

Rapport définitif ONED

Recherche action ESPOIR Bébés Familles

**« ESPOIR Bébés Familles : Evaluation et SOin Pour
l'Investissement Relationnel des Bébés par leurs Familles »**

Responsable Scientifique : Dr Sylvie Viaux

Nom : Viaux-Savelon Sylvie

Titre : Pédopsychiatre, PH

Établissement : Groupe Hospitalier Pitié-Salpêtrière

Service ou unité : Service de Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent

Adresse : 47-83 Boulevard de l'Hôpital

CP : 75013

Ville : Paris

Téléphone : 01 42 16 23 63/23 74

Fax : 01 42 16 23 31

Email : sylvie.viaux@psl.aphp.fr

Site internet : <http://speapsl.aphp.fr>

SOMMAIRE

Introduction, état des connaissances	5
Objectifs de l'étude.....	7
1.1 Les objectifs secondaires	8
1.1.1 <i>Profils cliniques des familles</i>	8
1.1.2 <i>Objectifs médicaux</i>	9
1.1.3 <i>Objectifs thérapeutiques</i>	9
1.1.4 <i>Objectifs institutionnels</i>	10
1.1.5 <i>Objectifs sociaux</i>	11
1.1.6 <i>Objectifs sociétaux</i>	11
Méthodologie.....	12
1.1 Population cible (nombre, âge, sexe)	12
1.2 Recrutement	13
1.2.1 <i>Critères d'inclusion</i> :.....	14
1.2.2 <i>Critères de non inclusion</i> :.....	15
1.2.3 <i>Procédure</i> :.....	15
1.2.4 <i>Évaluation à l'issue du traitement</i>	16
Outils	18
1.1 Informations socio-démographiques et évaluation sociale.....	18

1.2	Diagnostic Classification of Mental Health Disorders of Infancy and Early Childhood, Revised Edition (DC : 0-3 R) (Zero to three, 2005).....	18
1.3	Vidéo de 10 mn filmée lors de la première ou deuxième consultation autour d'un temps de jeu libre parent-enfant.....	19
1.3.1	<i>Setting de l'enregistrement filmé</i>	20
1.4	CIB : Coding Interactive Behavior (Feldman, 1998).	23
1.5	<i>Home Scale</i> (Caldwell & Bradley, 1984).	25
1.6	Questionnaire de Soutien Social (Cutrona & Troutman, 1986).	25
1.7	Insightfulness Assessment (Oppenheim et al., 2001).	25
1.8	SCL-90R : Symptom CheckList, version révisée (Derogatis, 1983).	26
1.9	BITSEA (Brief Infant and Toddler Social and Emotional Assessment) (Briggs-Crown & Carter, 2006).	26
	Description de la prise en charge	27
	Méthodes et indicateurs d'évaluation des résultats du projet.....	30
1.1	Critères principaux.....	30
1.2	Critères secondaires.....	30
	Méthodologie statistique	31
	Durée du projet.....	31
	Conclusions et bilan critique	32
1.1	Adaptation de la Méthodologie.....	32
1.1	Recrutement	33
1.2	Travail sur les données.....	37

1.2.1	<i>Analyse de films, échange et collaboration avec l'équipe Israélienne</i>	37
	Résultats	38
1.1	Profil des patientes	38
1.2	Amélioration clinique des enfants	39
1.3	Résultats de la dyade	42
	Organisation du travail collectif	44
	Utilisation du budget	45
	Valorisation : Diffusion et Publications	47
	Extensions et poursuite du projet :	49
1.1	Résumé du projet du WP2 :	50
	Conclusion	52
	BIBLIOGRAPHIE	53
	ANNEXES	58

Introduction, état des connaissances

Selon Zuravin et DePanfilis (1997), la négligence est une défaillance (intentionnelle ou par omission) de la première figure d'attachement à apporter à l'enfant les soins de base nécessaires [3]. Carter et Myers citent le National Clearinghouse on Child Abuse and Neglect Information (2004) qui apporte une précision importante à cette première définition; quatre types sont répertoriés : négligence physique (nourriture, abri, vêtements), médicale (omission de soins, refus de traitement, y compris en santé mentale), déficit d'éducation et de supervision de ses activités et enfin négligence émotionnelle [4].

Les conséquences de la négligence sont aujourd'hui bien connues. L'impact à court et long terme, au-delà des maltraitances physiques, des maltraitances émotionnelles et des négligences sur le développement du cerveau de l'enfant (Perry et al, 1995), ses relations interpersonnelles (Crittenden, 1992), sa régulation émotionnelle (Fraiberg, 1982; Egeland et al, 1981; Schneider-Rosen et al, 1991), et le développement psychique, a été très largement démontré dans des études contrôlées. On constate chez le très jeune enfant l'apparition, dans ces situations, de troubles somatiques parfois envahissants (trouble du sommeil, anorexie, dépression du nourrisson, déficit staturo-pondéral, malnutrition, trouble du comportement...).

La violence domestique a été également décrite comme une source paradigmatique de traumatisme important pour l'avenir (Harris et al, 2007). Les conséquences des troubles du développement de l'enfant subissant des maltraitances dans l'enfance ont été clairement soulignées, qu'il s'agisse de l'apparition de pathologies mentales lourdes telles la constitution d'une personnalité borderline, ou bien de difficultés patentes à être en relation, à vivre de façon suffisamment insérée dans la société. De fait,

la *nécessité d'intervenir précocement* dans ces situations très carencées est aujourd'hui une évidence (Farber et al, 1987).

Face à un tel contexte familial de négligence émotionnelle et/ou de maltraitance, **les prises en charge précoces et intensives sont régulièrement souhaitées dans la littérature, mais peu réalisées, ni évaluées.** Le jeune enfant et sa famille ont besoin d'une approche thérapeutique intensive précoce, d'une prise en charge quasiment quotidienne centrée sur les comportements, autour des soins à apporter à l'enfant (Greenspan, 1997; Larrieu & Zeanah, 1998). Les réflexions des différents professionnels de la petite enfance soulignent que protéger dès le début de sa vie le jeune enfant d'un contexte familial de maltraitance et de négligence émotionnelle en soutenant les interactions parents-enfant permettrait d'assurer à ce dernier un équilibre physique et mental, garant de sa qualité de vie et de son avenir.

Toutefois, la plupart des unités de santé mentale dans le domaine de la petite enfance sont ambulatoires, et proposent des prises en charge le plus souvent hebdomadaires, malgré le besoin désormais reconnu de soutien intensif à ces familles à risques multiples. **Par notre recherche clinique, nous voulons montrer qu'un accompagnement bi-hebdomadaire intensif du bébé/du jeune enfant et de ses parents permet peu à peu d'instaurer des interactions familiales de meilleure qualité, garantes d'un bon développement de l'enfant ainsi que de sa qualité de vie ultérieure.** Nous cherchons ainsi à limiter le recours à un placement familial. En effet, l'acte consistant à placer un enfant hors de sa famille est souvent traumatique en lui-même. Il apporte une rupture dans la relation d'attachement qui, malgré sa nature problématique, a été construite entre l'enfant et ses parents. De plus, le placement en famille d'accueil ne garantit pas un développement sain de l'enfant : Pears et al (2005) ont montré

l'existence de déficits dans la compréhension émotionnelle et dans la théorie de l'esprit chez des enfants maltraités placés par la suite en structures d'accueil.

Ainsi, apporter une prise en charge précoce venant soutenir le fonctionnement familial carenciel permettrait également d'éviter des ruptures dans l'entourage immédiat de l'enfant. Les conséquences à plus long terme de ces carences pourraient ainsi être évitées, et la qualité de vie du jeune enfant s'en trouverait nettement améliorée.

Objectifs de l'étude

Notre objectif principal est d'évaluer l'efficacité d'une thérapie pluridisciplinaire hebdomadaire couplée à une thérapie individuelle de guidance autour des interactions parent-enfant réalisée selon les recommandations internationales sur une population de parents en situation de négligence émotionnelle par l'*impact de celle ci sur*

(1) la diminution de la symptomatologie développementale de l'enfant, ainsi que sur

(2) les modalités d'interactions familiales.

Le recrutement de la population contrôle a été discuté et adapté aux possibilités de recrutement :

Deux types de comparaisons ont ainsi été réalisées :

L'une selon la précocité de la prise en charge avant ou après 18 mois, puisque notre recrutement le permet et que toutes les recommandations proposent une prise en charge la plus précoce possible.

L'autre par rapport à une population issue de résidences maternelles recevant des dyades de présentant les mêmes caractéristiques que la population étudiée et ne pouvant accéder qu'à une prise en charge éducative pour diverses raisons.

Des difficultés ont persisté dans le recrutement de la population issue des résidences maternelles, comme cela sera expliqué dans la partie « bilan critique » du rapport.

1.1 Les objectifs secondaires

1.1.1 Profils cliniques des familles

Objectiver dans la pratique clinique les critères permettant de repérer ces familles plus précocement et de relever les facteurs d'efficacité thérapeutique selon le profil clinique des enfants et de leurs familles. Plusieurs critères, relevés selon la littérature, seront testés statistiquement :

- des critères sociaux
- la qualité de l'environnement extra familial (network)
- la nature des troubles des interactions parents-enfant
- les antécédents de maltraitance/carence chez les parents
- la situation de parent isolé
- l'âge parental

1.1.2 Objectifs médicaux

Le projet vise à évaluer quel profil de dyades bénéficie le mieux de **ce type de protocole de soins, afin d'éviter aux troubles de s'installer et de perdurer**. Il s'agit en effet de *permettre au bébé et au jeune enfant carencé et en danger d'être soutenu précocement/le plus tôt possible dans son développement physique et psychique*. Travailler précocement au moment de l'apparition des troubles permet une plus grande efficacité des prises en charge. Il existe en effet une continuité des troubles de la petite enfance jusqu'à l'âge adulte si aucune aide n'est apportée à l'enfant. Nous savons que les prises en charge précoces ont, de fait, une importance avérée sur la qualité de vie des enfants et adolescents, et sur leur avenir, car elles permettent de prévenir l'apparition de troubles conséquents à l'âge adulte, de type personnalité borderline, dépendance (addiction, toxicomanie)...

D'autre part, ces familles étant souvent en rupture de soin et de réseau, il est difficile de les maintenir dans quelque lien que ce soit, à la fois médical et social. Une prise en charge intensive et soutenue sur le plan temporel viendra ainsi **étayer le réseau dans lequel ses familles pourront s'inscrire**.

1.1.3 Objectifs thérapeutiques

En agissant dès le début de vie de l'enfant, nous cherchons à **améliorer l'alliance thérapeutique**. La période périnatale dans les premiers temps de vie du bébé s'avère particulièrement propice à la mise en place d'un travail psychique avec les parents, qui sont davantage disposés à échanger et parler de leurs difficultés. En effet, une perméabilité maternelle concernant ses contenus psychiques inconscients a été largement observée dans la période périnatale et dans les premiers temps de vie du bébé (Bydlowski, 1997), permettant une plus grande émergence d'affects chez la mère. L'alliance peut ainsi se faire plus rapidement, ce qui est précieux dans le travail avec les familles carencées à risques multiples, qui

viennent généralement de façon assez discontinue aux rendez-vous. Une telle prise en charge précoce permet donc d'augmenter l'efficacité des soins prodigués à la famille, et d'apporter au final un meilleur résultat.

Ces familles très carencées présentent ainsi souvent une grande difficulté à être dans l'alliance avec les équipes de soins. La mise en place d'un protocole soutenant le travail des professionnels permet de *renforcer cette alliance avec les familles*.

Cette **prise en charge pluridisciplinaire** offre de plus un **accès direct et facilité à différents professionnels** (assistante sociale, pédopsychiatre, puéricultrice, psychomotricienne, psychologue, éducatrice de jeunes enfants, auxiliaire de puériculture), dans une proximité rassurante et démystifiant ces professionnels que ces familles ont du mal à aller voir spontanément et isolément.

1.1.4 Objectifs institutionnels

La prise en charge bi-hebdomadaire et pluridisciplinaire crée une meilleure cohésion de l'équipe de soin autour de ces familles à risques multiples. La constitution d'un protocole structuré avec des indications claires et une évaluation objectivée des troubles des patientes et des interactions, permet un appui solide pour les équipes. Cela permet d'éviter l'écueil du contre-transfert négatif, toujours véhiculé par ces familles en faisant appel aux échelles d'évaluations, en permettant l'objectivation de l'amélioration des symptômes même lorsque des problèmes persistent et évite le découragement des professionnels face à ces familles à problèmes multiples. Le protocole intensif impliquant plusieurs professionnels avec un rôle bien défini pour chacun permet aussi de limiter la sensation d'isolement chez le professionnel face à ces problématiques.

1.1.5 Objectifs sociaux

Notre étude a aussi pour objectif une **prise en charge sociale des familles**, grâce tout d'abord au *travail des assistantes sociales* qui apportent leur aide spécifique face aux problèmes rencontrés par les familles, et qui œuvrent à la **constitution d'un environnement adapté et soutenant face à la grande précarité de ces familles**, sur le plan de l'insertion sociale, professionnelle, de l'accession aux modes de garde alternatifs, à un logement adapté... Elles mettent également en place les aides et permettent l'accès aux structures et associations d'aides à ces familles, en les incluant dans leur réseau social.

La prise en charge thérapeutique intensive en elle-même a pour visée de créer autour de ces familles un **cadre et un réseau soutenant**, dont elles sont souvent privées, et de permettre ainsi à l'enfant d'entrer dans les meilleures conditions possibles dans sa vie sociale puis scolaire, et à ses parents de se tisser un réseau social souvent fragile.

Enfin, l'accès précoce de ces enfants à des structures adaptées (modes de garde préventifs - avec aide éducative spécialisée, jardins d'enfants...) leur permettra ensuite de **s'intégrer dans le système scolaire ordinaire et d'éviter le placement dans une structure d'accueil**.

1.1.6 Objectifs sociétaux

Notre visée est également, par le soutien apporté à ces familles carencées et à ces enfants, de leur rendre possible une **place dans la société**, venant ainsi limiter l'impact sociétal que pourrait constituer une trop grande désinsertion sociale familiale aussi bien du côté de l'enfant que de sa famille.

Nous pensons aussi que le fait d'agir précocement avec cette population permettra de **limiter la reproduction des traumatismes et carences** de génération en génération (Zeanah, 1989).

Nous savons enfin que ces familles vont nécessiter des prises en charge multiples et coûteuses à la société, aussi bien sur le plan social (aide, logement...), qu'éducatif (scolarisation spécialisée, Aide Éducative à Domicile, Aide Sociale à l'Enfance) et médical (soins en Centre Médico-Psychologique en santé mentale ..). Agir de la sorte précocement, en prévenant l'apparition de troubles plus conséquents chez l'enfant, constitue un moyen de **diminuer les dépenses de l'État en termes de santé publique**.

Méthodologie

1.1 Population cible (nombre, âge, sexe)

Notre objectif était d'inclure **N = 60** familles dépistées sur critères sociaux par les assistantes sociales (contextes de négligence de l'enfant par les parents biologiques) et dont la perturbation des interactions était évaluée par un pédopsychiatre. Les familles répondant aux critères d'inclusion ci dessous se voyaient présenter et proposer la recherche par l'attaché de recherche au cours d'un entretien avec leur médecin référent. Une note d'information leur était délivrée et la signature du consentement leur était proposée après le délai légal de réflexion.

Les familles acceptant le protocole et signant le consentement, ont été incluses et s'engageaient alors pour une prise en charge de 6 mois minimum.

Les enfants (N = 60), filles ou garçons, pouvaient donc rentrer dans le protocole dès leurs premières semaines de vie, ou jusqu'à la fin de leur troisième année. Les enfants présentant des pathologies somatiques entravant les interactions étaient exclus, ainsi que les prématurés nés avant 36 SA.

Nous envisageons donc une population de 30 dans chaque groupe afin d'obtenir des résultats significatifs. Ce chiffre a été évalué statistiquement pour une différence d'au moins 3 points sur la CGI (Clinical Global Impressions) et 10 points sur l'EGF (Echelle Globale de Fonctionnement), cf § statistique.

Note : Notre population sera ensuite couplée avec le recrutement déjà effectué par l'équipe initiatrice du projet en Israël (références plus bas) pour permettre d'améliorer encore la puissance statistique de l'étude.

1.2 Recrutement

Le recrutement a été réalisé en maternité dans le service de Gynécologie-obstétrique, Pr. M. Dommergues, CHU Pitié-Salpêtrière ainsi qu'à la maternité du CHU Armand Trousseau. D'autre part un recrutement était réalisé par le biais du réseau périnatal classique PMI, pédiatres, centre maternels. Sur les maternités, les familles étaient recrutées par les assistantes sociales du service après un premier repérage par la psychologue. Lorsqu'elles arrivaient par le réseau, le premier repérage était réalisé par le professionnel qui accueillait la famille et les réadressait vers le pédopsychiatre pour confirmation diagnostique et mise en place du suivi.

La procédure de randomisation à partir de la maternité évoquée lors du projet initial au profit d'un appariement selon l'âge de l'enfant à l'entrée dans l'étude et l'intensité des troubles des interactions selon le PIRGAS, comme expliqué plus bas.

Les familles étaient ensuite adressées pour les soins à *l'Unité Petite Enfance et Parentalité (service de psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent)* pour une prise en charge intensive. Les deux prises en charge sont décrites ci-après.

1.2.1 Critères d'inclusion :

- Famille présentant une situation repérée de négligence émotionnelle de l'enfant
- Dysfonctionnement interactif objectivé et évalué par un professionnel de la petite enfance avec PIRGAS supérieur ou égal à 60 (significativement perturbé)
- Inadéquation des réponses des parents aux besoins psycho-affectifs du tout-petit
- Situation considérée de pré-signalement judiciaire, dans laquelle l'enfant est possiblement en danger (proche d'une information préoccupante)
- Enfant âgé de 0 à 3 ans, ne présentant pas de problème de santé pouvant entraver les interactions (Terme > 36SA)
- Familles parlant et comprenant le français
- Ne sont pas exclus les Parents présentant des troubles psychiques perturbant leur relation à leur enfant (dépression du post partum, psychose...)

1.2.2 Critères de non inclusion :

- Refus de signer le consentement
- Placement de l'enfant avant la mise en place du protocole
- Enfant présentant une pathologie organique pouvant perturber ses relations
- Enfant né prématuré avant 36 SA

1.2.3 Procédure :

Une fois le **recrutement** réalisé par les assistantes sociales de la maternité, le protocole d'évaluation proposé, préalablement expliqué aux familles lors du recueil de leur consentement, sera identique quelque soit le lieu de prise en charge.

Les **deux premières consultations**, qu'elles aient lieu pour le groupe d'étude à l'Unité Petite Enfance et Parentalité, ou pour le groupe contrôle à la résidence maternelle, sont constituées d'une **évaluation des familles** à l'aide de la grille d'évaluation informatisée semi-structurée PsychiatRic Infant Navigator Chart and Evaluation, PRINCE (Keren et al., 2001).

Le pédopsychiatre consultant pose, à cette occasion, un premier diagnostic de l'enfant à l'aide de la classification diagnostique 0-3 ans et en particulier évalue le PIRGAS (axe II de la classification, Parent-Infant Relationship Global Assessment Scale).

Suivra une première séance de thérapie pluridisciplinaire. La famille est reçue par un psychologue et un professionnel de la petite enfance. Un temps de vidéo d'évaluation de la qualité de l'interaction est proposé autour d'un jeu libre et de jeux spécifiques entre le parent et l'enfant. Par ailleurs, les parents

remplissent des **auto-questionnaires**, relatifs à la psychopathologie individuelle (**SCL-90 R**), au Soutien Social (**Cutrona**), aux compétences parentales et au regard qu'ils portent sur leur enfant (**BITSEA**). La seconde séance en co-thérapie en présence d'un des thérapeutes ou de l'attaché de recherche présent au groupe thérapeutique vise à un entretien évaluant leurs capacités de compréhension empathique de leur enfant (**Insightfulness Assessment**, Oppenheim, 2001) qui additionnellement a une vertu d'outil thérapeutique.

Suit une **visite à domicile**, en début de prise en charge, durant laquelle l'observation de l'environnement familial à l'aide de l'outil HOME est effectuée par un des professionnels qui assure le suivi ou a procédé à l'inclusion afin de permettre une meilleure adhésion pour ce temps délicat de l'étude.

1.2.4 Évaluation à l'issue du traitement

1. Au bout de six mois (fin de la prise en charge)

Mis à part la visite à domicile, l'ensemble du protocole d'évaluation est reconduit. C'est-à-dire que les interactions parent-enfant autour d'un temps de jeu libre et jeux spécifiques sont à nouveau filmées. Elles sont cotées dans un second temps par des professionnels ne connaissant pas le groupe d'inclusion de la dyade au moyen du Coding Interactive Behavior (CIB). Les auto-questionnaires donnés en début de prise en charge sont réadministrés. Les informations psycho-sociales sont de nouveau recueillies.

Une évaluation de l'amélioration symptomatologique de l'enfant par le médecin référent est réalisé (CGI, EGF)

2. Six mois après l'arrêt de la prise en charge

Évaluation identique à l'évaluation à 6 mois de prise en charge, afin de s'assurer de la pérennité des bénéfices du protocole.

Outils

1.1 Informations socio-démographiques et évaluation sociale.

Relevées par l'assistante sociale et le médecin, elles comprennent l'âge de l'enfant, la composition familiale, l'étape du développement et les antécédents médicaux, l'âge des parents et leur statut marital, leur niveau d'études et leur profession, la présence d'un éventuel contexte de bilinguisme ou de migration.

Ces informations seront recueillies à l'aide du **logiciel PRINCE** élaboré par l'équipe de Miri Keren. Ce logiciel aide à définir les situations familiales avec à la fois un diagnostic issu de la classification DC 0-3 ans et des concepts psycho-dynamiques (mécanismes de défense, projection, transmission transgénérationnelle). Il est basé sur le modèle du développement de l'enfant normal et pathologique. Il propose des questions structurées et permet des réponses également structurées ainsi que des textes libres.

1.2 Diagnostic Classification of Mental Health Disorders of Infancy and Early Childhood, Revised Edition (DC : 0-3 R) (Zero to three, 2005).

Le DC S63 est le système de classification diagnostique le plus souvent utilisé en ce qui concerne la santé mentale et les troubles du développement du bébé et du jeune enfant. Il est utilisable pour les enfants de 0 à 3 ans, et il offre une catégorisation de schémas affectifs et comportementaux qui

représentent des déviations significatives du développement normal des premières années. Le DC : 0-3 R et sa précédente version, DC : 0-3 ont été utilisés dans de nombreuses études et ont montré de bonnes qualités psychométriques C'est un système de classification multiaxiale, qui propose les dimensions suivantes :

Axe I : Diagnostic primaire, qui doit refléter les caractéristiques majeures de la perturbation

Axe II : PIRGAS Parent-Infant Relationship Global Assessment Scale. évalue le trouble des interactions parent-enfant, utilisé uniquement pour diagnostiquer des difficultés interactives significatives.

Axe III : Troubles de nature physique, neurologique, développemental et mental

Axe IV : Facteurs de stress psychosocial

Axe V : Niveau de développement affectif fonctionnel

1.3 Vidéo de 10 mn filmée lors de la première ou deuxième consultation autour d'un temps de jeu libre parent-enfant.

Un temps d'interactions dyadiques parent-enfant autour du jeu est filmé avec le consentement éclairé des familles lors d'une des premières consultations avant le début de la prise en charge intensive. Ces vidéos seront ensuite cotées en aveugle à l'aide de la grille d'analyse CIB (Coding Interactive Behavior, Feldman, 1998, voir ci-dessous) à laquelle l'équipe a été formée. C'est le parent assurant les soins les plus réguliers (ou *caregiver*) qui est évalué lors de ce temps de jeu libre durant lequel des séquences interactives seront filmées.

1.3.1 Setting de l'enregistrement filmé

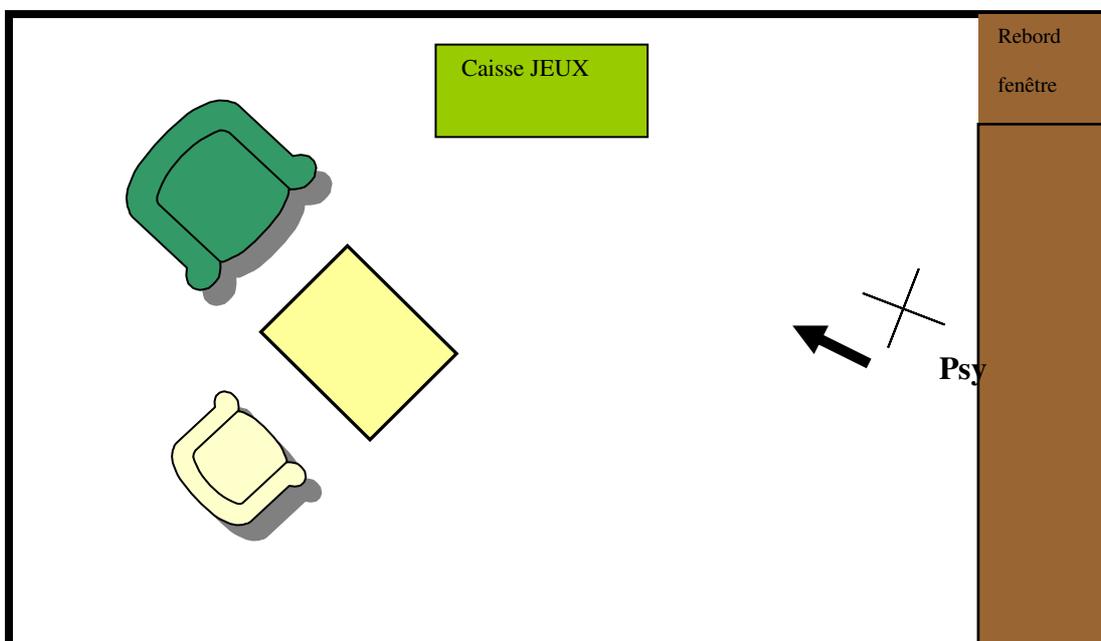
1.3.1.1 Lieu

Le dispositif est identique pour les populations Contrôles et NES (Négligence émotionnelles sévères).

Les enregistrements vidéo ont lieu à l'Unité Petite Enfance et Parentalité (UPEP) Vivaldi, L'enregistrement vidéo des interactions est effectué dans une salle de consultation d'environ 12m² avec une fenêtre.

1.3.1.2 Matériel

Le matériel d'enregistrement est installé sur un meuble fixé sous la fenêtre selon la disposition du schéma suivant.



1.3.1.3 Description

La mère et l'enfant sont installés autour d'une table pour jouer. Le professionnel est assis sur le rebord en face d'eux et se centre sur l'enregistrement. Il peut ainsi encadrer les différentes étapes de la passation et vérifier le bon déroulement de l'enregistrement en évitant de perturber l'interaction.

Une caméra, située en hauteur, effectue un enregistrement de l'interaction qui servira aux cotations cliniques. Pour certaines dyades deux Kinects sont ajoutées au dispositif dans le cadre de la recherche ANR détaillée plus bas.

1.3.1.4 Setting interactif

Pour les deux groupes (contrôle et prise en charge intensive), le temps d'enregistrement dure une dizaine de minutes et est découpée en trois phases :

1. Jeu interactif libre (4mn min) :

Il s'agit de laisser la mère et l'enfant jouer comme à leur habitude afin d'obtenir un enregistrement des interactions les plus naturelles possible. Aucune consigne particulière n'est donnée, si ce n'est de jouer « comme à la maison ». Néanmoins un jeu de dinette et un poupon est proposé afin de faciliter les interactions (prend-donne, imitation...).

2. Jeu interactif dirigé (aide de la mère) (2mn min) :

Un jouet nécessitant l'aide de la mère est proposé à l'enfant (type puzzle ou encastrement). Cela permet d'observer la façon dont l'enfant sollicite sa mère lorsqu'il a besoin d'elle. On observe également comment la mère intervient spontanément dans le jeu de l'enfant.

3. Jeu libre, pendant que la mère est occupée (2mn min) :

Un questionnaire est donné à remplir à la mère. Celle-ci est donc centrée sur une tâche tandis que l'enfant continue de jouer. Cette situation permet d'observer les interactions

que l'enfant peut solliciter chez sa mère, comment il supporte cette situation et de quelle façon la mère sera amenée à effectuer des allers-retours de son attention entre l'enfant et la tâche.

1.3.1.5 Liste du matériel

Setting interactif :

- Fauteuil pour la mère
- Chaise adaptée à l'âge de l'enfant
- Table basse
- Caisse de jouet contenant :
 - jeu de dînette (assiettes, couverts, tasses, bols, biberon, aliments en tissu)
 - poupon
 - puzzle (adapté à l'âge de l'enfant)
 - jeu d'encastrement
- Draps pour recouvrir le dispositif et homogénéiser l'ensemble

Matériel d'enregistrement :

- Caméra classique sur trépied
- Dans certains cas caméra Kinect dans le cadre du protocole ANR

1.4 CIB : Coding Interactive Behavior (Feldman, 1998).

Outil d'analyse des interactions parent-enfant à l'aide d'un support vidéo. Ces films seront cotés en aveugle.

Le CIB est un système de codage des interactions mère-enfant, qui a montré une grande sensibilité à l'âge de l'enfant, au setting interactif, et au développement à risque.

Elle consiste en une grille d'évaluation globale permettant de coter les interactions adultes - enfant vidéoscopées en situation de jeu ou d'alimentation, initialement construite pour les enfants de 2 à 36 mois. Une version pour le nouveau-né a ensuite été développée. La grille de cotation comporte 43 items : 22 pour l'adulte, 16 pour l'enfant et 5 pour la dyade. Des échelles complémentaires spécifiques ont été construites en fonction de la situation d'évaluation comme le jeu, la famille, l'alimentation (Keren , 2002) et le nouveau-né/prématuré (Silberstein, 2009).

Les échelles traitent de la nature et du déroulement global de la séquence ainsi que de l'engagement interactif et du style individuel de chacun des partenaires. La cotation est réalisée après l'observation de la totalité de la séquence et reflète le jugement de l'observateur en tenant compte des niveaux relatifs des comportements spécifiques, de la nature des états affectifs/attentionnels, et de la réciprocité et de l'adaptation des partenaires de l'interaction entre eux. Comme la cotation se base sur l'expérience de l'observateur, une période d'entraînement intensif est requise avant l'utilisation du CIB en utilisant des échantillons normatifs et à risque.

Durant la première année, six dimensions peuvent être extraites des échelles CIB : **Sensibilité Parentale, Intrusion Parentale, Engagement Social de l'Enfant, Emotivité Négative de l'Enfant/engagement de l'enfant, Réciprocité Dyadique et États Négatifs de la Dyade.**

Dans la deuxième et troisième année, deux autres dimensions supplémentaires apparaissent : la **mise en place des Limites/du Cadre** par les parents et la **Compliance de l'enfant**. Après l'âge de 2 ans, la dimension de **Repli** de l'enfant se substitue généralement à celle d'Emotivité Négative de l'Enfant.

Pour chaque item, le clinicien, formé et entraîné à la cotation, attribue une note comprise entre 1 et 5, le niveau 1 étant une faible occurrence d'un comportement ou d'une émotion et 5 un niveau élevé d'apparition de la caractéristique de l'élément dans l'interaction.

Concernant la mère : la *dimension sensibilité maternelle* comprend les items de reconnaissance des besoins de l'enfant, d'imitation, d'élaboration, de regard du parents/attention conjointe, d'affect positif du parent, de discours approprié/motherese, de modulation appropriée des affects, de capacité de ressources, de félicitations/encouragement et toucher affectueux, présence sécurisante (item d'attachement), conduction de la relation par l'enfant. La *dimension d'intrusivité maternelle*, quant à elle, comprend les items de manipulations physiques-forçage, d'intrusion, d'affect négatif/colère, d'hostilité, d'anxiété et critiques, conduction de la relation par le parent.

Concernant l'enfant : la *dimension Emotivité négative/engagement de l'enfant* comporte les items de regard de l'enfant/attention conjointe, d'affect positif, d'affection pour le parent, de vigilance, de fatigabilité, de vocalisation, d'initiative, de compétence par rapport à l'environnement et de jeu créatif et symbolique. Un certain nombre de ces items ne sont pas applicables avant 9 mois et peuvent fragiliser la consistance de la dimension. La *dimension d'engagement social de l'enfant* correspond aux items d'affect négatif/enfant difficile, de retrait, de labilité émotionnelle et d'évitement envers le parent. Enfin, deux dimensions ne sont applicables qu'à partir de 9 mois: La *dimension pose de limites par la mère* qui renvoie aux items de comportements homogènes, de persistance sur une tâche et d'environnement approprié et la *dimension de compliance*, représentée par les items de coopération/obéissance, de dépendance au parent et de persistance sur une tâche.

Concernant la dyade : La *dimension réciprocité* est évaluée par les items de réciprocité dyadique, d'adaptation/régulation et de fluidité. Enfin, la *dimension états dyadiques négatifs* est représentée par les items de restriction et de tension.

1.5 Home Scale (Caldwell & Bradley, 1984).

Outil d'évaluation de la qualité de l'environnement de l'enfant au domicile familial lors d'une visite à domicile, effectuée par l'assistante sociale ou par le thérapeute. Il contient une part d'observation directe de la mère et de l'enfant, et des questions adressées à la mère. Les items indiquant un environnement de qualité sont ensuite additionnés. Un score atteignant le quart inférieur de la note totale indique un environnement à risque pour le développement de l'enfant.

1.6 Questionnaire de Soutien Social (Cutrona & Troutman, 1986).

Outil visant à évaluer la qualité du réseau social ou network présent autour des parents selon six niveaux différents (dont relations proches, intégration sociale, opportunités d'encourager d'autres personnes, valorisation de ses propres compétences...).

1.7 Insightfulness Assessment (Oppenheim et al., 2001).

Entretien mené par le thérapeute avec le parent, sans l'enfant, permettant d'évaluer la capacité parentale à comprendre les motivations sous-jacentes aux comportements et affects de leur enfant, et à éprouver de l'empathie à l'égard de l'enfant. L'équipe a reçu une représentation détaillée spécifique à cet outil. Les entretiens seront retranscrits par un des thérapeute et seront par contre coté par l'équipe israélienne de Miri Keren.

1.8 SCL-90R : Symptom CheckList, version révisée (Derogatis, 1983).

Auto-questionnaire mesurant l'état de la symptomatologie psychologique du patient, avec la référence temporelle suivante : « dans les 7 derniers jours y compris aujourd'hui ».

1.9 BITSEA (Brief Infant and Toddler Social and Emotional Assessment) (Briggs-Crown & Carter, 2006).

Questionnaire évaluant dans le détail différents aspects comportementaux du développement ainsi que des aspects cliniques spécifiques de l'enfant, et basés sur l'appréciation du développement de l'enfant par ses parents.

Description de la prise en charge

- *Le groupe de traitement intensif* (à l'Unité Petite Enfance et Parentalité) vient à l'Unité deux fois par semaine, une fois pour bénéficier d'une **co-thérapie**, et une autre fois pour suivre une **séance de guidance parentale**. Les séances dureront chacune une heure.

La *co-thérapie* constitue une prise en charge pluridisciplinaire de la famille par deux professionnels conjointement, réalisée dans le même espace par une psychologue *et* un professionnel de la petite enfance, chacune étant respectivement la référente des parents et de l'enfant. Le choix de la professionnelle associée à la psychologue (psychomotricienne, éducatrice de jeunes enfants, puéricultrice ou auxiliaire de puériculture) se fait selon la symptomatologie repérée de l'enfant ainsi que son âge. Les axes d'intervention dans cet espace thérapeutique sont de nature psychodynamique et également centrés sur la théorie de l'attachement. Il s'agit pour les professionnelles de permettre aux parents de travailler sur les représentations qu'ils ont de leur enfant, sur leurs affects non encore élaborés les empêchant d'être suffisamment en relation avec lui, sur leur propre positionnement de parent, et il s'agit aussi d'écouter l'enfant dans ce qu'il peut exprimer de souffrance et de difficultés, et de le soutenir dans son développement et dans le lien à ses parents.

Lors de la prise en charge en co-thérapie, il y aura régulièrement des temps d'interactions filmés qui seront ensuite retravaillés avec les deux co-thérapeutes et la famille concernée, afin de pouvoir mesurer l'évolution des troubles de l'enfant et des interactions parent-enfant. Cette technique a montré une grande efficacité dans plusieurs études et est très appréciée des familles. Le feedback vidéo cliniquement assisté permet en effet de soutenir l'auto-régulation émotionnelle des parents (Schechter,

Myers, Brunelli et al., 2006) et constitue un support pour relier plus facilement leurs expériences passées aux représentations actuelles qu'ils ont de leur enfant (Zelenko & Benham, 2000). L'alliance thérapeutique se trouve également renforcée par un tel dispositif (Zelenko & Benham, 2000), ce qui est précieux pour les familles avec lesquelles nous travaillons, comme écrit plus haut.

La *séance de guidance parentale*, réalisée par une des professionnelles de la petite enfance ci-dessus présentées, représente un temps durant lequel le parent peut venir déposer ses difficultés rencontrées avec son enfant, et recevoir des conseils appropriés à sa situation en même temps qu'un espace d'élaboration autour des problèmes rencontrés. Ce travail permet de créer un renforcement positif des relations parent-enfant (Mc Donough, 1995).

- *Le groupe contrôle* (résidence maternelle) est pris en charge sur le plan éducatif par les services sous forme **de guidance parentale**.

La durée de la prise en charge dans les deux groupes sera d'au moins 6 mois. Toutefois, nous nous autoriserons à poursuivre la prise en charge selon l'état clinique de l'enfant, une évaluation un an après le début du traitement est réalisée pour évaluer la stabilité de l'amélioration clinique.

Protocole ESPOIR
Evaluation et Soins Pour l'Investissement

Début de PEC
et à 6 mois et à 1 an

2 consultations pédopsychiatriques

Gp1 :
Intensif
(thérapie +
groupe)

GP2:
Pec
Educative
Résidence
maternelle

DC 0-3
PIRGAS

Diagnostic
Enfant /Dyade

PRINCE

Evaluation de la
situation familiale

CGI
EGF

Intensité Symptomatique de
l'enfant

Evaluation par les co-thérapeutes

Evaluation à
domicile

Soutien
social

Environnement

social

SCL 90

Symptomatologie

du caregiver

BITSEA

Comportement

de l'enfant

Video
10min

IA

Représentation
de l'empathie

CIB

Interactions

AUTOQUESTIONNAIRES

Méthodes et indicateurs d'évaluation des résultats du projet

Indicateurs d'évaluation

Les données recueillies sont enregistrées de manière anonyme selon les recommandations de la CNIL.

1.1 Critères principaux

- Symptomatologie de l'enfant, diagnostiquée à l'aide de la classification DC 0-3 ans dont le PIRGAS associée aux échelles « Clinical Global Impressions » (Indice Clinique Global) et « EGF » (Échelle Globale de Fonctionnement).
- Modalités d'interaction parents-enfant cotées selon les items du CIB (Coding Interactive Behavior)

1.2 Critères secondaires

- Niveau socio-économique de la famille (SES)
- Soutien familial
- Recueil sur PRINCE (antécédents familiaux...)
- Nombre de séances suivies
- Poursuite de la prise en charge
- Alliance thérapeutique

Méthodologie statistique

Nous avons envisagé une population de 30 dans chaque groupe afin d'obtenir des résultats significatifs. Ce chiffre a été évalué statistiquement pour une différence d'au moins 3 points sur la CGI (Indice Clinique Global) et 10 points sur l'EGF (Échelle Globale de Fonctionnement).

Les différences entre les mesures réalisées auprès des enfants du groupe d'étude et ceux du groupe contrôle ont été examinées selon une analyse de covariance, avec l'âge de l'enfant en tant que covariable.

Les relations longitudinales entre les mesures faites dans la petite enfance (interactions et diagnostic) et les résultats à 6 mois et 6 mois après l'arrêt du traitement ont été évaluées avec des analyses de corrélation et de régression.

Le degré de signification statistique retenu a été fixé classiquement au seuil de 0.05.

Une mesure de l'effet centre sera réalisée dans un second temps dans les analyses poolées afin d'effectuer des réajustements si nécessaire suite au couplage de l'ensemble des résultats dans le cadre de l'étude multicentrique.

Durée du projet

Compte tenu que les soins se déroulent sur 6 mois, et que l'adressage venant des maternités en particulier peut prendre quelques mois, notre étude prévue sur 18 mois s'est déroulée sur 24 mois dans le cadre d'un avenant demandé à l'ONED afin de pouvoir obtenir des résultats probants.

Conclusions et bilan critique

1.1 Adaptation de la Méthodologie

Dans le cadre de notre convention de Recherche avec l'ONED nous avons réalisé la recherche action ESPOIR Bébés Familles : Evaluation et SOin Pour l'Investissement Relationnel des Bébés par leurs Familles ».

L'objectif principal de cette recherche action est de montrer qu'une thérapie pluridisciplinaire hebdomadaire couplée à une thérapie individuelle de guidance autour des interactions parent-enfant, réalisée selon les recommandations internationales, a un impact significativement plus grand sur (1) la diminution de la symptomatologie développementale de l'enfant, ainsi que sur (2) les modalités d'interactions familiales, qu'une prise en charge individuelle hebdomadaire standard.

Le projet vise du côté de l'enfant à améliorer l'efficacité des soins en empêchant les troubles de s'installer et de perdurer. Il s'agit en effet de permettre au bébé et au jeune enfant carencé et en danger d'être soutenu dans son développement physique et psychique.

Du point de vue des familles, la prise en charge intensive et soutenue vient, elle, étayer leurs compétences et en agissant dès le début de vie de l'enfant, nous pouvons ainsi améliorer l'alliance thérapeutique avec ces familles. L'axe social de la prise en charge des familles, permet la constitution d'un environnement adapté et soutenant face à la grande précarité de ces familles.

Par ailleurs, du côté des professionnels, une prise en charge bi-hebdomadaire et pluridisciplinaire crée une meilleure cohésion de l'équipe de soin autour de ces familles à risques multiples, ce qui permet d'éviter l'écueil du contre-transfert négatif, toujours véhiculé par ces familles, ainsi que l'isolement chez le professionnel.

Sur la première partie du projet, une partie seulement du recrutement a pu être réalisée étant donné les difficultés d'organisation et de mise en place du projet. En effet la constitution du groupe de prise en charge a nécessité un temps d'élaboration clinique et la constitution d'une équipe solide pour pouvoir accueillir ces familles difficiles. L'abord des familles a été adapté en fonction de leurs grandes difficultés d'élaboration et de perception des besoins de leur enfant. L'Insightfulness Assessment d'abord outil de recherche s'est révélé un outil clinique très intéressant, car il permet avec le visionnage de la vidéo d'interactions commentée par le parent de mobiliser chez celui-ci toutes ses ressources de compréhension et d'élaboration et de donner ainsi du matériel clinique aux professionnels sur lequel s'appuyer dans la prise en charge.

1.1 Recrutement

Le projet initial prévoyait un recrutement de 60 dyades d'enfants de 0 à un an, 30 dans chaque groupe venant des maternités de la Pitié Salpêtrière et de Trousseau. Des adaptations ont dûes être réalisées par rapport au projet initial compte tenu des importantes restructurations en particulier à l'Hôpital Trousseau qui retardaient le recrutement en provenance de cet Hôpital et des réticences des psychologues des maternités quant à la question de la randomisation.

Nous avons donc recrutées les familles adressées à l'unité Vivaldi par le réseau périnatal habituel en étendant le recrutement de 0 à 2 ans et un travail d'information et de recrutement est en cours auprès des maternités du réseau Centre Est (secteur de l'Unité Vivaldi) à présent que leurs équipes sont stabilisées.

Le recrutement a au jour d'aujourd'hui été essentiellement réalisé pour des familles s'inscrivant dans le protocole de soin. Ainsi la recherche a t elle été proposée à 50 dyades présentant les critères d'entrée dans l'étude. 30 d'entre elles ont accepté le protocole. 6 sont actuellement en cours de recrutement, mais des éléments intercurrents ne permettent pas leur entrée immédiate dans le protocole (nécessité de prise en charge hospitalière préalable, soins somatiques nécessaires pour l'enfant, mise en place des modes de garde, reprise du travail de la mère etc...). 24 ont pu rentrer effectivement dans l'étude à ce jour.

Il faut noter que l'exigence des soins 2 fois par semaine peut être difficile à mettre en place avec ces familles pour plusieurs raisons : les pathologies parentales compte tenu par exemple pour les mamans borderlines de leur discontinuité de pensée, de la temporalité de la famille : mise en place des modes de garde, reprise de travail, etc.... Certaines familles ont arrêté le traitement avant les 6 mois prévus, soit compte tenu de l'amélioration des interactions et du développement de l'enfant, déménagement, passage à une séance par semaine compte tenu d'un changement de disponibilité maternelle, rupture de suivi. Ces données pourront cependant être exploitées lors de l'analyse statistique finale. En effet, nous envisageons, si les difficultés de recrutement dans les centres maternelles persistaient de réaliser une analyse sur le nombre de séances honorées par rapport aux séances de thérapies proposées. Une analyse factorielle à partir de cette données pourrait permettre de dégager le profil des patientes

adhérant au traitement et déterminer si effectivement les patientes ayant été le plus constante dans la prise en charge s'améliore plus que celle qui est venue mais à un rythme moins soutenu.

Ces difficultés avaient été envisagées lors de la rédaction du projet du fait du caractère instable de cette population. Cependant il faut noter que passée la période de recrutement au cours de laquelle s'instaure l'alliance thérapeutique, les familles adhèrent bien au protocole et sont demandeuses d'avoir accès à leurs données pour évaluer avec nous leur évolution.

Pour le **recrutement du groupe contrôle** nous avons été confrontés à un certain nombre de difficultés : refus des randomisations du côté des maternités, disparité des prises en charges sur les lieux de soins de secteur, refus d'autres centres de soins de s'engager dans une évaluation des prises en charge.

Nous avons, après avis des statisticiens, mis de côté la question de la randomisation et prévu un appariement une à une des dyades « contrôle » et « prise en charge intensive » selon l'âge de l'enfant, l'intensité du troubles des interactions (Axe II du Zero to Three) et la pathologie parentale (selon classification CIM 10/DSM).

Compte tenu de nombre actuel de dyades dans notre étude l'appariement n'a pas été réalisé pour ces premiers résultats, mais sera réalisé lors de l'analyse groupe à groupe avec le recrutement des témoins.

2 pistes ont donc été réfléchies et mises en place.

- 1) Comparaison de 2 groupes d'âge : enfants entrés dans l'étude avant un an (recrutement venant des maternités) versus enfants entrant dans l'étude après un an (enfants orientés

par le réseau). Nous nous basons sur l'hypothèse, décrite par la littérature, que les enfants pris en charge avant un an présenteront une amélioration plus importante que ceux pris en charge après l'âge d'un an.

- 2) Comparaison du groupe pris en charge à l'unité Vivaldi avec protocole intensif versus une population de dyades présentant les critères d'inclusion, mais n'ayant pas accès aux soins. Ces dyades sont recrutées en résidence maternelle où les mères en situation de précarité sont reçues avec leurs enfants de la naissance à 3 ans. Elles bénéficient sur place d'un accompagnement éducatif et de mode de garde pour leur enfant, mais pas de soins psychothérapeutiques et refusent ou ne peuvent pas se rendre dans les lieux de soins. 2 établissements nous ont donné leurs accords et sont intéressés pour travailler avec nous. Le recrutement a débuté en décembre 2012.

Malgré le travail de l'année 2013 auprès des divers centres maternels du réseau, le recrutement de la population contrôle n'a pu être effectif que de puis décembre 2013. Le fonctionnement institutionnel de ces centres a dû être respecté pour permettre aux équipes de s'approprier l'intérêt de la recherche action à laquelle elles sont peu habituées. Cependant l'étude a profité de ce travail car plusieurs dyades issues de ces centres maternelles ont pu intégrer le protocole intensif.

Ces réflexions ont été menées conjointement avec les équipes de la maternité et l'équipe de Miri Keren, qui rencontre des difficultés analogues sur son terrain.

1.2 Travail sur les données

Un premier travail sur les données a été réalisé afin de faciliter l'étape de recueil systématique des données, le suivi des familles et l'analyse des données.

Nous avons ainsi réalisé une Adaptation du logiciel PRINCE, créé par l'équipe de Vivaldi en collaboration avec l'équipe de Miri Keren afin de le rendre plus simple d'utilisation et plus adapté à notre étude. Le logiciel pourra ainsi servir pour d'autres études réalisées dans l'unité (sur le Plurilinguisme, les mères borderlines, etc...)

Les données sont colligées de manière protégée et anonyme selon les recommandations de la CNIL.

1.2.1 Analyse de films, échange et collaboration avec l'équipe Israélienne

Nous avons réalisé les cotations de CIB des films israéliens dans le cadre de la collaboration (20 aines).

La validation française du CIB a été réalisée et sera publiée prochainement :

S. Viaux-Savelon, C. Leclere, E. Aidane, N. Bodeau, L. Camon Senechal, S. Vatageot, R. Feldman, D. Cohen' « Validation de la version Française du Coding Interactive Behavior sur une population d'enfants à la naissance et à 2 mois », *Neuropsychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, sous presse

Plusieurs publications communes sont prévues, ainsi qu'une communication au prochain congrès de la WAIMH à Edinbourg en juin 2014 et à la IACAPA en Août 2014.

Les textes des passations des Insightfulness Assesement ont été retranscrits d'après les enregistrements audios et envoyés à l'équipe de Miri Keren pour cotation. L'analyse qualitative de ces passations a été utilisée dans la prise en charge de chaque dyade. Un compte-rendu est rédigé après chaque passation par le professionnel afin d'ajouter une analyse clinique/contre-transférentielle et une trace clinique pour le dossier de la patiente.

Résultats

Les résultats sont présentés pour les 24 patientes entrées dans l'étude.

Le premier dépouillement des données permet de confirmer l'hypothèse principale d'amélioration clinique du fonctionnement de la dyade avec une amélioration de 15 à 20 point entre T1 et T2 pour l'EGF et de 20 point pour le PIRGAS , amélioration qui se poursuit à T3.

Le retentissement sur l'insertion sociale reste modéré et surtout axé sur le travail de guidance.

Le développement du bébé est amélioré.

1.1 Profil des patientes

Les mères ayant participées à l'étude présentaient des symptomatologies variées avec un taux de pathologies carenciel et limites de 38% (dont 8 % d'état limites sans autres pathologies associées, 13% à pathologies multiples, et 17% carencée), ce taux est proche de celui de troubles de l'humeur : 39% de dépression et 8,7% de bipolaire. 13% présentaient une pathologie psychotique.

30% bénéficiaient d'une prise en charge psychiatrique spécifique dans un service adulte en plus de la prise en charge dans l'unité.

Elles sont de niveau socio économique variable environ 65% présentent des signes de précarité (prise en charge sociale et économique, chômage...). Dans 70% elles ne sont pas en couple ou le couple est en conflit.

56% présentent des antécédents de carence dans leur propre enfance.

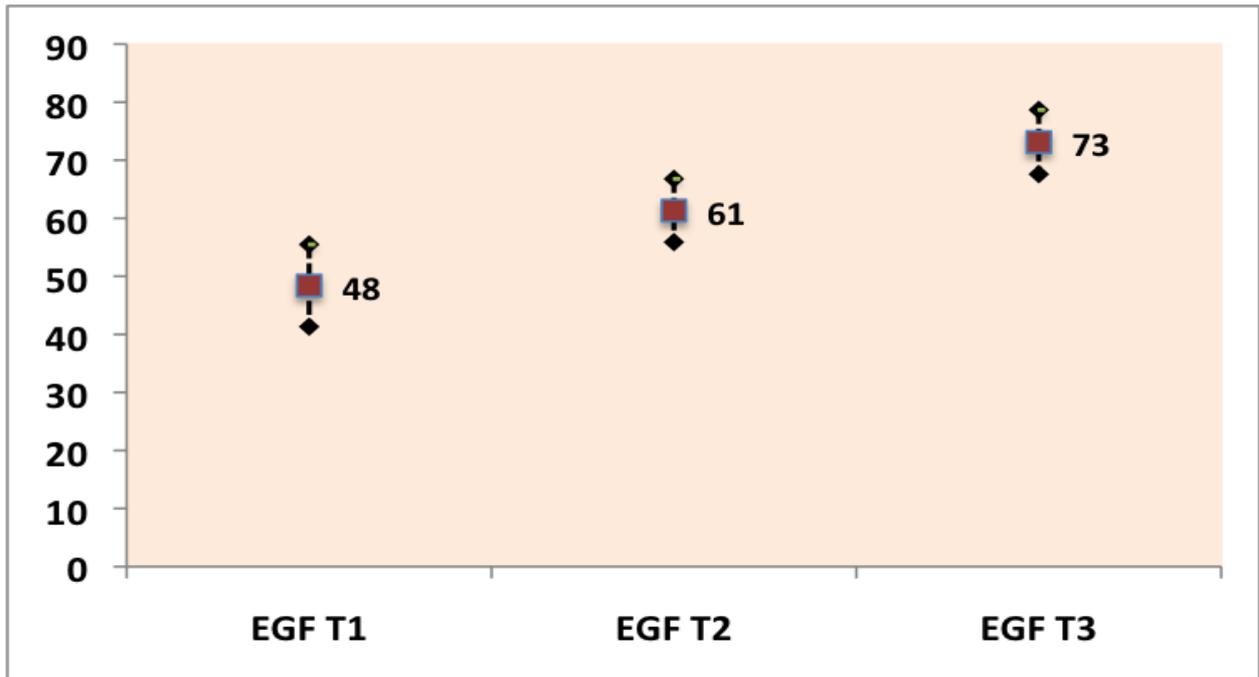
1.2 Amélioration clinique des enfants

Les enfants inclus sont pour 67% des garçons et 33% des filles. Les enfants sont entrés dans l'étude en moyenne à 17 mois avec un minimum à 1 mois et un maximum à 36 mois. 42% ont moins de 18 mois au moment du consentement.

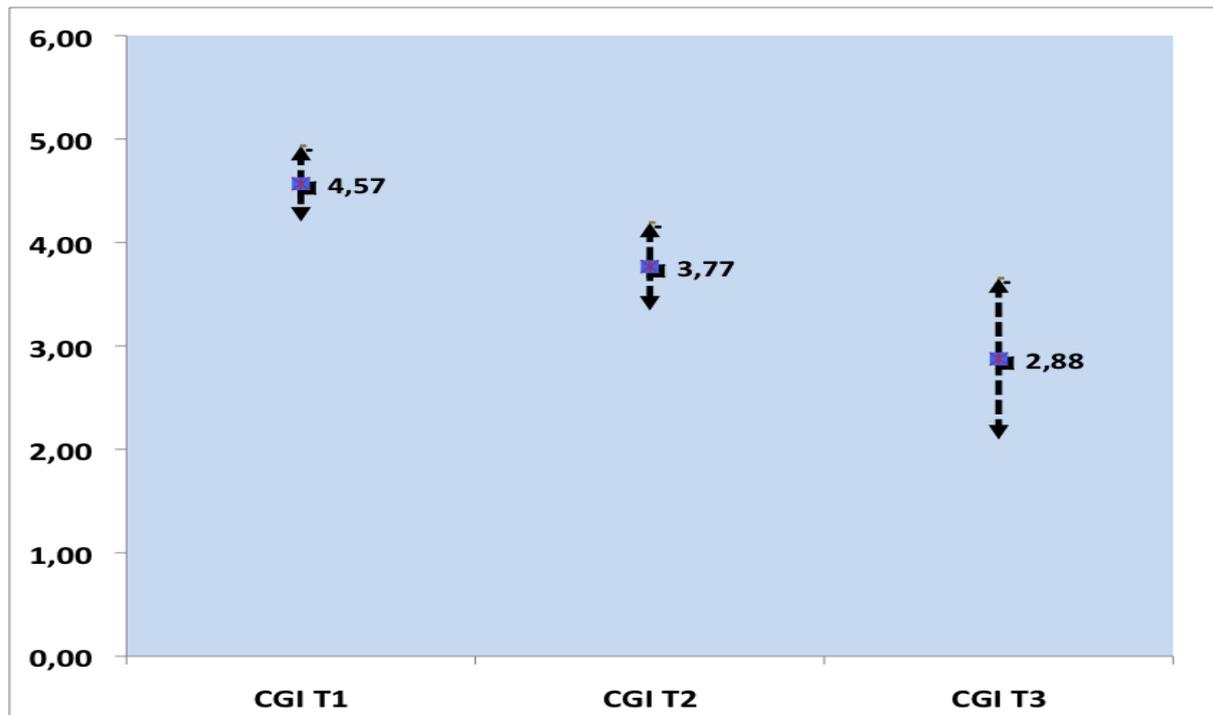
Une amélioration clinique des enfants a pu être observée à 6 mois avec la poursuite de l'amélioration 6 mois après la fin de la prise en charge intensive.

Ces résultats sont constatés aussi bien avec l'échelle EGF (Evaluation Globale de Fonctionnement) avec en moyenne un score de 48 à T1, 61 à T2 et 73 à T3. Graphique 1.

De même à l'échelle CGI (Impressions Cliniques Globales), on note une amélioration notable des scores : 4,57 à T1, 3,77 à T2 et 2,88 à T3. Graphique 2



Graphique 1 : EGF des enfants à T1 (début de prise en charge), T2 (Après 6 mois de prise en charge) et à T3 (6 mois après l'arrêt de la prise en charge intensive)



Graphique 2 : CGI des enfants à T1 (début de prise en charge), T2 (Après 6 mois de prise en charge) et à T3 (6 mois après l'arrêt de la prise en charge intensive)

L'amélioration est nette et se poursuit après la fin de la prise en charge.

Il faut cependant nuancer ces résultats. Les enfants poursuivent leur développement et peuvent donc participer eux même à leur amélioration en s'appuyant sur l'étayage des adultes. Par ailleurs il n'y a pas de groupe témoin au sens stricte sans prise en charge. Cependant un certain nombre de mère n'ont pas été régulières lors des prises en charges ou n'ont adhéré qu'à une partie de la prise en charge, mais on permet cependant une amélioration de la symptomatologie de l'enfant.

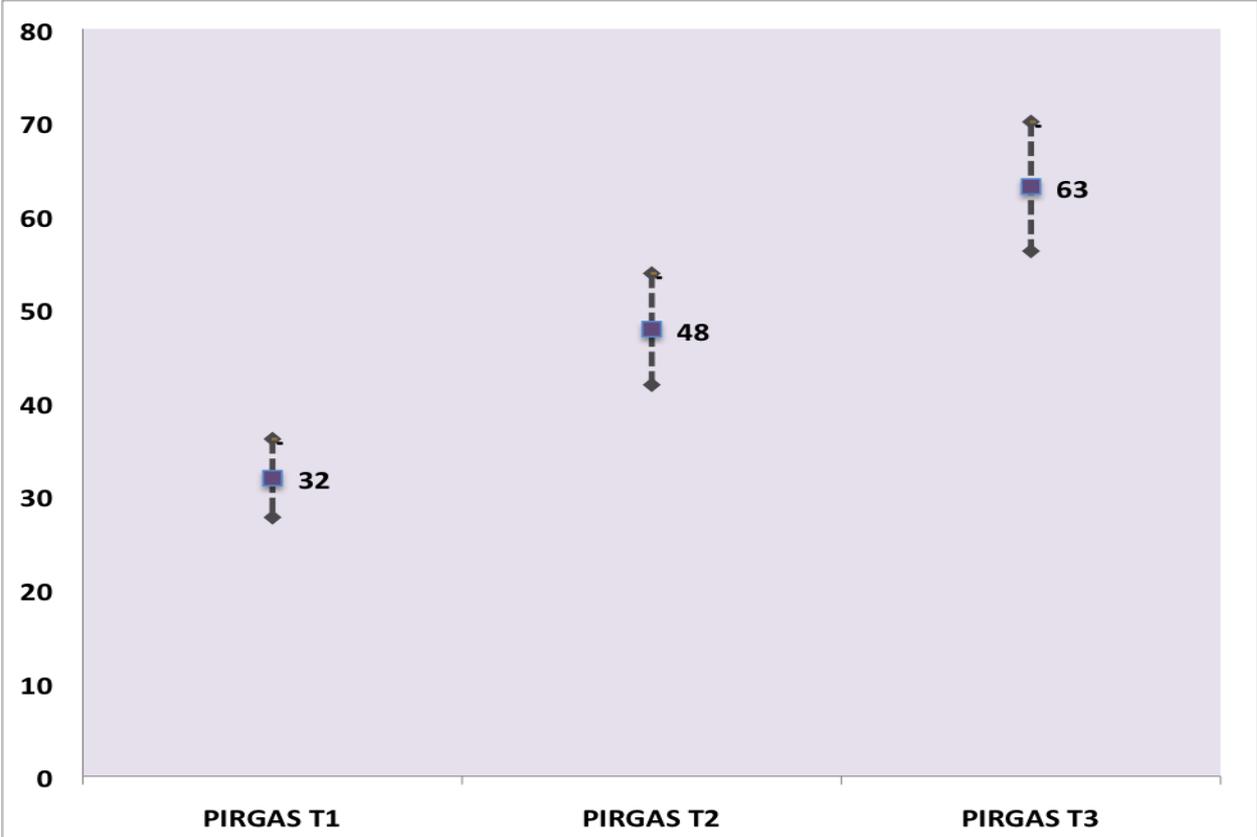
1.3 Résultats de la dyade

Sur le plan de la dyade, le PIRGAS s'améliore d'environ 15 points entre chaque temps entre chaque temps avec une moyenne de 32 à T1 (très sévère), 48 à T2 et 63 à T3. Les dyades restent donc en difficulté mais repassent le seuil choisi pour l'inclusion ou le troubles des interactions n'est plus constant et installé.

Les données du CIB ne sont pas encore disponibles, car les cotations en aveugle n'ont pas pu être toutes réalisées à ce jour.

L'amélioration est cependant bien nette sur le niveau de PIRGAS et se poursuit après la fin de la prise en charge.

Tout comme pour la symptomatologie de l'enfant, il faut cependant nuancer ces résultats. Les enfants s'adaptent plus ou moins aux pathologies parentales et interviennent aussi pour mobiliser ou non leur parents.. L'absence de groupe témoin au sens strict sans prise en charge reste une difficulté, mais cette difficulté pourra être compensées dans un second temps par une pondération selon la présence régulière ou non aux prises en charge qui sera réalisée.



Analyse comparative

Plusieurs hypothèses ont été testées pour les analyses comparatives soit avec des tests de Mann Withney, soit avec des corrélations de Spearman selon la nature des données.

Ainsi on ne retrouve pas de corrélation entre l'amélioration au score de CGI ou d'EGF ou au PIRGAS selon les antécédents de carence de la mère, ni le type de pathologie et leur suivi ou non en service adulte ou au nombre d'événement traumatique pour l'enfant (Axe IV u DC 0 to 3)

Il n'y a pas non plus de corrélation retrouvée selon l'âge au moment du consentement et ces différents éléments.

Cependant on note que le sexe de l'enfant est corrélé à l'amélioration au PIRGAS $p= 0,06$.

Les filles présentant une amélioration plus importante que les garçons.

Ces résultats vont être renforcés et précisés par la poursuite de l'augmentation du recrutement et la finalisation des prises en charges des dyades entrées et récemment dans l'étude et pour lesquelles, du fait du caractère prospectif de notre étude, nous ne disposons pas des résultats.

Organisation du travail collectif

Des réunions mensuelles ont lieu avec tous les professionnels concernés pour régler l'organisation de la recherche.

Le point sur le recrutement est réalisé chaque semaine au cours de la synthèse de l'unité petite enfance et Parentalité Vivaldi pour le groupe de soins intensifs et tous les mois au cours de la réunion de recherche pour les résidences maternelles.

Une fois par mois une séance est consacrée soit à l'avancée de la recherche, soit aux cotations des films de l'équipe Israélienne par les professionnels formés et validés au CIB soit au travail de retranscription des IA en vue d'envoi à l'équipe israélienne pour cotation en aveugle et d'analyse clinique de l'IA apportant des outils pour la prise en charge de la famille.

L'attachée de recherche/doctorante est chargée de s'assurer de la tenue des dossiers de recherche, de la récupération des données et échelles auprès des différents intervenants et de la rentrée des données dans le logiciel « Petit Prince » sous supervision de la coordinatrice de l'étude.

Des vacances ont été attribuées à une des psychologues de l'unité plus particulièrement chargée du recrutement, du travail de lien institutionnel avec les maternités pour faciliter les indications et de l'organisation des soins. Il était nécessaire de recruter pour cette fonction une personne connaissant bien le fonctionnement de l'équipe et ayant suffisamment d'expérience clinique pour aborder ces familles.

Utilisation du budget

Cf fichier Annexe financière

Axes principaux :

Personnel

- Vacances de psychologues pour le soin et la recherche clinique

- Doctorante
- Forfait pour l'analyse des données par le biostatisticien

Matériel

- Caméra numérique, pied
- Ordinateur portable pour manipulation des vidéos et visionnage par les familles lors de la passation de l'IA (Insightfulness Assessment), travail de recherche, échanges avec les collaborateurs israéliens.
- Logiciels de traitement vidéo, statistiques.
- Disque dur pour stockage des données
- Jeux adaptés en fonction de l'âge de développement de l'enfant

Mission et valorisation du projet

- Déplacement et droit d'inscription aux congrès

Budget de déplacement des familles en attendant le relais par les dispositifs sociaux. (Tickets de transport)

Indemnisation en nature des familles participants à la recherche (livre pédagogique pour l'enfant, diplôme de l'enfant chercheur)

Valorisation : Diffusion et Publications

Nous collaborons avec différentes institutions franciliennes, les maternités des CHU de la Pitié Salpêtrière et d'Armand Trousseau et globalement tous les partenaires du réseau Périnatalité de l'EST et du NORD de Paris auquel nous participons.

Notre étude est rattachée à une étude internationale multicentrée, chaque équipe ayant son propre financement. L'équipe pilote du projet est basée en Israël (Community Infant Mental Health Unit, Geha Mental Health Center, Tel Aviv University Sackler School of Medicine), et a obtenu un financement de la part de l'Institut Haruv. Une autre équipe basée à Safed (Israël) s'est également récemment intégrée à la recherche.

La valorisation de cette recherche clinique est prévue selon plusieurs modalités :

- séminaires et formation de professionnels au cours du protocole
- publications dans des revues nationales et internationales
- congrès nationaux et internationaux : IACAPAP 2012, WAIMH, SFPEADA, JFRN, JFRO, Journées d'actualité en Périnatalogie, etc...

Les résultats et analyses n'ayant pas encore été traités, il est encore trop prématuré d'envisager des publications sur ceux-ci. Cependant un article de validation de la version française du Coding Interactive Behavior est en cours de finalisation avec l'accord des auteurs afin de renforcer les résultats de l'étude. L'échelle et le manuel d'utilisation ont été traduits et les tests statistiques ont été réalisés sur 74 vidéos cotées par l'équipe au cours d'une précédente étude.

Le protocole a été présenté dans plusieurs congrès autour de premiers cas cliniques et de la présentation du protocole.

Congrès SFPEADA, présentation orale, 2011

- « L'impact du traumatisme sur la qualité des interactions précoces », **Journées Nationales de la Société Française de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent**, Limoges, 27-28 mai 2011.

Congrès WAIMH Le Cap, 2012

- “The impact of trauma on the quality of early relations”, **WAIMH**, Cape Town, 17-21 avril 2012

Congrès IACAPAP, Paris, 2012

- “The impact of trauma on the quality of early relations”, **PARIS**, July 2012

Congrès Société Marcé, octobre 2012

- “The impact of trauma on the quality of early relations, ESPOIR Protocol”, **PARIS**, october 2012
- Journée de Périnatalité du réseau EST parisien :
 - Présentation d'un cas Clinique de la recherché (pathologie bipolaire et parentalité)
- communication congress WAIMH 2014 Edinbourg, Ecosse
 - résultats préliminaires
 - Présentation du dispositif de soins
- Comunication congress IACAPAP, Août 2014, Afrique du Sud
 - résultats préliminaires

- Présentation du dispositif de soins

Extensions et poursuite du projet :

Le recrutement aussi bien pour le groupe de prise en charge intensif que le groupe témoin est actuellement poursuivi au moyen des financements qui ont pu s'adjoindre au financement de l'ONED.

En effet la poursuite de l'augmentation de la population est nécessaire pour obtenir des résultats plus précis sur notre population. Le caractère prospectif de l'étude limite, bien sûr les possibilités de recrutement et augmente le risque de perte de vue. Cependant elle permet une approche qualitative nécessaire à l'intérêt scientifique du projet.

Nous avons, par ailleurs, développé un nouvel axe de notre recherche action ESPOIR qui a reçu un financement dans le cadre d'un Projet ANR (Agence Nationale de Recherche) du nom de ANR Samenta/Synedpsy.

Ce projet consiste, pour notre Workpackage 2, en l'utilisation d'une dizaine des vidéos des dyades en situation de dyssynchronie sévère du fait du trouble des interactions pour un travail de modélisation de la synchronie de la dyade mère enfant en collaboration avec le laboratoire ISIR (Institut des Systèmes Intelligents et de Robotique) Paris VI.

La rentrée 2012 a ainsi été marquée par le recrutement d'une doctorante sur le projet commun ESPOIR ANR Synchronie.

Ce financement va permettre de poursuivre l'augmentation de la cohorte et la finalisation du projet pour permettre un travail scientifique de qualité permettant à notre étude d'être présenté sur le plan international.

1.1 Résumé du projet du WP2 :

Dans le comportement humain, le développement précoce et les interactions entre parents et enfant en bas âge sont une situation interactive paradigmatique dans laquelle la synchronie est un processus clé. Les corrélats ou « matching » comportementaux correspondent aux faits que l'enfant en bas âge et la personne donnant les soins ont des comportements simultanés. La synchronie signifie aussi que le bébé et la personne donnant des soins passent de l'un à l'autre et d'un état au suivant d'une façon harmonieuse et fluide. En résumé, des comportements maternels synchrones sont à rapprocher d'interactions mère/bébé efficaces tandis que des dys-synchronies qualifient des interactions mère/bébé incorrectes.

Le présent projet a pour finalité d'améliorer la synergie entre trois domaines : la pédopsychiatrie, la psychologie du développement, et les neurosciences computationnelles en essayant de comprendre les situations de synchronie dans des systèmes interactifs et modèles computationnels mais également dans des psychopathologies précoces. L'idée générale consiste à comparer des interactions dyadiques synchrones et dyssynchrones et de développer des outils algorithmiques automatisés pour apprécier ces phénomènes.

A partir du protocole vidéo décrit ci-dessous, le développement d'un système d'acquisition adapté à la situation clinique, le traitement de base et l'analyse computationnelle multimodale, nous permettra d'aboutir à une modélisation de la synchronie interactive. La comparaison avec une évaluation clinique qualitative des interactions d'une population contrôle et d'une population en situation de négligence émotionnelle sévère (NES) issues de la recherche action ESPOIR permettra de justifier cliniquement cette modélisation. En effet, les situations de NES sont caractérisées par une difficulté pour la mère d'identifier et d'interpréter correctement les signaux de l'enfant et d'y répondre de manière attentive et adaptée, conduisant à un trouble de l'interaction mère-enfant.

De nombreux essais cliniques nous ont permis de mettre à l'épreuve le setting interactif dans ce qu'il offre à voir des interactions. Il est réalisable pour la population contrôle et pathologique selon les premiers essais.

Les étapes suivantes d'analyse et de traitement des données font déjà l'objet de réflexion. Il s'agit de corréler des informations de bas niveau aux données haut niveau de l'échelle clinique d'analyse de l'interaction : le Coding Interactive Behavior (CIB, Feldman & Keren, 1998). Ces allers-retours entre la clinique et l'ingénierie seront garants de la synergie des domaines de compétences que nous partageons.

Conclusion

Les premiers résultats de l'étude ESPOIR permettent de conclure en l'amélioration clinique des enfants et de la dyade par la prise en charge intensive précoce. Selon les premiers résultats on peut noter que le genre de l'enfant influe sur le niveau d'amélioration de la dyade.

Cependant le recrutement gagnera à être poursuivi et complété par le recrutement dans les centres maternels.

Le bénéfice de la construction d'un protocole structuré pour la prise en charge de ces pathologies sévères des interactions est très nette pour les équipes et peut à présent être étendu à d'autres structures au moyen des modalités de diffusion et d'information professionnelle (congrès, etc...).

Le nouvel axe de recherche sur l'analyse de la synchronie au moyen de méthode computationnelle permet de développer une nouvelle dimension objective de l'analyse des interactions utile pour le clinicien.

BIBLIOGRAPHIE

Bracha, Z., Gerardin, P., Perez-Diaz, F. & al (2007). Évaluation du développement socioémotionnel de l'enfant d'un à trois ans : validation de la version française de l'Infant-Toddler Social and Emotional Assessment. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 55, 194-203.

Briggs-Gowan, M.J., Carter, A.S. (2002). *Brief Infant-Toddler Social and Emotional Assessment (BITSEA) : Manual. Version 2.0.* New Haven, CT : Yale University.

Bydlowski, M. (1997). *La dette de vie : itinéraire psychanalytique de la grossesse.* PUF.

Caldwell, B.M. & Bradley, R.H. (1984). *Scale Home Observation for Measurement of the Environment.* University of Arkansas at Little Rock.

Crittenden, P.M. (1992). Children's strategies for coping with adverse environments : An interpretation using attachment theory. *Child Abuse and Neglect*, 16, 329-343.

Cutrona, C.E. & Troutman, B.R. (1986). Social support, infant temperament, and parenting self-efficacy : a mediational model of post partum depression. *Child development*, 57, 1507-1518.

Derogatis, L.R. (1983). Symptom CheckList 90-R : Administration, scoring and procedure manual, II. *Clinical Psychometric Research*, 51 (4), 535-538.

Egeland, B. & Sroufe, L.A. (1981). Developmental sequelae of maltreatment in infancy. *New directions in child development*, 11, 77-92.

Farber, E.A. & Egeland, B. (1987). Invulnerability among abused and neglected children. *In* E.J. Anthony & B.J. Cohler. *The invulnerable child*, New York : The Guilford Press, 253-288.

Feldman, R. (1998). *Coding Interactive Behavior. Manual*. Bar-Ilan University.

Fraiberg, S. (1982). Pathological defenses in infancy. *Psychoanalytic Quarterly*, 51, 612-635.

Greenspan, S.I. & Wieder, S. (1997). Dimensions and levels of the therapeutic process. Infants in multirisk families : Case studies in preventive intervention (Special Issue). *Clinical Infant Reports*, 3, 391-430.

Harris, W.W., Lieberman, A.F. & Marans, S. (2007). In the best interests of society. *Journal of Child Psychology & Psychiatry*, 48 (3,4), 392-411.

Keren, M., Feldman, R. & Tyano, S. (2001). Diagnoses and interactive patterns of infants referred to a community-based infant mental health clinic. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 27-35.

Larrieu, J. & Zeanah, C.H. (2004). Treating parent-infant relationships in the context of maltreatment : An integrated systems approach. *In* A.J. Sameroff, S.C. McDonough, K.L. Rosenblum. Treating parent-infant relationships problems. Strategies for intervention, New York : The Guilford Press, 243-264.

Mc Donough, S.C. (1995). Promoting positive early parent-infant relationships through interaction guidance. *Child and Adolescent clinics of North America*, 4, 661-672.

Pears, K.C. & Fisher, P.A. (2005). Emotion understanding and theory of mind among maltreated children in foster care : Evidence of deficits. *Developmental and Psychopathology*, 17, 47-65.

Schechter, D., Myers, M., Brunelli, S. & al. (2006). Traumatized mothers can change their minds about their toddlers : understanding how a novel use of video feedback supports positive change of maternal attributions. *Infant Mental Health Journal*, 27, 429-447.

Schneider-Rosen, K. & Cicchetti, D. (1991). Early self knowledge and emotional development : Visual self-recognition and affective reactions to mirror self-images in maltreated and non maltreated toddlers. *Developmental Psychology*, 27, 471-478.

Viaux-Savelon, S., Rabain, D., Aidane, E. & al. (2010). Phenomenology, psychopathology, and short-term therapeutic outcome of 102 infants aged 0 to 12 months consecutively referred to a community-based 0 to 3 mental health clinic. *Infant Mental Health Journal*, 31 (2), 242-253.

Zeanah, C. & Zeanah, P. (1989). Intergenerational transmission of maltreatment : insights from attachment theory and research. *Psychiatry*, 52, 177-196.

Zelenko, M. & Benham, A. (2000). Videotaping as a therapeutic tool in psychodynamic infant-parent therapy. *Infant Mental Health Journal*, 21 (3), 192-203.

Zero-to-Three (1994). *Diagnostic Classification, 0-3 : Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood*. Arlington, VA : Zero-to-Three / National Center for Clinical Infant Programs.

ANNEXES

ANNEXE FINANCIERE

« ESPOIR Bébé Familles : Evaluation et Soins Pour l'Investissement relationnel des Bébé par leurs Familles »

Responsable Scientifique

Sylvie VIAUX-SAVELON

A – Financement demandé à l'Observatoire national de l'enfance en danger (Groupement d'intérêt public Enfance en Danger)

Postes de dépenses	Montant
a) rémunérations et charges	
a. Doctorante mi temps sur 24 mois	50 000
b. Psychologue 2 vacations sur 18 mois	15 000
c. Analyse Statistique (forfait)	1500
b) Total	66500
c) frais de fonctionnement	
a. ordinateur (2)	4000
b. fournitures informatiques	1000
c. 2 caméras	800
d. Kinects (2) avec équipement de recherche	2000
e. logiciels	200
f. Déplacements des familles	100
g. Frais de mission	3000
h. Formation	3000
i. Frais de publication	2000

(Déplacements – documentation – reprographie sur la base de 20 exemplaires – frais postaux et téléphoniques, logiciels et outils)	16 100
Total	
c) frais de gestion (8 %)	5320
Total HT	87920
TVA	4396
Total TTC	92316 €

B - Autres financements (origine et montant)

Cofinancements	Origine	Montant
Part ONED		22 000
Autres financeurs	Fondation Mustela ANR SAMENTA SYNEDPSY (WP2) 200 000 € : partie consacrée à l'étude ESPOIR	12 000 58 500
Coût total de la recherche (tous financements compris)		92 500

**IMPRESSIONS CLINIQUES GLOBALES (CLINICAL GLOBAL IMPRESSIONS)
CGI**

NOM:		PRENOM:	
AGE:		SEXE:	
EXAMINATEUR:		DATE: / /	

INSTRUCTIONS : Compléter l'item (gravité de la maladie) lors de l'évaluation initiale et des évaluations suivantes. Les items 2 et 3 sont omis lors de l'évaluation initiale en cochant 0 (non évalué).

1. Gravité de la maladie.

En fonction de votre expérience clinique totale avec ce type de patient, **quel est le niveau de gravité des troubles mentaux actuels du patient ?**

- 0. non évalué
- 1. normal, pas du tout malade
- 2. à la limite
- 3. légèrement malade
- 4. modérément malade
- 5. manifestation malade
- 6. gravement malade
- 7. parmi les patients les plus malades

2. Amélioration globale

Evaluer l'amélioration totale qu'elle soit ou non, selon votre opinion, due entièrement au traitement médicamenteux, par rapport à son état au début du traitement, de quelle façon le patient a-t-il changé ?

- 0. non évalué
- 1. très fortement amélioré
- 2. fortement amélioré
- 3. légèrement amélioré
- 4. pas de changement
- 5. légèrement aggravé
- 6. fortement aggravé
- 7. très fortement aggravé

3. Index thérapeutique

Evaluer cet item uniquement en fonction de l'effet du médicament. Choisissez les termes qui décrivent le mieux les degrés d'efficacité thérapeutique et d'effets secondaires et entourez le nombre qui se trouve à l'intersection. *Exemple : l'effet thérapeutique est évalué comme "modéré" et les effets secondaires sont jugés comme "n'interférant pas significativement avec le fonctionnement du patient" entourez 06.*

Effet thérapeutique

Effets secondaires

Aucun	N'interfèrent pas significativement avec le fonctionnement du patient	Interfèrent significativement avec le fonctionnement du patient	Dépassent l'effet thérapeutique
-------	---	---	---------------------------------

Important : amélioration marquée, disparition complète ou presque complète de tous les symptômes	01	02	03	04
Modéré : amélioration nette : disparition partielle des symptômes	05	06	07	08
Minime : très légère amélioration qui ne modifie pas le fonctionnement du patient	09	10	11	12
Nul ou aggravation	13	14	15	16

Non évalué = 00

ECHELLE D'EVALUATION GLOBALE DU FONCTIONNEMENT EGF

(ECHELLE G.A.F. OU GLOBAL ASSESSMENT OF FUNCTIONING SCALE)

NOM:	PRENOM:	DATE:
SEXE:	AGE:	EXAMINATEUR:

Evaluer le fonctionnement psychologique, social et professionnel sur un continuum hypothétique allant de la santé mentale à la maladie. Ne pas tenir compte d'un handicap du fonctionnement dû à des facteurs limitant d'ordre physique ou environnemental.

N.B : Utiliser des codes intermédiaires lorsque cela est justifié : p. ex. 45, 68, 72.

90		Symptômes absents ou minimes (p. ex. anxiété légère avant un examen), fonctionnement satisfaisant dans tous les domaines, intéressé et impliqué dans une grande variété d'activités, socialement efficace, en général satisfait de la vie, pas plus de problèmes ou de préoccupations que les soucis de tous les jours (p.ex conflit occasionnel avec des membres de la famille)	41		Symptômes importants (p. ex. idéation suicidaire, rituels obsessionnels sévères, vols répétés dans les grands magasins) ou handicap important dans le fonctionnement social, professionnel ou scolaire (p. ex. absence d'amis, incapacité à garder un emploi).
81			40		
80		Si des symptômes sont présents, ils sont transitoires et il s'agit de réactions prévisibles à des facteurs de stress (p. ex. des difficultés de concentration après une dispute familiale) ; pas plus qu'un handicap léger du fonctionnement social, professionnel ou scolaire (p. ex. fléchissement temporaire du travail scolaire).	31		Existence d'une certaine altération du sens de la réalité ou de la communication (p. ex. discours par moments illogique, obscur ou inadapté) ou handicap majeur dans plusieurs domaines, p. ex. le travail, l'école, les relations familiales, le jugement, la pensée ou l'humeur (p. ex. un homme déprimé évite ses amis, néglige sa famille et est incapable de travailler ; un enfant bat fréquemment des enfants plus jeunes que lui, se montre provoquant à la maison et échoue à l'école).
71			30		
70		Quelques symptômes légers (p. ex. humeur dépressive et insomnie légère) ou une certaine difficulté dans le fonctionnement social, professionnel ou scolaire (p. ex. école buissonnière épisodique ou vol en famille) mais fonctionne assez bien de façon générale et entretient plusieurs relations interpersonnelles positives.	21		Le comportement est notablement influencé par des idées délirantes ou des hallucinations ou trouble grave de la communication ou de jugement (par ex. parfois incohérent, actes grossièrement inadaptés, préoccupation suicidaire) ou incapable de fonctionner dans tous les domaines (par ex. reste au lit toute la journée, absence de travail, de foyer ou d'amis).
61				21	
60		Symptômes d'intensité moyenne (p. ex. émoi affectif, prolixité circonlocutoire, attaques de panique épisodiques) ou difficultés d'intensité moyenne dans le fonctionnement social, professionnel ou scolaire (p. ex. peu d'amis, conflits avec les collègues de travail).			
51					

20 Existence d'un certain danger d'auto ou d'hétéro-agression (p. ex. tentative de suicide sans attente précise de la mort, violence fréquente, excitation maniaque).
Ou incapacité temporaire à maintenir une hygiène corporelle minimum (p. ex. se barbouille d'excréments).
Ou altération massive de la communication (p. ex. incohérence indiscutable ou mutisme).

11

10 Danger persistant d'hétéro-agression grave (p. ex. accès répétés de violence)
Ou incapacité durable à maintenir une hygiène corporelle minimum ou geste suicidaire avec attente précise de la mort.

1

Echelle de soutien social

Consigne : En répondant aux questions suivantes, pensez à vos relations actuelles avec vos amis, les membres de votre famille, vos collègues, les membres d'une communauté... etc.

Indiquez, s'il vous plaît, dans quelle mesure chaque énoncé décrit vos relations actuelles avec d'autres personnes. Utilisez l'échelle ci-dessous pour indiquer votre opinion.

Fortement en désaccord	En désaccord	D'accord	Tout à fait d'accord
1	2	3	4

Ainsi, par exemple, si vous ressentez qu'un énoncé est très vrai par rapport à vos relations, vous répondrez par un 4 (tout à fait d'accord). Si vous ressentez clairement qu'un énoncé ne décrit pas vos relations, vous répondrez par un 1 (fortement en désaccord).

1- Il y a des personnes sur lesquelles je peux compter pour m'aider si j'en ai vraiment besoin.	
2- Je pense que je n'ai pas de relation personnelle proche avec d'autres personnes.	
3- Il n'y a personne vers qui je puisse me tourner pour être soutenu(e) en période de stress.	
4- Il y a des personnes qui comptent sur mon aide.	
5- Il y a des personnes qui apprécient les mêmes activités sociales que moi.	
6- Les autres ne me considèrent pas comme compétent(e).	
7- Je me sens personnellement responsable du bien-être d'une autre personne.	
8- Je me sens appartenir à un groupe de personnes qui partagent mes attitudes et mes croyances.	
9- Je ne crois/pense pas que les autres respectent mes compétences et mes capacités.	
10- Si quelque chose allait mal, personne ne viendrait à mon secours.	
11- J'ai des relations proches qui me procurent un sentiment de sécurité affective et de bien-être.	
12- Il y a quelqu'un à qui je peux parler des décisions importantes dans ma vie.	
13- J'ai des relations dans lesquelles mes compétences et aptitudes sont reconnues.	

14- Personne ne partage mes intérêts et préoccupations.	
15- Personne ne compte réellement sur moi pour son propre bien-être.	
16- Il y a une personne de confiance vers qui je pourrais me tourner pour avoir des conseils si j'avais des problèmes.	
17- Je ressens un lien affectif fort avec au moins une autre personne.	
18- Je ne peux compter sur l'aide de personne si j'en ai vraiment besoin.	
19- Il n'y a personne avec qui je me sente vraiment à l'aise pour parler de mes problèmes.	
20- Il y a des personnes qui admirent mes talents et mes capacités.	
21- Il me manque un sentiment d'intimité avec une autre personne.	
22- Personne n'aime faire les choses que je fais.	
23- Il y a des personnes sur lesquelles je peux compter en cas d'urgence.	
24- Personne n'a besoin de moi pour prendre soin de lui.	

© Daniel Russell & Carolyn Cutrona, 1984 (traduction libre)

Insightfulness Assessment

1. Je souhaiterais, maintenant, vous posez quelques questions. Premièrement, de quoi parlons-nous durant cette interview jusqu'à maintenant, et que savez sur _____ en général, qu'est-ce qui caractérise _____ en tant que personne, en tant qu'enfant ? Qu'est-ce qui fait _____ (e.g., « qu'est-ce qui fait Sally, Sally ? »). J'écrirai ce que vous direz et je demanderai de me donner, dans un second temps, des exemples.

(Pouvez-vous me dresser la liste des traits et des caractéristiques ? Le clinicien devra préparer un papier et un stylo pour cette partie, et retranscrire exactement toutes les descriptions/traits que le parent donne sur l'enfant.)

Il faut dire : je souhaiterais vous lire les caractéristiques dont vous m'avez parlé, l'une après l'autre, et pour chacune d'elle je vous demanderais un exemple de la vie quotidienne. Dans cette partie, nous essayons d'obtenir une image plus fine de qui _____ est. Vous avez dit _____ est (le premier trait), pouvez-vous me donner un exemple spécifique de la vie quotidienne ?

Questions de clarification :

- Certains parents ne donnent pas une liste de traits, ils donnent plutôt un exemple après chaque trait qu'il nomme. Si l'exemple est à propos un incident spécifique, il n'y a pas besoin de demander un autre exemple.
 - Certains parents trouvent cela très difficile de nommer plus d'un ou deux traits. En vue de maintenir une atmosphère positive, le clinicien peut dire : « commençons par ce que nous avons, et à la fin je vous demanderais si vous pouvez penser à autre chose. » Après que le parent ait nommé un exemple des traits, le clinicien peut demander : « Pensez-vous à d'autres caractéristiques ? »
2. En vous basant sur vos connaissances de votre enfant, y a-t-il des choses sur lui qui vous surprennent, qui vous préoccupent, ou qui vous rendent heureux ?

Questions de clarification :

- Si le parent donne des exemples de l'observation, le clinicien devra préciser et dire : « Dans cette question, je m'interroge sur vos sentiments dans votre vie quotidienne avec _____ »
 - Si le parent parle de quelques-uns de ses sentiments, le clinicien devra interroger, à la fin de sa réponse, sur les sentiments qu'il n'a pas discuté. Par exemple, si le parent parle de ce qui le rend heureux, demandez : « N'y a-t-il rien qui vous préoccupe ou vous dérange sur _____ ? »
3. Quelle est la chose qui, dans votre opinion, caractérise le mieux la relation entre votre enfant et vous ? (Après la réponse du parents, demandez :) Quelles sont vos attentes pour le futur concernant votre relation avec votre enfant (si l'enfant a deux ans ou plus) pour l'année prochaine (si l'enfant est âgé d'un an) ?

Remarques générales :

- Les entretiens doivent être conduits dans une pièce calme avec un minimum d'interruption. Les entretiens typiques durent généralement entre une demi-heure et trois quart-d'heure.
- Les entretiens doivent être retranscrits pour être analysés. Assurez-vous que le dictaphone fonctionne correctement, et placez toujours le au plus près du parent. Parlez à haute-voix, et si le parent parle trop vite ou marmonne, expliquez lui que pour enregistrer la conversation, et que vous avez besoin qu'il parle audiblement.
- Si le parent parle durant le visionnage de la vidéo, demandez lui de s'abstenir de parler et de garder ses remarques pour plus tard de telle façon que les commentaires soient enregistrer sans interférence.
- Il est préférable de mettre les chaises dans un angle de telle sorte que vous puissiez tous deux faire face à la télé pendant le visionnage de la vidéo. Ayez une petite table en face de vous, où le dictaphone reste.
- Le IA est une tâche difficile pour beaucoup de parents, par conséquent laissez le temps au parent de réfléchir à sa réponse _ avant et durant sa réponse. Ne précipitez pas pour la question suivante. Autant que possible, n'encouragez pas un dialogue ping-pong dans laquelle le parent répond à chaque question par une phrase courte. Essayez plutôt d'encourager le parent à développer sa pensée, en

particulier quand il donne des exemples des segments de vidéo. Si vous débutez une nouvelle question, et que le parent a, tout à coup, quelque chose de plus à dire à propos de la précédente question, arrêtez, et laissez le finir.

- Certains parents répètent le même trait ou des mêmes traits quand ils décrivent leur enfant. Il n'y a pas besoin de demander encore et encore des exemples de la vie quotidienne dans ces situations. Nous faisons cela dans cet ordre afin d'éviter une atmosphère dans laquelle le parent sent que les questions se répètent parce qu'elles ne sont pas suffisamment bonnes.
- Certains parents parlent très peu, et semblent même en colère après le clinicien et ses questions étranges. Essayer d'être aussi patient et compréhensif que possible et obtenez toujours les informations que vous avez besoin.
- Dans chaque cas où le parent décrit une différence entre ce qu'il voit dans le segment de la vidéo et ce qu'il connaît de son enfant dans la vie quotidienne, le clinicien devra demander au parent comment il comprend cette différence ou écart.
- Dans tous les cas où il y a besoin de clarifier quelque chose que le parent dit, utilisez les mots du parent, pas les votre.
- Si vous oubliez une question, revenez en arrière et posez la, même si vous êtes dans une partie différente de l'interview.
- En général, le but de l'interview est d'investiguer les capacités du parent à voir les choses du point de vue de son enfant. Par conséquent, il est important de permettre au parent d'élargir et d'élaborer ses réponses. Demandez un exemple ou une clarification pour chaque description que le parent donne de son enfant. Même si le parent dit la même phrase, pour l'exemple, que l'enfant est amusant, mignon, doux et plein de vie, demandez un exemple pour chaque description. Si le parent dit qu'il souhaitait donner la même chose dans les quatre descriptions, allez de l'avant. Particulièrement dans les trois premières parties, le clinicien doit faire de son mieux pour ne pas manquer toutes descriptions/traits que le parent mentionne.
- Durant l'interview ne répondez pas aux questions que le parent a, ou parlez d'autres sujets ou des résultats. Expliquez simplement que le parent doit conserver l'ensemble de ses questions pour la fin de l'interview.

Les instructions de transcription

1. La transcription doit être verbatim, incluant les expressions aussi bien quand le clinicien dit « hummmm ». Indiquez entre parenthèses si la mère pleure ou rit, mais il n'y a pas besoin d'une description plus détaillée (e.g., « pleure » mais pas « pleure doucement). Essayez de transcrire le plus précisément que possible. Résistez à la tentation de corriger ou de modifier le discours.

2. Indiquez les comportements inhabituels maternels (e.g., la mère soudainement crie ou chuchote) ou les occurrences (e.g., le téléphone sonne, l'enfant entre).
3. Remplacez les noms des enfants et des personnes mentionnées par leurs initiales.
4. Le discours du clinicien doit être en caractère gras et le discours de la mère doit être en caractère ordinaire.
5. Les questions de l'interview principale (et des réponses maternelles) doivent débiter dans un nouveau paragraphe. Cependant, si le clinicien répond simplement avec un seul mot ou « hummm » l'insérez entre parenthèses en gras dans le discours maternel et ne nécessite pas de faire un nouveau paragraphe.
6. Utilisez un espace et demi entre les lignes. N'utilisez pas additionnellement un espace entre les questions et les réponses.
7. Assurez-vous que la retranscription inclue la déclaration d'ouverture du clinicien.
8. Il n'est pas utile de retranscrire les segments visionnés ou le discours durant le visionnage. Indiquez simplement le « numéro du segment vidéo ». L'introduction devra inclure une description de chacun des segments tels qu'ils sont décrits par le clinicien.
9. Indiquez M pour la mère et I pour le clinicien au début de chaque question ou réponse.
10. Indiquez en haut de chaque page (en utilisant les en-têtes) le nom du projet et de la mère et l'enfant. Dans certains cas (par exemple, dans les interventions quand la mère est interviewée deux fois, avant et après ou dans les études longitudinales), le ID doit inclure un code pour le temps de l'interview. En outre, il est peut être nécessaire d'utiliser des codes qui dissimulent les ID afin de maintenir la cotation à l'aveugle (i.e., que le cotateur ne puisse pas identifier la transcription appartenant à tel enfant qu'il aurait déjà coté).

COTATION CIB
Alimentation –Nouveau Né

Sujet et âge:	Date du film:	Date de cotation :
Cotateur :		

Lieu de l'enregistrement (maison, clinique, hôpital et dans la maison : chambre, cuisine, salon) :

Durée de la séquence (min) :

Positionnement de la mère (parents) et de l'enfant : (chaise d'enfant, près de la table, devant la TV...)

Personnes présentes (père, mère, observateur) :

N°		Score (1-5)	Remarques
Echelle Parentale			
P1	Manipulations physiques forcées		2-36 mois
P2	Sur stimulation (overriding)		2-36 mois
P3	Reconnaissance des signaux du BB		2-36 mois
P4	Imitation/ accordage		2-12 mois
P5	Elaboration		2-36 mois
P6	Regard du parent /attention conjointe		2-36 mois
P7	Affect positif du parent/ plaisir avec l'enfant		
P8	Humeur déprimée du parent		2-36 mois
P9	Affect négatif du parent/colère		2-36 mois
P10	Hostilité		2-36 mois
P11	Discours approprié/clarté		2-36 mois
P12	Anxiété du parent		2-36 mois
P13	Modulation appropriée des affects/ Adaptabilité		
P14	Comportements homogènes (Consistency of style)		2-36 mois
P15	Capacité de ressources		2-36 mois
P16	Persistance sur une tâche		(9)-36 mois
P17	Encadrement approprié/limites de l'environnement		9-36 mois
P18	Félicitations/Encouragements		(9)-36 mois
P19	Critiques		(9)-36 mois
P20	Le toucher affectif (affectionate touch)		2-36 mois

P21	L'enthousiasme parental (comportement)	2-36 mois
P22	Présence sécurisante du parent	2-36 mois
Echelle de l'enfant		
Nouveau Né		
N1	Pleurs	
	Etat d'éveil (cf 30 et A17) à conserver si non évalué en alimentation	
N2	Etat d'éveil vis-à-vis de l'environnement	
	Regard	
N2bis	Regard vers la mère : recherche du contact par l'enfant	
N2ter	Regard envers l'environnement	
	Toucher	
N3	Manipulations physiques envers la mère (quantitatif, jusqu'à l'absence de contact)	
N4	Toucher affectueux du BB envers la mère	
N5	Toucher opposant/agressif	
N5 bis	Recherche du lien sensoriel (toucher, odeur...)	
E23	Regard de l'enfant (2-6 mois) / attention conjointe (6-36 mois)	
E24	Affect positif de l'enfant	2-36 mois
E25	Affect négatif de l'enfant/enfant « difficile » (fussy)	2-36 mois
E26	Retrait	2-36 mois
E27	Labilité émotionnelle	(9) -36 mois
E28	Affection de l'enfant pour le parent	9 -36 mois
E29	Vigilance (alert)	2-36 mois
E30	Fatigabilité	2-36 mois
E31	Vocalisations/niveau de production verbale	2-36 mois
E32	Initiative de l'enfant	2-36 mois
E33	Coopération/compliance de l'enfant envers le parent	12 -36 mois
E34	Dépendance au parent	12 -36 mois
E35	Persistance dans une tâche	(12) -36 mois
E36	L'évitement (child avoidance of parent)	(12) -36 mois
E37	Compétence/l'environnement	9 -36 mois
E38	Jeux créatifs et symboliques	12 -36 mois
Echelle Dyadique		
D39	Réciprocité dyadique	2-36 mois
D40	Adaptation/régulation	2-36 mois
D41	Fluidité	2-36 mois
D42	Restriction	2-36 mois
D43	Tension	2-36 mois
Conduction de la relation		

- D44 Conduction de la relation par l'enfant
/sensitivity
- D45 Conduction de la relation par le parent
/Intrusiveness

Echelle de la Famille

- F1 Coopération
- F2 Compétition
- F3 Autonomie
- F4 Intrusion
- F5 Activité
- F6 Passivité
- F7 Créativité
- F8 Orientation didactique
- F9 Participation
- F10 Evitement
- F11 Regard
- F12 Affect positif
- F13 Jouets