

Zeitschrift: Schweizerische Zeitschrift für Soziale Arbeit = Revue suisse de travail social

Herausgeber: Schweizerische Gesellschaft für Soziale Arbeit

Band: - (2018)

Heft: 23

Artikel: Le soutien des liens parents-enfants fragilisés : un enjeu pour les professionnel-les du travail social et de la santé en périnatalité

Autor: Dini, Sarah / De Gaspari, Eline

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-832431>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. [Siehe Rechtliche Hinweise.](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. [Voir Informations légales.](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. [See Legal notice.](#)

Download PDF: 08.02.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Sarah Dini et Eline De Gaspari

Le soutien des liens parents-enfants fragilisés : un enjeu pour les professionnel·les du travail social et de la santé en périnatalité

Résumé

Cette étude a été mandatée pour évaluer les besoins parentaux et le dispositif de soutien à la parentalité dans la petite enfance en Valais. 296 parents et 29 professionnel·les de la périnatalité ont été interrogé·es. Les résultats montrent un manque de ressources et de coordination dans le réseau périnatal pour pouvoir préserver et accompagner les liens d'attachement parents-enfants dans des situations de vulnérabilité psychosociale. Pour agir en prévention précoce et éviter des ruptures de liens, les compétences parentales sont à renforcer dans une logique d'*empowerment*, les parents ayant besoin d'être encadrés, rassurés et valorisés concernant leur *caregiving*.

Introduction

En 2011, neuf professionnelles du réseau périnatal valaisan ont décidé de former un groupe de travail pour réfléchir à un projet de maison d'accueil permettant d'accompagner et de soutenir des parents vulnérables durant les premiers mois de vie de leur enfant, dans une perspective de prévention primaire et secondaire. Ce groupe comptait une infirmière en pédiatrie, une psychologue et une sage-femme conseil travaillant en milieu hospitalier; une psychologue, une intervenante en protection de l'enfance et une infirmière-puéricultrice travaillant pour le canton; deux sages-femmes indépendantes et une conseillère municipale. Dans leur pratique respective, ces professionnelles ont constaté que certains parents ont besoin d'un accompagnement temporaire, mais parfois intensif, pour les aider à créer des liens d'attachement positifs avec leur bébé et à en prendre soin. Leur idée était alors de créer une structure ambulatoire, voire résidentielle pour des situations nécessitant un soutien permanent, afin que les parents démunis puissent y rencontrer les divers·es professionnel·les de la périnatalité et travailler sur leur rôle et leurs compétences parentales.

Après la présentation de ce projet à des représentantes et des représentants cantonaux¹ et de l'association Promotion santé Valais (PSV) en 2014, l'Office cantonal de l'égalité et de la famille (OCEF) a mandaté la Haute Ecole de Travail Social de la HES-SO Valais-Wallis pour évaluer le dispositif de soutien à la parentalité dans la petite enfance dans le Valais romand. Cette étude, qui s'est déroulée entre avril 2014 et juin 2015, avait pour objectif d'évaluer à la fois les besoins des parents et des professionnel·les, le réseau de prise en charge et l'utilité potentielle d'une maison d'accueil.

Échantillon et méthodologie

D'une part, 296 parents et futurs parents ont répondu à un questionnaire concernant leur ressenti, l'accompagnement à disposition et leurs besoins de soutien. D'autre part, 29 professionnel·les du champ médical, social ou psychiatrique, et travaillant dans des structures cantonales, des structures communales, des associations, des fondations ou dans le secteur privé, ont évalué le dispositif valaisan et les besoins des parents. La composition de l'échantillon des parents et des professionnel·les est présentée dans les tableaux 1 et 2.

Les professionnel·les ont répondu à un questionnaire en ligne sur les difficultés et les besoins de soutien des parents en Valais, les prestations

Tableau 1 : Présentation de l'échantillon des parents

Dimension	Catégorie	N	%
Sexe	Femme	272	92.0 %
	Homme	24	8.0 %
Primiparité / Multiparité	Futur parent primipare	46	15.5 %
	Futur parent multipare	37	13.0 %
	Parent et primipare	122	41.0 %
	Parent et multipare	89	30.0 %
	Non spécifié	2	0.5 %
État civil	Marié·e ou en couple	228	77.0 %
	Séparé·e ou divorcé·e	6	2.0 %
	Non spécifié	62	21.0 %
Nationalité	Suisse	202	68.0 %
	Autre nationalité	62	21.0 %
	Non spécifié	32	11.0 %
Langue parlée	Français (et bilinguisme)	251	85.0 %
	Autre langue	15	5.0 %
	Non spécifié	30	10.0 %

Tableau 2 : Présentation de l'échantillon des professionnel·les

Champ	Profession	N	%
Médical	Médecin en milieu hospitalier	2	
	Médecin privé-e	2	
	Infirmière en milieu hospitalier	2	
	Infirmière-puéricultrice	4	
	Sage-femme hospitalière	2	
	Sage-femme indépendante	2	
		14	48%
Psychiatrique	Psychiatre privé-e	1	
	Pédopsychiatre privé-e	1	
	Pédopsychiatre en milieu hospitalier	2	
		4	14%
Social	Assistant·e social·e	3	
	Éducateur ou éducatrice	6	
	Psychologue	2	
		11	38%

existantes de soutien à la parentalité, les manques et les lacunes du dispositif valaisan, ainsi que des propositions d'amélioration. Puis, un document de synthèse a été élaboré et distribué lors de cinq entretiens collectifs, dans lesquels ces professionnel·les ont été réparti·es². Ces entretiens collectifs (Duchesne/Haegel 2005) avaient pour but d'identifier d'une part les points forts et les points faibles du dispositif, et d'autre part de réfléchir à des propositions d'amélioration, en confrontant les perceptions et les points de vue selon les différents positionnements professionnels, chaque groupe étant intentionnellement le plus hétérogène possible du point de vue des spécialisations. Pour structurer les discussions, la méthode SEPO (Succès-Échecs-Potentialités-Obstacles) a été utilisée (Acheroy/Hadjaj-Castro 2006). Dans une première partie rétrospective, les succès et les échecs du dispositif valaisan ont été discutés à partir du document de synthèse et des réponses données par les parents et les futurs parents par questionnaire. Dans une seconde étape prospective, des propositions d'amélioration ont été évaluées au moyen des potentialités et des obstacles.

Résultats

Les difficultés et les besoins des parents en Valais

Près de 70% des parents questionnés évoquent un sentiment d'inquiétude concernant la santé et le bien-être de leur enfant, ainsi qu'un besoin plus soutenu de conseils concernant surtout le développement et la santé de leur

enfant, son alimentation et les soins à lui prodiguer. Dans une moindre mesure, un peu moins de la moitié des parents interrogés disent également avoir besoin de plus de conseils éducatifs, de soutien psychologique et émotionnel, ainsi que de soutien organisationnel (comme le système de garde). En ce qui concerne l'accompagnement dont les parents disposent, environ deux tiers d'entre eux disent y chercher surtout à satisfaire un besoin d'écoute et de réassurance, ainsi que de valorisation dans leurs choix parentaux. Moins de la moitié souhaitent y trouver des conseils pour créer un lien positif avec leur enfant. En cas de difficultés, près d'un parent sur dix dit ne pas savoir à qui s'adresser. Parmi les parents restants, deux tiers mentionnent le soutien des proches, et un tiers celui des professionnel·les.

Selon les professionnel·les, le soutien psychologique et émotionnel, ainsi que les conseils éducatifs, sont leurs actions de soutien les plus fréquentes. Elles et ils confirment et expliquent le besoin d'informations et de valorisation des compétences parentales en raison d'un manque de repères éducatifs, face soit à un excès de théories et d'informations (parfois contradictoires) soit au contraire à un manque d'informations ciblées et précises. Plus spécifiquement, l'éducation de l'enfant apparaît comme une préoccupation centrale selon les professionnel·les, qui disent aborder des thèmes comme l'autorité et les sanctions, ou encore le rôle de parents quant à la régulation entre l'axe affectif et l'axe normatif (Nanchen 2011). Selon ces professionnel·les, les parents ont besoin d'être rassurés par des encouragements et des confirmations dans leurs choix éducatifs, dans leur rôle de parent, dans leur relation avec l'enfant, dans leurs sentiments et leur attitude de soins.

Des professionnel·les du champ social évoquent l'importance de la posture d'accompagnement, à savoir une posture d'écoute et d'encadrement, pour que les parents puissent trouver leurs propres réponses et fassent leurs apprentissages. Ce coaching parental permettrait de favoriser l'autonomisation des parents par rapport aux professionnel·les.

Il faudrait que les dames, et les hommes, si on peut les intégrer, soient actives. [...] C'est d'être dans le coaching pour développer ce qu'elles savent.
(Assistante sociale)

Par ailleurs, d'autres sources de difficultés parentales sont mentionnées par les professionnel·les, à savoir : le sentiment d'isolement ou de solitude dû à un réseau familial lacunaire et ce pour différentes raisons (migration, monoparentalité, déménagement pour des motifs professionnels, situation

de précarité, etc.); le changement de rythme de vie et la réorganisation que ce dernier implique en termes de conciliation entre vie privée et vie professionnelle, de système de garde des enfants, d'accumulation des tâches quotidiennes et de fatigue; des difficultés de logement et financières; des difficultés au sein du couple parental; et enfin une immaturité ou une psychopathologie parentale (dont la dépression) ou des troubles du développement de l'enfant (psychomoteur, du langage, etc.).

Enfin, plus de la moitié des parents interrogés indique vouloir bénéficier de davantage de moments d'échanges avec d'autres parents, surtout si ces échanges sont encadrés par des professionnel·les (plus des deux tiers des réponses). Ces échanges sont déjà possibles dans des cafés-rencontres organisés par diverses associations, ainsi que dans les lieux d'accueil 0–5 ans. En effet, ces lieux d'accueil, inspirés du principe des Maisons Vertes³, offrent aux jeunes enfants et aux adultes qui les accompagnent un espace de jeux, mais aussi un lieu d'échanges pour les parents, tout en étant encadrés par des professionnel·les de la petite enfance et du social.

L'évaluation du dispositif valaisan

Un dispositif varié, mais insuffisant pour une population dite «vulnérable»

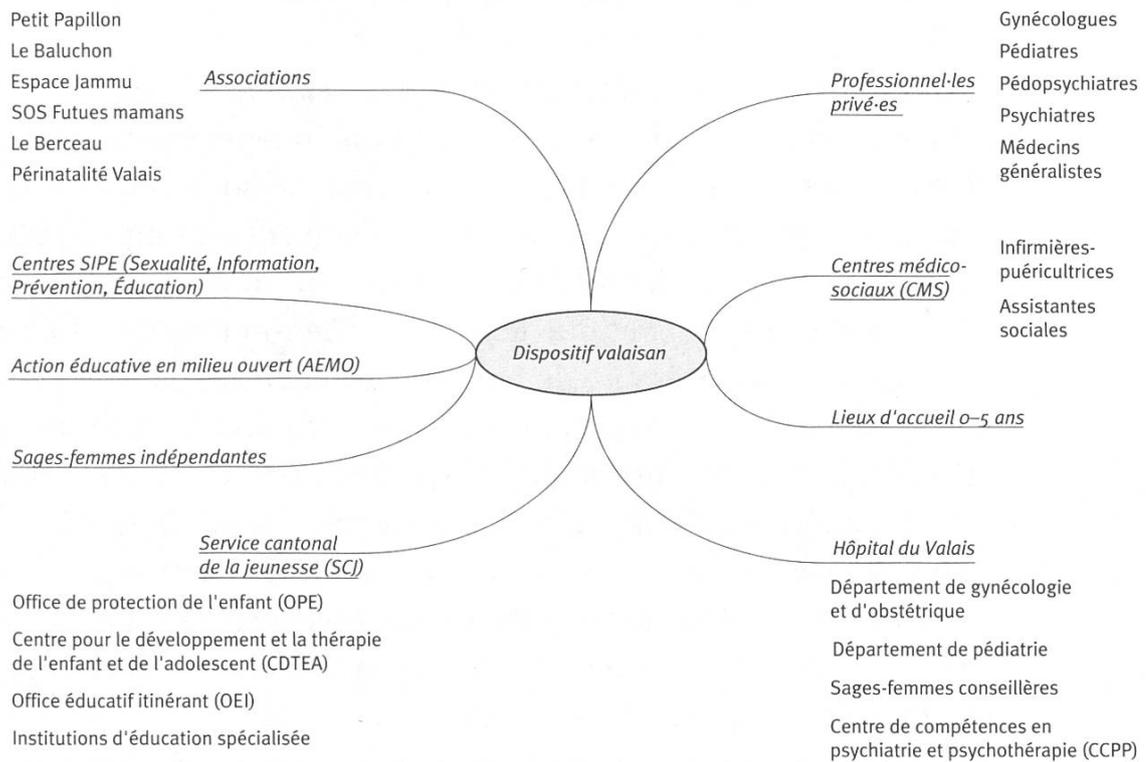
Pour répondre aux besoins des parents de jeunes enfants, le réseau de soutien à la parentalité dispose d'une palette très diversifiée de prestations sociosanitaires que nous évoquerons ici de manière non exhaustive dans le schéma 1.

Toutefois, pour l'ensemble des professionnel·les, il manque un accompagnement à moyen et à long terme pour les parents en difficultés sociales latentes. Outre les urgences hospitalières, auxquelles les parents font recours en priorité et qui par conséquent sont souvent engorgées, il n'existe pas de solutions à plus long terme pour les familles vulnérables. Certain·es professionnel·les proposent d'ailleurs d'instaurer un système de tri permettant de se concentrer sur ces familles et leurs difficultés psychosociales, afin d'éviter des situations d'urgence à répétition.

On a un seul lieu pour répondre aux urgences. [...] L'hôpital ne dit pas «non» [...]. Mais le problème c'est le lendemain ou le surlendemain, où on les met et qu'est-ce qu'on peut faire? (Pédopsychiatre)

Il y a cet aspect urgence où on est toujours en train d'éteindre des feux et on n'a jamais le temps de se pencher sur ces situations-là. (Psychologue)

Schéma 1 : Le dispositif valaisan de soutien à la parentalité dans la petite enfance



Pour toutes les situations où les problématiques durent [...], il n'y a pas une référence [...]. Donc, vraiment orienter les parents qui sentent qu'ils sont dans une période de turbulences, mais qui est encore gérable. (Éducatrice)

Un obstacle central relevé de manière générale est le manque de ressources financières, humaines et temporelles pour répondre rapidement et adéquatement à cette tranche de la population, composée majoritairement de mères ou de futures mères en situation de précarité ou de détresse psychosociale, et qui ont besoin d'un soutien parfois au quotidien. Les profils évoqués sont multiples: mères mineures, migrantes, subissant des violences conjugales, isolées, malades, séparées de leur conjoint, sans moyen de garde, ou encore en situation d'adoption. Cette multiplicité des profils a d'ailleurs mis en évidence la nécessité de mieux définir les publics cibles d'une maison d'accueil, les besoins et les niveaux d'intervention n'étant pas identiques. Quant aux pères, ils apparaissent comme une ressource ou au contraire une absence de ressource pour la mère et comme acteurs à davantage impliquer dans la prise en charge. Seules les prestations pour les pères séparés sont évoquées par des professionnel·les du champ social,

identifiées comme étant insuffisantes en termes de temps de visite pour pouvoir maintenir les liens avec leur(s) enfant(s).

Des solutions «bricolées» et des liens parents-enfants menacés

Après le suivi à domicile par la sage-femme indépendante durant les premières semaines qui suivent l'accouchement, de nombreuses familles rencontrant des difficultés dans les mois qui suivent ne sont pas détectées et suivies, et ne réapparaissent dans le réseau que lorsque leur situation s'est déjà fortement péjorée, et que le lien avec l'enfant est devenu problématique. En effet, bon nombre de parents ne consultent que le pédiatre, qui n'a souvent pas le temps de détecter les problématiques sociales, et parfois une infirmière-puéricultrice du Centre médico-social (CMS), qui propose des consultations parents-enfants durant toute la période préscolaire. Ces démarches sont toutefois insuffisantes, selon les participant·es à l'étude. Une infirmière-puéricultrice note par exemple que ses collaboratrices sont moins nombreuses et moins spécialisées que les sages-femmes, et ne peuvent donc pas proposer un suivi aussi conséquent en cas de besoins plus importants. De plus, dans certaines régions du canton, on relève des problèmes de transmission d'informations et de passage de relais entre divers·es professionnel·les, notamment entre les sages-femmes indépendantes et les infirmières-puéricultrices des CMS.

Ainsi, faute de réponses adaptées, des bébés sont actuellement hospitalisés en raison de problèmes parentaux (épuisement; sentiment d'être démuné, incompetent ou isolé face aux soins et à l'éducation de l'enfant; manque de place dans les crèches), des mères sont hospitalisées pour dépression et des enfants sont placés en familles d'accueil qui, par ailleurs, s'épuisent également. Ces différentes solutions impliquent des ruptures et des mises en danger des liens parents-enfants, qui peuvent fortement nuire au développement de l'enfant par la suite.

Il y a des situations où il y a une détresse psychosociale majeure [...], c'est-à-dire des gens qui n'ont aucune ressource, pas de logement, pas de famille, rien. Là il y aurait des familles qui pourraient bénéficier d'un soutien éducatif qu'on pourrait avoir dans un lieu d'accueil mère-enfant. [...] Donc dans ces situations de détresse psychosociale, [...] il y a un certain nombre de personnes [...] pour lesquelles les structures existantes ne sont pas suffisantes. Ça veut dire que ce sont des gens qui ont besoin d'aide 24 heures sur 24. Et quand il n'y a pas un trouble du lien mère-enfant, quand il y a de l'affection qui passe, [...] et quand il faut arriver à la conclusion que cette personne ne

peut pas s'occuper de son bébé, il faut placer cet enfant, il faut séparer la mère et l'enfant. Et on doit voir la réalité des placements aussi. Un enfant [...] dans une famille d'accueil, la mère a un droit de visite qui est extrêmement ténu. [...] C'est une rupture, c'est une séparation qui ne peut qu'avoir des conséquences à long terme pour la mère et surtout pour l'enfant. [...] Il y a une littérature abondante qui montre que ces enfants évoluent bien plus mal que le reste de la population. (Médecin hospitalier)

Pour les professionnel·les interrogé·es, lorsqu'il n'y a pas mise en danger de l'enfant, il faudrait pouvoir préserver et améliorer ces liens. Certain·es professionnel·les déplorent le fait de ne pouvoir démontrer statistiquement les coûts économisés en termes de prise en charge d'une mère qui décompense et d'un bébé avec des troubles de l'attachement. En effet, il apparaît plus aisé de montrer les économies possibles pour des problématiques médicales que pour des problématiques sociales. Dès lors, des projets disparates sont mis en place par certain·es professionnel·les, mais disparaissent faute de soutien financier et/ou de diffusion de l'information dans le réseau.

Perspectives d'avenir

Créer une structure ou renforcer l'existant ?

Il n'y a aucune ressource pour les femmes vulnérables qui sont seules, pour qu'elles puissent aller quelque part avec leur bébé, en sortant de l'hôpital. (Sage-femme hospitalière)

Pour combler ce manque de soutien, une majorité de professionnel·les évoque le besoin de créer une structure d'accueil, à l'instar de celle proposée par le groupe des neuf professionnelles susmentionné. Cependant, aucun consensus n'a pour l'heure été trouvé sur la manière de concevoir cette structure d'accueil. Sont envisagés par exemple un lieu d'accueil ou un centre de compétences pour la famille tout venant et vulnérable, offrant écoute et orientation dans le réseau en fonction des besoins; un lieu d'hébergement mère-bébé en difficultés, tel qu'un Accueil éducatif mère-enfant (AEME), ayant une connotation médicale et pluridisciplinaire pour les un·es ou une connotation sociale et globale pour d'autres; ou encore un foyer pour les mères et un foyer pour les enfants. Un groupe de professionnel·les envisage la création d'un hôpital de jour prenant en charge de manière conjointe les mères atteintes de dépression et leur bébé.

D'autres professionnel·les penchent pour le renforcement des prestations existantes et du travail en réseau. En effet, d'une part, il faudrait augmenter les ressources pour pouvoir répondre plus rapidement et plus systématiquement à ces familles en difficulté. Sont évoqués par exemple les consultations des infirmières-puéricultrices, les lieux d'accueil 0–5 ans, le soutien à domicile ou encore le conseil périnatal. D'autre part, le réseau périnatal doit être mieux coordonné et cohérent pour améliorer l'information des parents sur les structures existantes et mieux les orienter dans le réseau. Mais cela présuppose une meilleure information des professionnel·les de la périnatalité en amont, et que ces dernier·ères se connaissent et travaillent en réseau. Pour ce faire, certain·es participant·es envisagent des forums « petite enfance » pour éviter les clivages entre les professions du médical et du social, alors que d'autres évoquent les intervisions et formations de professionnel·les de la santé et du social organisées par l'association Périnatalité Valais. À noter que cette association a également élaboré un carnet d'adresses pour les parents du Valais central, à l'instar des Carnets d'adresses Petite enfance du canton de Vaud. Selon les professionnel·les, ces carnets d'adresses (en format papier ou en ligne) devraient être développés pour les différentes régions du canton du Valais.

Il y a ces groupes de périnatalité qui se réunissent où c'est interprofessionnel. Et là, je trouve que c'est très intéressant parce qu'on développe déjà la connaissance de tous les réseaux existants autour de la petite enfance. On développe des liens quand on a vu la personne et qu'on la connaît, et qu'on a pris son numéro. Pour moi, l'information des professionnels, on doit peut-être sensibiliser à qui pilote cette sensibilisation de la politique 0–4 ans. Chacun a un rôle d'activer le système qui va se construire petit à petit. [...] Je pense que c'est une meilleure connaissance de l'existant, un meilleur fonctionnement entre les professionnels et un souci de prévention du professionnel à n'importe quelle place qu'il soit. (Éducatrice)

La nécessité de mettre en place une politique cantonale 0–4 ans

Pour l'ensemble des professionnel·les, une politique cantonale de prévention pour la petite enfance doit être mise sur pied. Cela permettrait notamment de renforcer le réseau périnatal qui s'est déjà bien élargi ces dernières années et qui présente davantage de collaborations pluridisciplinaires, mais qui se fait de manière souvent bénévole et qui provoque découragements et épuisements. Les initiatives de mise en réseau, comme les colloques régionaux de périnatalité organisés par le CMS ou les colloques

pluridisciplinaires de Périnatalité Valais, ne parviennent pas à réunir l'ensemble des professionnel·les comme les gynécologues et les pédiatres privé·es qui sont consulté·es par les familles de manière systématique. Mettre en lien les professionnel·les et constituer un carnet d'adresses permettrait ainsi d'éviter des discontinuités ou des interruptions du soutien des familles vulnérables, ou encore l'amplification des difficultés qui sont souvent détectées lors de la scolarisation de l'enfant.

De plus, l'amélioration de la coordination du réseau, plus spécifiquement entre le domaine médical et le domaine social, ainsi que la création d'un lien de confiance avec les parents, lien qui doit faire l'objet d'un passage de relais entre professionnel·les, sont envisagées comme des pistes pour pallier les difficultés d'accessibilité des prestations et de stigmatisation de ces familles vulnérables. En effet, le sentiment de honte à recourir à un soutien professionnel éprouvé par certains parents constitue un obstacle important à leur accès aux prestations.

Ce qui est porteur, c'est ces réseaux que l'on fait dans les situations vulnérables où on vient se présenter, l'infirmière et la sage-femme indépendante qui va suivre à la maison, pour expliquer à la maman qu'on ne la laissera pas tomber, qu'on prend le relais. [...] C'est des situations où on peut les suivre sur le long terme, et ça, c'est bien. (Infirmière-puéricultrice)

Ces populations, il faut aller vers elles, ce n'est pas elles qui viennent vers nous. (Psychologue)

Il faut créer un lien suffisant et pas stigmatisant, ne pas mettre ces gens dans une situation d'examen de leurs compétences parentales. (Éducateur)

L'expérience des professionnel·les montre que certaines prestations créées pourtant à partir de besoins exprimés par des parents, ont disparu faute d'utilisation. Dès lors une question se pose : faut-il proposer des prestations ciblées selon les problématiques et/ou des prestations à bas seuil, afin de créer le lien et de diriger les familles dans le réseau ? Une politique cantonale pourrait aborder ces questions et faire réfléchir les intervenant·es de manière collective, ainsi que répertorier de manière systématique les lacunes du système par la circulation et la centralisation des informations. Cet état des lieux exhaustif donnerait ainsi l'occasion de sélectionner les actions à mettre en place de manière prioritaire selon les régions et pour l'ensemble du canton, que ce soit au travers d'un renforcement de l'accom-

pagnement périnatal actuel, ou de la mise en place d'une nouvelle structure ou encore de prestations ciblées.

Discussion

La préservation des liens d'attachement, un enjeu de prévention en périnatalité

L'évaluation du dispositif valaisan de soutien à la parentalité dans la petite enfance met en avant un manque de ressources et de coordination dans le réseau périnatal pour permettre un accompagnement adéquat des parents en situation de vulnérabilité psychosociale. En effet, après le suivi de la sage-femme indépendante à domicile, l'accompagnement s'étioule et certaines familles ne consultent «*que lorsque la difficulté que présente leur enfant est trop manifeste pour être déniée [...], ce qui les prive d'une prévention qui les libérerait d'un rapport contraint au champ de la santé et de l'action sociale*» (Neyrand 2002: 8). Dans ces situations où le dispositif ne permet pas un soutien à moyen terme permettant de conserver et de favoriser les liens parents-enfant, l'enfant est alors séparé de ses parents sur une période plus ou moins longue. Or, ces séparations à la fois physiques et psychiques mettent en péril les liens que l'enfant construit avec ses parents, en privant ce dernier de la présence régulière de ses figures d'attachement. Les études de René Spitz dans les années 1960 sur les dépressions anaclitiques du bébé lorsque ce dernier est séparé durablement de sa figure d'attachement en sont une illustration prégnante, de même que les troubles des affects suite à une séparation, décrits dans le D-C 0–3 ans⁴.

Toutefois, l'on comprend bien que ces actions de placement de l'enfant sont dictées par une logique de protection de l'enfant face aux effets dévastateurs des carences affectives, négligences ou maltraitements physiques et/ou émotionnelles de la part des parents. Divers troubles de l'attachement et du développement sont d'ailleurs répertoriés dans les ouvrages de classification de psychopathologies tels que le DSM-V⁵, la CIM-10⁶ ou le D-C 0–3 ans (Dayan 2015; Guedeney et al. 2010; Pierrehumbert 2011). Même si les familles d'accueil représentent une bonne alternative en termes de liens affectifs pour l'enfant, bon nombre de situations familiales ne sont pas considérées par les professionnel·les comme étant suffisamment carencées pour justifier une coupure des liens d'attachement. Dans ce genre de situations où le développement de l'enfant n'est pas mis en danger à court terme, les professionnel·les de la périnatalité estiment nécessaire de travailler en priorité ces liens d'attachement reconnus comme indispensables à la structuration de la personnalité et à la socialisation de l'enfant (Martin et al. 2017). En effet, Bowlby et ses successeurs ont montré que la

qualité des relations créées durant les premières années par le jeune enfant avec les personnes lui donnant régulièrement des soins – à savoir le plus souvent ses parents –, va conditionner sa vision de lui-même et d'autrui à long terme, sous forme d'une empreinte indélébile (Bowlby 2014; Grossmann et Grossmann 2005; Guedeney et Atger 2009). Dès lors, pour améliorer les relations d'attachement et éviter une psychopathologie parentale et/ou infantile, il convient de développer les compétences parentales, telles que la sensibilité aux signaux de l'enfant ou la disponibilité affective, afin d'améliorer le *caregiving*, autrement dit la manière de prendre soin de l'enfant et d'être en relation avec lui. Dès lors, pour les professionnel·les de la périnatalité, l'enjeu est d'agir en prévention précoce, c'est-à-dire à la fois en prévention primaire de troubles chez l'enfant et en prévention secondaire de troubles psychiques chez les parents (Dugnat 2004).

La prévention précoce dans le soutien des liens psychiques

En ciblant des familles à risque de parcours problématiques et de difficultés socio-éducatives (Boucher 2012), l'optique est d'empêcher l'installation et la chronicisation de problèmes relationnels et/ou psychologiques pouvant entraver les liens affectifs. Les professionnel·les interrogé·es relèvent l'importance d'investir dans la détection et le soutien en cas de fragilités psychosociales latentes, et d'avoir davantage de ressources pour améliorer ces liens dès l'apparition des premières difficultés, en renforçant les compétences parentales (Hamel et Lemoine 2012).

Mais la prévention des troubles relationnels précoces présente un paradoxe, car elle regroupe deux logiques préventives, l'une portant sur la favorisation du bien-être de la population, et l'autre sur la détection et la diminution de symptômes (Neyrand 2002). En effet, la prévention primaire vise l'amélioration des conditions d'existence des jeunes enfants et de leurs parents, et articule une logique médicale avec une logique d'intervention sociale, alors que la prévention secondaire est issue d'une logique médicale de soins et de prise en charge des problèmes de la parentalité, bien qu'elle soit précoce. En d'autres termes, les mesures de prévention primaire visent tout parent traversant cette période périnatale considérée comme fragilisante en soi, tandis que les mesures secondaires s'apparentent à un contrôle préventif des processus de parentalisation dans des familles fragilisées par leurs conditions de vie, sans qu'il y ait par ailleurs une véritable capacité d'action sur les conditions de leur précarité. Dans les recommandations de l'Observatoire cantonal de la jeunesse (OCJ 2016), on distingue deux groupes dans le soutien et le conseil aux parents, l'un pour les diffi-

cultés généralement rencontrées par les parents, et l'autre ciblé sur des problématiques particulières provoquant une vulnérabilité parentale telle que définie par les professionnel·les de cette étude. Selon Neyrand (2002), pour que la prévention précoce soit efficace, la prévention globale visant à soutenir l'établissement des liens parents-enfants doit être articulée à une prévention plus spécifique, en travaillant non seulement sur les compétences parentales, mais également sur les conditions psychosociales précarisantes. À ce titre, notons le travail des centres SIPE (Sexualité, Information, Prévention, et Éducation), qui proposent un soutien psychologique, administratif et financier de la grossesse à la première année de vie de l'enfant pour tout parent, et qui reçoivent de nombreuses situations vulnérables.

Le besoin de soutien social pour diminuer le stress des parents

La période périnatale est fragilisante en soi, car le fait d'avoir un enfant est connu comme une transition de vie potentiellement très stressante (Bruchon-Schweitzer 2002). La source principale de ce stress réside dans le fait de devoir s'adapter aux besoins de l'enfant et aux soins à lui prodiguer (Dugnat 2004). Dans notre étude, parents et professionnel·les mettent en évidence ces difficultés et ce besoin de soutien dans le *caregiving*. Sur le plan de l'accompagnement professionnel, cette préoccupation se traduit par la recherche d'un *soutien social* (Bruchon-Schweitzer 2002), sous forme d'un soutien *informatif* (conseils éducatifs et informations sur le développement et la santé de l'enfant), mais surtout émotionnel et *d'estime*, consistant à écouter et rassurer le parent, et respectivement à valoriser ses choix et ses compétences. Les professionnel·les soulèvent à cet égard un manque et un besoin de repères face aux foisonnements de connaissances (Hamel et Lemoine 2012). Dans la littérature, ce désarroi croissant des parents s'explique par la diversification des normes et des situations familiales, l'arrivée tardive du premier enfant et la distance avec la famille élargie (Martin et al. 2017).

Pour répondre à ce manque de repères et de confiance en soi, les conseils éducatifs apparaissent comme un soutien récurrent dans l'intervention professionnelle. En Valais, la campagne du Service cantonal de la jeunesse «L'éducation donne la force» a d'ailleurs été relancée en début d'année 2018. Cependant, la posture professionnelle s'avère également primordiale afin de redonner aux parents confiance et autonomie. En effet, la tendance actuelle en travail social est de sortir d'une logique de «prise en charge» pour adopter une logique de «prise en compte», autrement dit de travailler non pas *sur* les familles, mais *avec* elles (Sellenet 2008). Le ou

la professionnel·le doit y abandonner son rôle d'expert·e qui pose un diagnostic, travaille sur une problématique familiale et propose des solutions pour se rapprocher d'une norme. Au contraire, elle ou il doit établir un partenariat avec les familles et accompagner ces dernières dans la recherche de leurs propres solutions à des questions qu'elles se posent. L'optique est d'augmenter le pouvoir d'agir (*empowerment*) et le sentiment de compétences des personnes. À notre sens, ce n'est qu'ainsi que les conseils éducatifs, représentant des repères face auxquels les parents peuvent se positionner et affirmer leurs choix, permettent d'éviter de retomber dans un contrôle normatif de la parentalité et dans une dépendance à l'égard de l'action professionnelle.

Outre ce manque de repères, les professionnel·les mettent en évidence les difficultés habituellement identifiées dans la littérature sur le postpartum, à savoir la fatigue, le manque de temps, la difficulté à s'organiser au quotidien, les pleurs de l'enfant, les problèmes d'alimentation, l'isolement, ou encore le manque de soutien de l'entourage ou du partenaire (Razurel et al. 2011). Ainsi, des guides destinés à des praticien·nes de la santé et du travail social, comme celui de Desjardins et al. (2005), sont élaborés pour augmenter les compétences parentales et améliorer la qualité des soins du jeune enfant, en travaillant d'une part sur le manque de repères quant à certains savoir-faire et d'autre part sur des facteurs psychologiques (stress, dépression), familiaux (conflits conjugaux, monoparentalité) et sociaux (isolement, pauvreté, faible niveau socioéconomique) influençant la qualité de soins.

Le travail en réseau : une clé de voûte en périnatalité

Le travail en réseau dans la périnatalité apparaît comme un défi central. Comme l'explique la pédopsychiatre Françoise Molénat (Molénat 2009; Molénat et Toubin 2001), le manque de coordination des actions menées dans le champ médical, social et/ou psychiatrique peut devenir violent, voire maltraitant, pour les familles vulnérables. En effet, les professionnel·les des champs médicaux, sociaux et psychiatriques agissent selon des mandats divers et selon différentes temporalités dans la vie des parents, ce qui explique le cloisonnement persistant dans certaines pratiques et qui contribue à « perdre » le suivi de certaines familles. Pour remédier au morcellement de la prise en charge dans la périnatalité et dans la petite enfance, il convient d'assurer une véritable continuité et une cohérence dans le suivi dont les clés sont la confiance entre professionnel·les, le décroisement des pratiques, la transmission des informations (en transparence avec les

parents), ainsi que le passage de relais entre intervenant·es non seulement du suivi, mais aussi du lien de confiance construit avec les parents. Grâce à un tel encadrement, les familles détectées dans les prestations à bas seuil pourraient être orientées vers des prestations plus ciblées. Les prestations seraient ainsi davantage accessibles et les familles moins stigmatisées. Le soutien à la parentalité pourrait dès lors être envisagé par paliers entre prévention primaire, secondaire et tertiaire, en fonction du degré de difficulté/vulnérabilité de la famille (Boucher 2012).

La question du genre dans la définition de la vulnérabilité sociale et de la parentalité

L'Observatoire cantonal de la jeunesse (OCJ 2016) suggère, à l'instar des professionnel·les de notre étude, d'établir un catalogue de prestations à disposition des jeunes et de leurs parents, ainsi que de conceptualiser une prise en charge pour les 0–4 ans. Pour ce faire, l'Observatoire propose d'intensifier les mesures ambulatoires pour les parents fragiles, de se focaliser davantage sur la problématique du lien mère-enfant pour identifier les besoins des parents, et de développer des possibilités d'hébergement mère-enfant.

Il est intéressant de constater, comme dans la définition de la famille vulnérable par les professionnel·les de cette étude, une focalisation presque exclusive sur la mère, qui est à la fois le levier et la cible des interventions visant à traiter, repérer ou prévenir des situations familiales à risque (Cardi 2010). Les risques sociaux sont ainsi définis en fonction d'une différence non seulement de classe en termes de précarité, mais aussi de sexe, en désignant la mère à la fois comme partenaire et responsable de la protection de l'enfant. Les pères sont encore en marge de la définition des interventions, malgré le souhait de certain·es professionnel·les que les pères s'impliquent activement. Ces derniers sont alors le plus souvent considérés comme une source de soutien social pour la mère (Bruchon-Schweitzer 2002), au lieu d'être la cible directe d'intervention sur la parentalité. Le fait que certain·es professionnel·les proposent une alternative aux Points Rencontres pour les pères séparés ne fait que contribuer à cette reproduction de la différence de sexe (Cardi 2010).

Lors des entretiens collectifs, il est souvent question de « familles » et de « parents », mais ces termes masquent et neutralisent les rôles effectivement dévolus aux hommes et aux femmes (Martin et al. 2017). Car dans notre société, les inégalités homme-femme perdurent: les pères ayant beaucoup moins de disponibilités apparentes que les mères, ces dernières se voient dès lors attribuer les soins et les charges éducatives des enfants (Modak et al. 2017). Le travail bénévole informel de la garde d'en-

fants est d'ailleurs l'activité la plus fréquente des femmes et reste rare chez les hommes (OFS 2008). Le partage non égalitaire du travail domestique et éducatif restant actuel dans de nombreuses familles, le travail du *care* est toujours attribué aux femmes (Bachmann et al. 2004), même si les pères passent plus de temps à proximité de l'enfant (Martin et al. 2017). Pourtant, le père n'est plus considéré comme le « séparateur » de la relation fusionnelle entre une mère et son enfant, mais comme une figure de soins et d'attachement produisant du *caregiving* et ayant un impact spécifique sur l'autonomie et le développement émotionnel de son jeune enfant. En effet, des recherches mettent en évidence le rôle de sécurisation du père, bien que spécifique et différent de celui de la mère, car davantage dans l'exploration et le jeu, et montrent non seulement que l'attachement au père n'est pas relié ou reproduit à partir de l'attachement de l'enfant à la mère, mais aussi que cet attachement au père se construit en même temps que l'attachement à la mère (Bacro et Florin 2008; Guedeney et al. 2010; Martin et al. 2017; Miljkovitch et Pierrehumbert 2005).

Comme beaucoup d'auteur-es le soulèvent, cette mise à l'écart des pères, même si elle peut s'expliquer en partie par leur absence réelle lors des interventions proposées, proviendrait d'une utilisation encore traditionnelle dans la pratique des nouveaux savoirs sur la petite enfance et sur les rôles attribués aux pères et aux mères (Cardi 2010; Martin et al. 2017; Neyrand 2006). Ainsi, l'attachement à la mère perdurerait dans la tête des professionnel-les. De fait, même si les nouveaux discours portent sur la « parentalité » et se fondent sur des bases légales prônant l'égalité homme-femme, la division sexuelle des tâches domestiques et de soins persiste, de même que la surreprésentation des mères dans les interventions de soutien à la parentalité, tout comme la surreprésentation des professionnelles dans le domaine de la périnatalité d'ailleurs.

Conclusion

Depuis les années 1970, les travaux sur l'attachement et sur le développement de l'enfant ont renforcé la valorisation de l'enfance et ont fait de l'intérêt de l'enfant le leitmotiv des politiques publiques pour intervenir sur la parentalité (Segalen et Martial 2013). Sur le plan médiatique, l'accent est mis sur la mission éducative des parents et sur la dimension affective dans la socialisation des enfants (Martin et al. 2017). Toutefois, cette étude met en avant un enjeu de taille : celui de pouvoir préserver et encadrer les liens d'attachement parents-enfants lors de précarités psychosociales, sans en arriver à séparer l'enfant de ses parents. Toute la problématique consiste

alors à pouvoir atteindre et accompagner les parents vulnérables dans une optique d'*empowerment* et de renforcement des compétences, en évitant autant que possible un sentiment de stigmatisation, le contrôle des parents jugés défaillants et les placements des enfants. À l'heure actuelle, les dispositifs de l'action sociale en direction des familles agissent en référence aux risques familiaux dans une logique de protection de l'enfance et/ou d'aide à la parentalité (Cardi 2010) et doivent composer avec des logiques opposées, oscillant entre émancipation et contrôle, entre valorisation et incrimination, entre approche normative et compréhensive, en raison du principe de non-jugement des parents et des valeurs émancipatrices de l'action sociale (Boucher 2012; Neyrand 2011).

Pour agir en prévention précoce, il s'agit non seulement de donner suffisamment de moyens pour pouvoir travailler avec les parents sur les liens affectifs et sur leurs compétences, mais également d'améliorer les conditions impliquant une précarité. De plus, soutenir la parentalité dans la petite enfance signifie également assurer une coordination et une continuité dans les actions médicales, sociales et psychiatriques du réseau périnatal. Pour avoir une politique à la fois de protection de la jeunesse et familiale, il est important de sortir d'une logique purement médicale de dépistage de troubles éventuels de la parentalité, qui est d'ailleurs centrée dans les faits sur la mère, et de l'articuler à une logique d'intervention sociale qui soulève les questions de la réintégration du père, de la réalité du partage inégal du travail domestique et éducatif entre les sexes, et de la multiplicité des configurations familiales. En termes de dispositif, les réponses sont à articuler entre une logique globale de soutien et de conseils aux parents, et une logique de prestations ciblées, en offrant une diversité des lieux d'accompagnement et d'écoute avec des professionnel-le-s, tout en assurant une cohérence et une égalité territoriales de l'offre faite aux familles, ce qui n'est pas une tâche aisée.

Références bibliographiques

- Acheroy, Colette & Hadjaj-Castro, Hédia. (2006). La méthode SEPO/ SWOT.
- Bachmann, Laurence, Golay, Dominique, Messant, Françoise, Modak, Marianne, Palazzo, Clotilde & Rosende, Magdalena. (2004). Famille-travail: une perspective radicale? *Nouvelles Questions Féministes*, 23 (3), 4. doi:10.3917/nqf.233.0004
- Bacro, Fabien & Florin, Agnès. (2008). Spécificité des Modèles internes opérants: les représentations d'attachement au père et à la mère chez des enfants de 3 à 5 ans.

- Enfance*, 60 (2), 108-119. doi:10.3917/enf.602.0108
- Boucher, Manuel. (2012). Le travail social face aux familles populaires: la «nébuleuse» de la parentalité en question. *Pensée plurielle*, 29 (1), 75-98. doi:10.3917/pp.029.0075
- Bowlby, John. (2014). *Amour et rupture: les destins des liens affectifs*. Arcueil: Albin Michel.
- Bruchon-Schweitzer, Marilou. (2002). *Psychologie de la santé: modèles, concepts et méthodes*. Paris: Dunod.
- Cardi, Coline. (2010). La construction sexuée des risques familiaux. *Politiques sociales et familiales* (101), 35-45. doi:10.3406/caf.2010.2837
- Dayan, Jacques. (2015). *Psychopathologie de la périnatalité et de la parentalité* (2^e éd. ed.). Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson.
- Desjardins, Nicole, Dumont, Jacinthe, Laverdure, Johanne & Poissant, Julie (2005). *Guide pour soutenir le développement de l'attachement sécurisant de la grossesse à 1 an*. Retrieved from Québec: www.msss.gouv.qc.ca
- Duchesne, Sophie & Haegel, Florence. (2005). *L'entretien collectif: l'enquête et ses méthodes*. Paris: A. Colin.
- Dugnat, Michel. (2004). *Prévention précoce, parentalité et périnatalité*. Ramonville Saint-Agne: Erès.
- Grossmann, A. & Grossmann, K. (2005). L'impact de l'attachement du jeune enfant à la mère et au père sur le développement psychosocial des enfants jusqu'au début de l'âge adulte. Retrieved from <http://www.enfant-encyclopedie.com/Pages/PDF/Grossmann-FRxp3.pdf>
- Guedeney, Nicole & Atger, Frédéric. (2009). *L'attachement: approche théorique: du bébé à la personne âgée* (3^e éd ed.). Issy-les-Moulineaux: Masson.
- Guedeney, Nicole, Guedeney, Antoine & Atger, Frédéric. (2010). *L'attachement: approche clinique: du bébé à la personne âgée*. Issy-les-Moulineaux: Masson.
- Hamel, Marie-Pierre & Lemoine, Sylvain. (2012). *Aider les parents à être parents: Le soutien à la parentalité, une perspective internationale*. Retrieved from <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/124000489.pdf>
- Martin, Claude, Hammouche, Abdelhafid, Modak, Marianne, Neyrand, Gérard, Sellenet, Catherine, Vandembroeck, Michel, Zaouche Gaudron Chantal, Dauthin, Sandrine & Moeneclae, Jeanne. (2017). *Accompagner les parents dans leur travail éducatif et de soin: Etat de la question en vue d'identifier le rôle de l'action publique*. Retrieved from <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-01572229/document>
- Miljkovitch, Raphaële & Pierrehumbert, Blaise. (2005). Le père est-il l'égal de la mère? Considérations sur l'attachement père-enfant. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, 35(2), 129. doi:10.3917/ctf.035.0115
- Modak, Marianne, Gaberel, Pascal & Bachmann, Laurence. (2017). «Parentalité»: promesses et écueils pour le travail social. *Actualité sociale*, 5 (68), 9-11.
- Molénat, Françoise. (2009). *Prévention précoce: petit traité pour construire les liens humains*. Toulouse: Erès.
- Molénat, Françoise & Toubin, Rose-Marie. (2001). Vers des réseaux de soins précoces *Troubles relationnels père-mère/ bébé: quels soins?* (pp. 87). Toulouse: ERES.
- Nanchen, Maurice. (2011). *Ce qui fait grandir l'enfant: affectif et normatif, les deux axes de l'éducation*. Saint-Maurice: Ed. Saint-Augustin.
- Neyrand, Gérard. (2011). *Soutenir et contrôler les parents: le dispositif de parentalité*. Toulouse: Erès éd.
- Neyrand, Gérard. (2006). *Familles et petite enfance: mutations des savoirs et des pratiques*. Ramonville Saint-Agne: Erès.
- Neyrand, Gérard. (2002). La prévention précoce, une démarche paradoxale. *Dialogue*, 157 (3), 13. doi:10.3917/dia.157.0003

- OCJ. (2016). *Observatoire cantonal de la jeunesse. Rapport annuel 2015*. Service cantonal de la jeunesse. Département de la formation et de la sécurité.
- OFS. (2008). *Le travail bénévole en Suisse*. Neuchâtel: Département fédéral de l'intérieur.
- Pierrehumbert, Blaise. (2011). *Le premier lien: théorie de l'attachement*. Paris: O. Jacob.
- Razurel, C., Bruchon-Schweitzer, M., Dupanloup, A., Irion, O. & Epiney, M. (2011). Stressful events, social support and coping strategies of primiparous women during the postpartum period: a qualitative study. *Midwifery*, 27 (2), 237–242. doi:10.1016/j.midw.2009.06.005
- Segalen, Martine & Martial, Agnès. (2013). *Sociologie de la famille* (8^e éd. entièrement révisée ed.). Paris: A. Colin.
- Sellenet, Catherine. (2008). Coopération, coéducation entre parents et professionnels de la protection de l'enfance. *Vie sociale*, 2 (2), 15–30. doi:10.3917/vsoc.082.0015.

Annotations

- 1 À savoir: le Service de l'action sociale (SAS), le Service de la santé publique (SSP), et l'Office cantonal de l'égalité et de la famille (OCEF) qui font partie du Département de la santé, des affaires sociales et de la culture (DSSC), ainsi que le Service cantonal de la jeunesse (SCJ) du Département de l'économie et de la formation.
- 2 Notons que trois entretiens individuels ont été effectués selon la même procédure avec les professionnel·les n'ayant pas pu se libérer pour les entretiens collectifs, et qu'une personne a rempli le questionnaire en ligne, mais n'a pas participé aux entretiens collectifs. De fait, 25 professionnel·les ont ainsi participé aux entretiens collectifs.
- 3 La Maison Verte est un lieu d'accueil pour les enfants de 0 à 4 ans, accompagnés de leurs parents ou d'un autre adulte tuteur. Le dispositif d'accueil et d'écoute de la Maison Verte, créé par la psychanalyste Françoise Dolto et son équipe à Paris en 1979, est conçu pour soutenir l'enfant comme sujet de langage et de parole dès sa naissance.
- 4 *Classification diagnostique des troubles de la santé mentale de la petite et jeune enfance* ou *Zero To Three*, reconnue internationalement et écrite par un groupe de cliniciens nord-américains et européens travaillant avec de jeunes enfants (psychologues, pédopsychiatres, éducateurs).
- 5 *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* ou *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, édité par l'Association américaine de psychiatrie (APA) et utilisé par les psychiatres du monde entier.
- 6 *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexe* ou *International Classification of Diseases (ICD)*, classification médicale utilisée par l'OMS.