces derniers se forment de manière indirecte aux indicateurs de développement du bébé et qu'ils affinent leurs observations des enfants et leur accompagnement au quotidien de ces dyades. Malgré tout, cette démarche n'a pas ou que très faiblement aidé à l'acceptation de soins pédiopsychiatriques périnataux pour la dyade. Dans un troisième temps, nous avons alors décidé de visionner la passation afin de soutenir le compte rendu écrit par des séquences où

la dyade peut se voir. Le peu de capacité à identifier les besoins de l'enfant ou encore à lui prêter des pensées ou des états mentaux, encore appelée capacité de mentalisation et de fonction réflexive [20] chez la mère nous a amené à faire cette proposition. Il nous semble que lors du visionnage de certaines séquences interactives d'elles-mêmes avec leur bébé, certaines prises de conscience peuvent opérer. L'étape ultérieure d'accepter ou encore de demander de l'aide n'est pas toujours, voire rarement acquise. Ce format de prise en charge armée, en 3 temps a toutefois permis « d'accrocher » certaines mères qui se sont montrées plus compliantes à l'accompagnement psychique pour leur enfant et/ou elles-mêmes.

4 Discussion

Cette étude issue d'une réflexion commune entre les structures d'accueil de mère avec leur bébé (MAPE de l'AVVEJ) et de la pédopsychiatrie périnatale (unité PPUMMA de l'EPS Erasme) a pour objectif d'évaluer le développement psychomoteur et social de ces bébés. Le contexte d'accueil et de prise en charge de ces dyades présente de nombreuses particularités qui justifient, par ailleurs, cet objectif. Nos résultats mettent en avant un niveau de développement globalement en dessous de la moyenne alertant sur un risque de retard dans certains secteurs du développement.

Plus spécifiquement, l'analyse des profils développementaux des bébés montrent un retard moins marqué dans le domaine postural. Ce constat n'est probablement pas lié à l'outil. En effet, compte tenu de l'âge moyen des bébés reçus dans le cadre de cette étude, ce domaine est évalué par 3 à 4 items, permettant une observation assez précise de ce domaine par rapport aux autres. Néanmoins, à ces mêmes âges, le domaine de la coordination est également évalué par 3 à 4 items, ce qui souligne la supériorité du développement postural par rapport au domaine de la coordination à un âge donné. L'hypothèse probable est que le développement postural est un domaine du développement valorisé et accessible aux personnes prenant soin de l'enfant. En effet, il est probable que l'adulte est plus facilement attentif à ce qu'un enfant se tienne assis seul plutôt qu'il parvienne à utiliser la pince (i.e. pouce et index) pour saisir un petit objet. Ainsi, le développement postural est plus souvent encouragé chez le bébé par les personnes de son environnement que les autres domaines de développement.

Ce résultat interroge un autre : les bébés nés de mères mineures (adolescentes) au moment de la naissance présentent un niveau de développement plus faible dans le domaine de la coordination que celui des enfants nés de mères majeures. Les évaluations ayant été réalisées à un âge où le domaine de la coordination au sein du Brunet-Lézine Révisé est celui qui comporte le plus d'items à évaluer, ce faible niveau de développement dans le domaine de la coordination mérite d'être questionné. L'expérience clinique nous permet de proposer une hypothèse à ce constat : les mères adolescentes apparaissent, de manière générale, plus contrôlantes envers leur bébé au sein de leurs interactions. En lien avec cette hypothèse, ce résultat interroge la qualité et la fréquence des interactions ainsi que les modalités de soutien à celles-ci, bien que certains bébés soient en partie accueillis dans des structures collectives (crèches ou assistantes maternelles). Plus globalement, le constat de ces retards pose aussi la question des dysfonctionnements interactifs qui s'expriment au travers du développement psychomoteur et social et qui légitiment, voire rendent cruciale une évaluation régulière au cours du séjour en MAPE. Dans la continuité de notre étude, il apparaît nécessaire de

conduire une réflexion sur les moyens de soutenir la qualité des interactions et la capacité des mères à identifier les besoins de leur enfant.

Enfin, nos résultats ont soulevé une question inattendue : les bébés filles ont passé l'évaluation plus jeune que les garçons. Sans qu'on puisse exclure que ce résultat soit fortuit, il peut aussi pointer une problématique en partie liée au genre de l'enfant : est-ce que les mères de bébé fille sont entrées plus tôt dans leur parcours dans les dispositifs des MAPE ? est-ce que ces mères acceptent plus facilement d'entrer dans le protocole d'évaluation pour leur bébé ? Ce résultat nécessite bien sûr d'être confirmé, sans exclure d'envisager d'autres facteurs explicatifs.

4.1 Les bénéfices du protocole établi dans le cadre de la convention

4.1.1 L'accès pour les dyades à la consultation pédopsychiatrique périnatale

Le premier bénéfice a ainsi été de permettre aux dyades d'accéder à des consultations pédopsychiatriques périnatales externes (ambulatoires), par le biais de la convention qui intègre ces 3 consultations au protocole d'accueil en MAPE. De plus, outre l'évaluation des bébés, ces consultations ont permis d'objectiver les besoins de soins pour ces derniers et le besoin de soutien pour les parents. Elles ont aussi permis de rapprocher la pédopsychiatrie de cette population peu représentée dans les files actives des CMP et de favoriser un étayage plus « éclairé » des professionnels des MAPE, tant pour la mère que pour le bébé. De plus, l'opérationnalisation de ce protocole a aussi fait émerger la nécessité de réduire les délais entre les consultations pour maximiser les effets porteurs de ces dernières.

4.1.2 Un éclairage pour les éducateurs et professionnels des MAPE

La participation des éducateurs aux consultations en tant qu'observateur bienveillant et soutenant s'est imposée dès les premières consultations et est devenue partie intégrante du protocole. En conséquence, cette participation a aussi soutenu la légitimité de cette procédure d'accueil auprès des résidentes des MAPE. Les éducateurs pouvaient aussi assurer une forme de relais pour les éléments soulevés par ces consultations au sujet de l'enfant (notamment lors de la reprise des éléments de force et de fragilité de l'enfant), leur permettant d'étayer une prise de conscience maternelle dans l'accompagnement quotidien. D'une façon plus informelle mais essentielle, les informations et observations échangées lors des consultations, ont pu servir de support d'échanges et d'intérêts entre les résidentes entre elles et avec les éducateurs autour des bébés. En particulier, les activités proposées dans le cadre du Brunet-Lézine Révisé, qui sont en tous points semblables à des activités usuelles de jeux et d'interactions pouvaient faire l'objet de conversations entre les mères et être repris dans leurs moments d'échanges avec leur bébé voire étayés par les éducateurs.

4.1.3 La sensibilisation de la mère aux compétences de son bébé

Un point fondamental de ce protocole est la présence de la mère lors de la passation. Alors que l'accueil de la dyade au sein des MAPE place la mère dans une position qui focalise sur elle-même l'essentiel des mesures, ce qui a pour conséquence de placer le bébé sur un plan presque secondaire, ces consultations intègrent le bébé au vécu de la mère et aux mesures proposées. En particulier, la consultation d'évaluation et celle de restitution sont explicitement centrées sur le bébé, ses potentialités et ses besoins, tout en replaçant la mère

dans son statut de parent (la mettant face à ses responsabilités et devoirs à l'égard de ce dernier). Sa présence pendant ces consultations vise aussi à lui permettre d'appréhender, guidée par l'examineur puis par le consultant et la puéricultrice, les compétences, manifestations et besoins de son bébé dans le but d'y être plus attentive et ajustée. Le dispositif proposé dans cette étude ne prévoyait pas le recueil des informations sociodémographiques et médicales concernant la mère. Cependant, nos résultats associés aux éléments décrits dans la littérature au sujet de cette population font émerger la nécessité de prendre en compte ces informations maternelles pour une compréhension plus fine visant à élaborer des propositions de prises en charge plus spécifiques.

4.2 Vers une amélioration du protocole : les informations relatives aux mères

Comme évoqué ci-dessus, bien qu'elles auraient constitué une source de réflexion et de compréhension incontestable, nous n'avons que peu de données sociodémographiques et médicales relatives aux mères et à l'accouchement. Plusieurs raisons expliquent ce fait.

Tout d'abord, les données disponibles sont très lacunaires : nous n'avons pu obtenir un diagnostic que pour 15 des 29 résidentes. Sur ces 15 mères, plus de 2 diagnostics CIM10 avaient été posés, et plus de la moitié de ces diagnostics correspond à une réaction à un facteur de stress sévère et à un trouble de l'adaptation (F40=66,7% et F43=53,3%). Même si nos informations sont incomplètes, elles soulignent néanmoins l'importance de considérer la prévalence et la nature des troubles psychiques et psychiatriques, comme déjà souligné en 2006 [2].

Ensuite, nous n'avons pas envisagé de recueillir les informations envisagées auprès des mères pour ne pas risquer de compromettre leur adhésion au protocole. Nous avons considéré qu'un nouvel interrogatoire sur un parcours qu'elles ont bien souvent déjà eu à décrire de nombreuses fois peut s'avérer un frein à l'investissement des mères au sein des consultations. Certaines d'entre elles ont parfois ainsi fait part de leur agacement à ce que leur soit demandé des informations qu'elles estimaient avoir déjà données. Le fait même de se remémorer certaines informations de leur histoire peut, en effet, s'avérer douloureux. Ces réactions soulignent à quel point il est difficile d'engager ces mères dans une demande de soins psychiques centrée notamment sur leurs difficultés rencontrées dans leur maternité et les besoins du bébé.

Enfin, sur le plan institutionnel, le protocole initial n'avait pas prévu de demander l'accès aux données médicales et de travailler sur le partage d'informations du dossier des résidentes avec les MAPE. Pour conduire ces analyses, nous anticipons qu'il faille recueillir les informations suivantes : le lieu de naissance des mères, leur langue maternelle et l'importance de leur culture dans leurs pratiques parentales. En effet, le facteur culture a une influence sur la trajectoire développementale du bébé (voir par exemple [21,22,23,24]) et une étude de 1999 fait le constat de la diversité des origines culturelles de ces mères ([25], cité dans [2]). La question de la culture paraît donc incontournable, et ce d'autant plus si elle était mise en perspective avec la question du traumatisme et de la carence que ces mères ont souvent aussi vécu.

A la suite de ces constats, une nouvelle étude pourrait cette fois, avoir un objectif plus ambitieux : définir de possibles catégories de profils maternels à partir des données sociodémographiques et des données médicales, en lien avec des profils développementaux des bébés voire des typologies d'attachement et d'interactions de ces dyades. Les résultats

issus de cette méthodologie d'analyse permettraient d'envisager des adaptations aux différentes prises en charges actuelles de ces dyades.

4.3 Limites de l'étude liées à l'outil

Il faut ici préciser 4 limites de l'outil d'évaluation utilisé dans cette étude. La première est que pour chaque tranche d'âge développemental, 10 items sont à valider, répartis dans les 4 sous-domaines. Evidemment, leur répartition dépend de l'âge développemental. Plus l'enfant est jeune, plus les items sont nombreux dans le domaine postural pour devenir ensuite plus nombreux respectivement dans les domaines de la coordination, le domaine social et langagier. Ainsi, un item 'non observé' dans un domaine où peu d'items sont évalués à cet âge fait, par conséquent, notablement chuter le quotient développemental correspondant. Néanmoins, la prise en compte de ces items « non observés » est nuancée dans les comptes rendus par les observations et l'expérience des consultants, puéricultrices et examinateurs psychologues. La deuxième limite à considérer est relative aux items constitués d'une question adressée au parent, notamment pour les domaines social et langagier. Les questions sont un exercice difficile car elles peuvent être mal comprises par les parents, qui en plus pour certains ont une langue maternelle autre que le français. Ces items peuvent être source d'une forme d'incertitude dans l'évaluation. La troisième limite tient au fait que l'étalonnage de l'outil est ancien (sa publication date de 1997). Il est donc probable que les quotients soient en partie surévalués. Néanmoins, le Brunet-Lézine reste à l'heure actuelle le seul outil d'évaluation du développement à vocation généraliste étalonné sur une population française. Ce qui amène à la quatrième limite, l'étalonnage sur une population de culture française et francophone, que nous avons utilisé avec des enfants ayant des repères culturels variés.

4.4 Conclusion

La préoccupation conjointe des MAPE et de la pédopsychiatrie périnatale envers les bébés accueillis avec leur mère en MAPE s'est avérée justifiée au regard de nos résultats concernant le niveau de développement psychomoteur et social de ces enfants. Il s'agit maintenant de délimiter l'exposition des bébés à un retard développemental en partie induit par des difficultés psychiques maternelles.

Dans ce contexte, le fonctionnement institutionnel a peut-être une réponse à proposer puisque notre protocole a permis aux mères d'accepter, pour leur bébé, d'intégrer un protocole apparenté à un protocole de soin. Il semble désormais plus que nécessaire de poursuivre ce travail pour lequel l'évaluation du bébé peut permettre un accrochage pour soutenir une possible acceptation de la mère de la prise en charge psychiatrique adulte et pédopsychiatrique.

Dans cette perspective, deux volets peuvent être développés. Sur le plan de la psychiatrie adulte, il s'agit d'identifier les facteurs de risque susceptibles d'entraver les ou la mise en place des capacités maternelles tout comme le développement des enfants. Sur le plan institutionnel, il est question d'adapter les modalités de travail entre MAPE et les prises en charges (des soins) en pédopsychiatrie périnatale et enfin, d'affiner le protocole global de prise en charge.

5 Remerciements

Nous tenons à remercier les professionnels des MAPE pour leur engagement dans ce dispositif de partenariat. Nous remercions en particulier Mr Simon, directeur des MAPE, sans qui ce projet n'aurait pu voir le jour et Mme Boufflerd, Cheffe de service éducatif, qui a porté ce dispositif au sein des MAPE.

Annexes

Annexe 1

Selon l'article 46 du Code de la Famille et de l'Aide Sociale, « les femmes enceintes et les mères isolées avec leur enfant de moins de trois ans, qui ont besoin d'un soutien matériel et psychologique, peuvent être pris en charge par le service d'Aide Sociale à l'Enfance » (Loi 86-17 du 6 janvier 1986, et circulaire d'application du 18 février 1986), la mission des MAPE a été définie par la circulaire 81/5 du 23 janvier 1981. La modification du Code de l'Action sociale et des Familles (loi n°2005-706 du 27 juin 2005), et en particulier l'article L222-5, réaffirme la mission de soutien matériel et psychologique.

Annexe 2

Article L.222-5 : 4° [...] Ces dispositions ne font pas obstacle à ce que les établissements ou services qui accueillent ces femmes organisent des dispositifs visant à préserver ou à restaurer des relations avec le père de l'enfant, lorsque celles-ci sont conformes à l'intérêt de celui-ci. »

Article L.222-5-3 - Loi du 14 mars 2016 : « Peuvent être pris en charge dans un centre parental, au titre de la protection de l'enfance, les enfants de moins de trois ans accompagnés de leurs deux parents quand ceux-ci ont besoin d'un soutien éducatif dans l'exercice de leur fonction parentale. Peuvent également être accueillis, dans les mêmes conditions, les deux futurs parents pour préparer la naissance de l'enfant. »

Références

- [1] Saïas T, Greacen T, Brengard D, Lejoyeux M, Bourdais M. Troubles de santé mentale, recours aux soins et au soutien social chez une population vulnérable : l'exemple des centres maternels de Paris. *Encéphale* 2008; 34:584–8. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2008.01.003>.
- [2] DASES. Les troubles psychiques en centre maternel : Rapport de recherche pour la DASES, Département de Paris Recherche-action visant à l'évaluation de la prévalence des troubles psychiques dans la population des femmes accueillies en centre maternel. 2006. http://oned.gouv.fr/recherches/CEMAT_def-mai06.pdf
- [3] Mellier D. The psychic precariousness and the framework of clinical intervention. *Prat Psychol* 2006;12:145–55. <https://doi.org/10.1016/j.prps.2006.01.008>.
- [4] Tronick EZ, Als H, Adamson L, Wise S, Brazelton TB. The Infant's Response to Entrapment between Contradictory Messages in Face-to-Face Interaction. *J Am Acad Child Psychiatry* 1978;17:1–13. [https://doi.org/10.1016/S0002-7138\(09\)62273-1](https://doi.org/10.1016/S0002-7138(09)62273-1).
- [5] Murray L, Trevarthen C. The infant's role in mother–infant communications. *J Child Lang* 1986;13:15–29. doi:10.1017/S0305000900000271
- [6] Dozio E, Feldman M, Moro M-R. Transmission du traumatisme mère-bébé dans les interactions précoces. *Prat Psychol* 2016; 22:87–103. <https://doi.org/10.1016/j.prps.2016.01.001>.
- [7] Apter G, Bobin-Bègue A, Genet M-C, Gratier M, Devouche E. Update on Mental Health of Infants and Children of Parents Affected With Mental Health Issues. *Curr Psychiatry Rep* 2017;19:72. <https://doi.org/10.1007/s11920-017-0820-8>.
- [8] Cheng N, Lu S, Archer M, Wang Z. Quality of maternal parenting of 9-month-old infants predicts executive function performance at 2 and 3 years of age. *Front Psychol* 2018; 8:2293. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.02293>.
- [9] Lyons-Ruth K, Jacobvitz D. Attachment disorganization: Unresolved loss, relational violence, and lapses in behavioral and attentional strategies. *Handb. Attach. Theory, Res. Clin. Appl.*, 1999, p. 520–54.
- [10] Berger M. L'échec de la protection de l'enfance. Dunod; 2004.
- [11] Vasseur R, Delion P. Périodes sensibles dans le développement psychomoteur de l'enfant de 0 à 3 ans. 1001 bb. 2012. <https://doi.org/10.3917/eres.vasse.2010.01>.
- [12] Mouhot F. Observation des interactions mère-enfant à risque en maison maternelle. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc* 2001;49:469–76. [https://doi.org/10.1016/S0222-9617\(01\)80040-4](https://doi.org/10.1016/S0222-9617(01)80040-4).
- [13] Samson B. Comment prendre en compte la santé des enfants relevant des dispositifs de protection de l'enfance ? *Arch Pediatr* 2009; 16:904–5. [https://doi.org/10.1016/S0929-693X\(09\)74198-3](https://doi.org/10.1016/S0929-693X(09)74198-3).
- [14] Mouhot F. Etude du devenir de 18 enfants ayant séjourné en maison maternelle avec leur mère. *Psychiatr l'enfant* 1998; XLI:563–77.
- [15] Josse, D. Brunet-Lézine Révisé: Echelle de développement psychomoteur de la première enfance. Éd. et applications psychologiques 1997.
- [16] Devouche E, Dominguez S, Apter G. Assessment Tools for Parent-Infant Interaction and Their Contribution to Perinatal Clinical Care. *Early Interact. Dev. Psychopathol.*, 2019. https://doi.org/10.1007/978-3-030-04769-6_9.
- [17] Chatelle N, de Becker E. Psychiatric disorders and parenthood: Between psychiatric care for the adult and child welfare. *Ann Med Psychol (Paris)* 2016;174:627–33. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2016.04.012>.
- [18] Garez V, Devouche E, Bobin-Bègue A, Alecian M, Minjollet P, Vallerent A, et al. Consultation liaison during the peripartum: Network care between liaison and mobile unit. *Encephale* 2016. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2017.03.003>.

- [19] Vallerent A, Garez V, Minjollet P, Heroux C, Devouche E, Apter G. PPUMMA : Expérience d'une unité mobile de pédopsychiatrie au sein d'un réseau périnatal. *Prat En Santé Ment* 2016; 4:5–8. <https://doi.org/10.3917/psm.164.0004>.
- [20] Gergely G, Fonagy P, Jurist E, Target M. Affect Regulation, Mentalization, and the Development of the Self. *J Psycho Anal* 2002;77:217–34.
- [21] Wörmann V, Holodynski M, Kärtner J, Keller H. The Emergence of Social Smiling: The Interplay of Maternal and Infant Imitation During the First Three Months in Cross-Cultural Comparison. *J Cross Cult Psychol* 2014; 45:339–61. <https://doi.org/10.1177/0022022113509134>.
- [22] Rabain-Jamin J, Wornham WL. Practices and representations of child care and motor development among West Africans in Paris. *Infant Child Dev* 1993; 2:107–19.
- [23] Bystrova K, Ivanova V, Edhborg M, Matthiesen A-S, Ransjö-Arvidson A-B, Mukhamedrakhimov R, et al. Early contact versus separation: effects on mother-infant interaction one year later. *Birth* 2009; 36:97–109. <https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.2009.00307.x>.
- [24] Rabain-Jamin J, Sabeau-Jouannet E. Maternal speech to 4-month-old infants in two cultures: Wolof and French. *Int J Behav Dev* 1997;20:425–51.
- [25] Rollet C, Donati P, Mollo S, Norvez A. Les centres maternels: réalités et enjeux éducatifs. L'Harmattan. 1999.

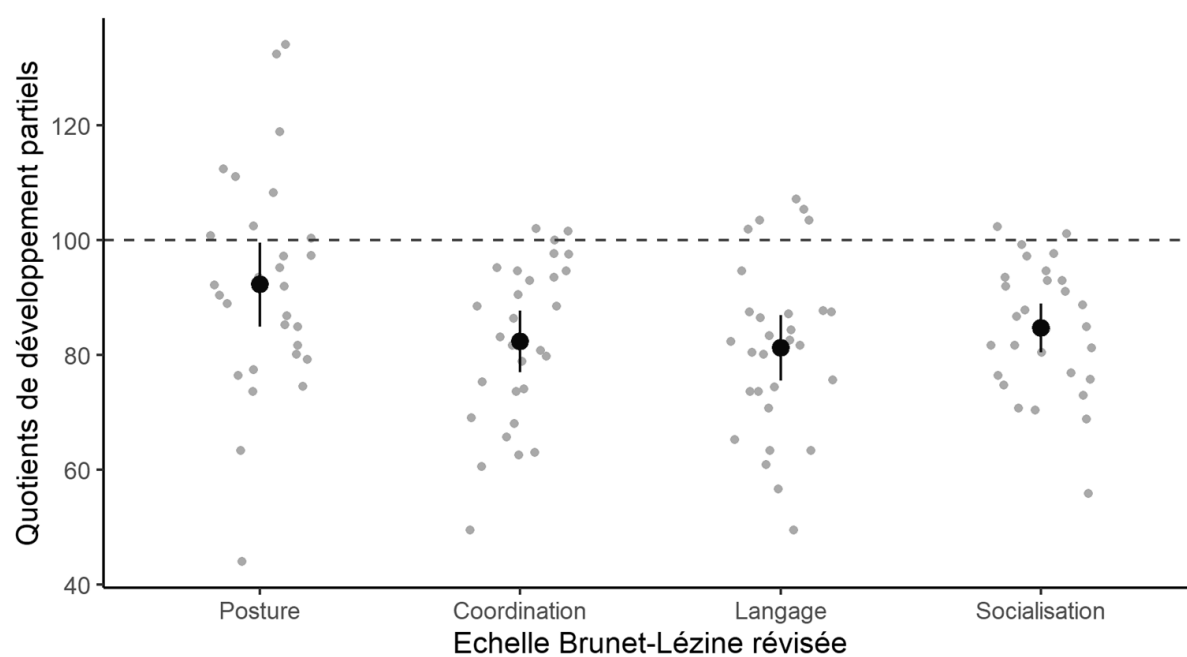
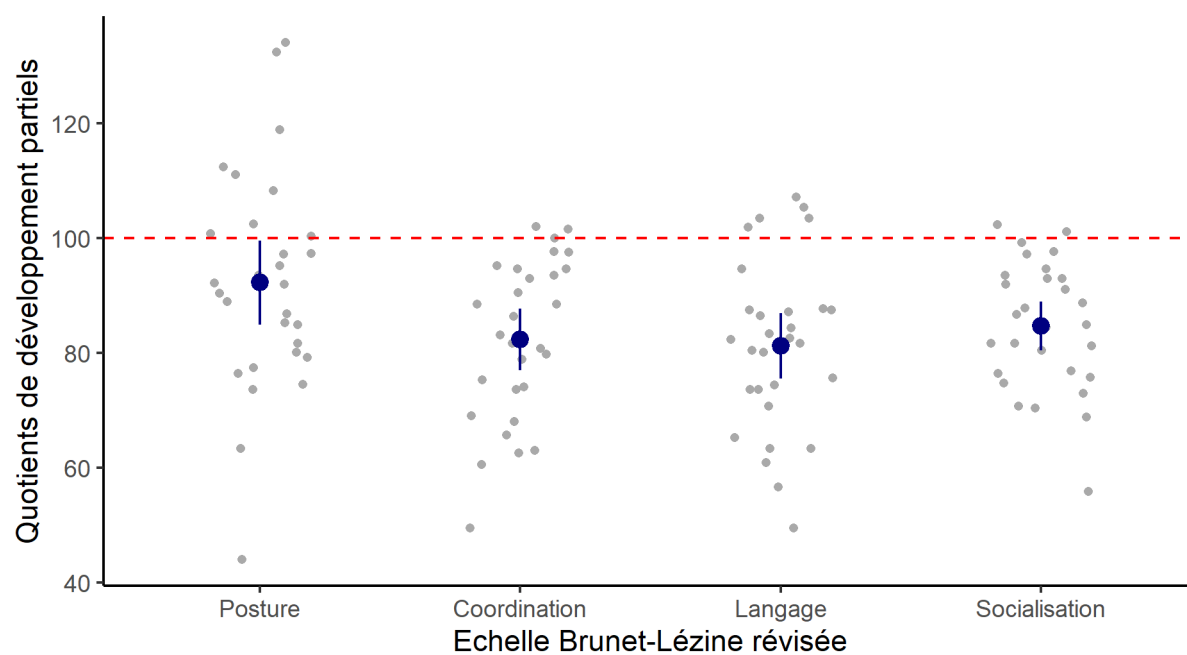


Figure 2. Répartition des QD des bébés en fonction du domaine du Brunet-Lézine Révisé. Les 'moustaches' verticales au milieu des nuages de points représentent les points moyens \pm IC95%, et la barre pointillée horizontale symbolise la valeur de référence.

Tableau 1. Age des bébés ayant participé à l'étude en fonction du sexe.

	Nombre de bébés	Age moyen	Ecart-type	Age minimum	Age maximum
Garçons	13	14 mois 4 jours	7 mois 10 jours	6 mois 1 jours	27 mois 23 jours
Filles	16	11 mois 1 jours	5 mois 3 jours	5 mois 13 jours	25 mois 24 jours
Total	29	12 mois 12 jours	6 mois 9 jours	5 mois 13 jours	27 mois 23 jours