
Évaluation de l'effet de l'Intervention relationnelle sur le développement des enfants placés en institution

Auteur : Kaya, Hümeýra

Promoteur(s) : Blavier, Adelaïde

Faculté : Faculté de Psychologie, Logopédie et Sciences de l'Éducation

Diplôme : Master en sciences psychologiques, à finalité spécialisée

Année académique : 2024-2025

URI/URL : <http://hdl.handle.net/2268.2/22321>

Avertissement à l'attention des usagers :

Tous les documents placés en accès ouvert sur le site le site MatheO sont protégés par le droit d'auteur. Conformément aux principes énoncés par la "Budapest Open Access Initiative"(BOAI, 2002), l'utilisateur du site peut lire, télécharger, copier, transmettre, imprimer, chercher ou faire un lien vers le texte intégral de ces documents, les disséquer pour les indexer, s'en servir de données pour un logiciel, ou s'en servir à toute autre fin légale (ou prévue par la réglementation relative au droit d'auteur). Toute utilisation du document à des fins commerciales est strictement interdite.

Par ailleurs, l'utilisateur s'engage à respecter les droits moraux de l'auteur, principalement le droit à l'intégrité de l'oeuvre et le droit de paternité et ce dans toute utilisation que l'utilisateur entreprend. Ainsi, à titre d'exemple, lorsqu'il reproduira un document par extrait ou dans son intégralité, l'utilisateur citera de manière complète les sources telles que mentionnées ci-dessus. Toute utilisation non explicitement autorisée ci-avant (telle que par exemple, la modification du document ou son résumé) nécessite l'autorisation préalable et expresse des auteurs ou de leurs ayants droit.

**Évaluation de l'effet de l'Intervention relationnelle sur le
développement des enfants placés en institution**

Mémoire présenté par Hümeyra KAYA

*En vue de l'obtention du grade de Master en Sciences Psychologiques, à finalité
spécialisée en Psychologie Clinique Systémique et de l'Enfant.*

Promotrice : BLAVIER Adélaïde

Superviseuse : KNÜPPEL Iris

Lectrices : DEPREZ Alexandra et CHARTIER Stéphanie

Année académique 2024-2025

Remerciements

La réalisation de ce mémoire a été possible grâce à l'aide de plusieurs personnes à qui je voudrais témoigner ma gratitude.

Tout d'abord, je voudrais remercier ma promotrice, Madame Adélaïde Blavier, de m'avoir fait part de ses précieux conseils lors de la réalisation de ce travail. Je souhaite également exprimer toute ma gratitude à ma superviseuse, Madame Iris Knüppel, pour son accompagnement bienveillant, ses relectures, ses conseils pertinents et son soutien précieux tout au long de ce projet. Un grand merci à mes lectrices, Madame Chartier Stéphanie et Madame Deprez Alexandra, pour le temps consacré à la lecture et l'analyse de ce travail.

Ensuite, je tiens à remercier sincèrement les institutions qui ont accepté de collaborer pour cette étude. Mon respect va également à la direction de chaque institution et aux professionnels rencontrés, pour leur disponibilité, leur accueil et leur aide précieuse dans l'organisation des passations réalisées.

Évidemment, un remerciement particulier va aux enfants et aux parents qui ont participé à cette recherche. Je suis convaincue que ces interactions, qui ont présenté un moment précieux de connexion, laisseront une empreinte durable sur ma pratique clinique future. Je garde en mémoire chaque personne rencontrée avec beaucoup de respect et d'émotion.

Enfin, je voudrais exprimer toute ma gratitude à ma famille et à mes amies qui m'ont soutenue tout au long de ce projet. Je remercie plus particulièrement mon père pour sa patience et son accompagnement durant tous les trajets, parfois longs et fatigants, pour mes collectes de données. Son soutien inconditionnel m'a été d'une grande motivation.

Cette recherche est donc le fruit d'un effort collectif. Je suis profondément reconnaissante envers tous ceux qui ont croisé mon chemin et qui m'ont soutenue dans cette belle aventure universitaire.

Table des matières :

I.	Introduction.....	1
II.	Revue de la littérature	2
II.1	Le développement de l'enfant	2
II.1.1	Description du développement.....	2
II.1.2	Stades de développement de l'enfant au niveau des différentes sphères	3
II.1.3	Lien entre les différentes sphères du développement.....	6
II.1.4	Facteurs qui influencent le développement.....	7
II.2	Le développement des enfants suivis par l'aide à la jeunesse.....	15
II.2.1	Contexte du placement	15
II.2.2	Le développement des enfants placés en institution	18
II.3	Les programmes de soutien à la parentalité	24
II.3.1	Les programmes parentaux	24
II.3.2	L'Intervention relationnelle (IR)	25
III.	Méthodologie.....	27
III.1	Objectif de la recherche.....	27
III.2	Hypothèses	27
III.3	Echantillon.....	29
III.4	Outils utilisés.....	29
III.4.1	BSID-III – Bayley Scales of Infant and Toddler Development	29
III.4.2	Questionnaire d'anamnèse	32
III.5	Procédure.....	32
IV.	Résultats	33
IV.1	Données et statistiques descriptives	33
IV.2	Données étudiées.....	42
V.	Discussion	50

V.1 Première hypothèse : L'Intervention relationnelle a un impact positif sur l'évolution du développement de l'enfant.....	50
V.2 Deuxième hypothèse : La maltraitance et la gravité des problématiques ont un impact négatif sur le processus de développement de l'enfant et sur l'effet de l'intervention	53
V.3 Troisième hypothèse : La qualité de la relation à l'éducateur a un impact sur le processus de développement de l'enfant et sur l'effet de l'intervention	54
V.4 Quatrième hypothèse : Le nombre de visites parentales a un impact positif sur l'évolution du développement de l'enfant et sur l'effet de l'intervention	54
V.5 Discussion générale sur nos hypothèses.....	55
VI. Implications théoriques, pratiques et cliniques du travail.....	56
VII. Limites méthodologiques	58
VIII. Conclusion.....	60
IX. Bibliographie.....	62
X. Annexes.....	83
A. Annexe A : Présentation des compétences évaluées par les échelles BSID-III par groupe d'âge	83
B. Annexe B : Questionnaire d'anamnèse	84
C. Annexe C : Distribution des scores composites	90
D. Annexe D.....	94
E. Annexe E : Résultats des scores standards et des scores composites des sous-échelles de Bayley-III.....	98

I. Introduction

Les études récentes portant sur l'effet du placement institutionnel sur les jeunes enfants en Europe de l'Ouest sont relativement peu nombreuses comparativement aux études menées en Europe de l'Est ou dans les pays en voie de développement. En Fédération Wallonie-Bruxelles, la situation est particulièrement inquiétante, car le placement des enfants en institution, y compris les plus jeunes enfants, est encore largement présent. Et ce, malgré la documentation de la littérature sur les nombreux effets néfastes du placement en institution sur le développement de l'enfant.

En outre, en dehors du placement, de nombreux facteurs peuvent influencer l'évolution du développement des enfants : la présence d'un vécu d'une forme de maltraitance, la qualité d'attachement avec ses parents, la qualité de la relation avec les éducateurs, les problématiques des parents, le nombre de placements et la durée du placement. Par ailleurs, lors d'un placement, le lien entre l'enfant et ses parents se trouve fragilisé. Dès lors, afin de répondre au constat de Chartier et Blavier (2023) indiquant que la qualité de la relation entre l'enfant placé en institution et son parent serait bonne mais inappropriée, neutre, pas bonne ou toxique chez 86% des pères et 90% des mères, une recherche est en cours de réalisation par Iris Knüppel. L'objectif de son étude est d'examiner la possibilité d'améliorer la qualité des interactions parents-enfant via l'utilisation de l'Intervention relationnelle (IR), un programme de soutien à la parentalité, mis en place au travers d'une visite par semaine.

Cette présente étude s'inscrit dans la thèse de Madame Knüppel et vise à identifier si, en FWB, les enfants placés en institution qui bénéficient de l'IR dans le cadre des visites parentales, présentent un impact positif sur leur développement. En ce sens, sur base de la théorie d'attachement, l'IR a une approche spécifique conçue pour aider les parents à développer des relations saines et sécurisantes avec leurs enfants via des tâches données aux parents (jeux spécifiques, observation et communication avec l'enfant, etc.). Elle a pour objectif de renforcer les compétences parentales et ainsi, de favoriser un environnement plus sécurisant pour l'enfant. Dès lors, afin d'analyser l'impact de l'IR sur l'évolution du développement des enfants placés de notre échantillon, nous avons utilisé la Bayley-III, un outil de développement évaluant les domaines cognitif, langagier et moteur des enfants âgés de 12 à 42 mois dans notre recherche. Cet outil a été administré à deux reprises (Temps 1 et Temps 2) en fonction du groupe auquel appartient l'enfant : intervention ou contrôle.

Notre revue de la littérature sera structurée en trois parties. Dans un premier temps, nous présenterons une analyse du développement global de l'enfant en mettant en avant les étapes de croissance au niveau cognitif, linguistique et moteur, ainsi que leurs interactions. Nous explorerons

également les différents facteurs qui peuvent impacter le développement de l'enfant au travers du modèle écologique de Bronfenbrenner. Dans un deuxième temps, nous aborderons le contexte des enfants placés en institution en FWB ainsi qu'au niveau international. Dans un troisième temps, nous présenterons les influences des programmes de soutien à la parentalité qui ont montré un impact positif sur le développement de l'enfant, dont l'IR utilisée dans cette recherche. Enfin, nous présenterons la méthodologie et les résultats auxquels nos recherches ont conduit.

II. Revue de la littérature

II.1 Le développement de l'enfant

II.1.1 Description du développement

Le développement du jeune enfant est un processus global dans lequel différents domaines (cognitif, moteur, langagier, neurologique et socio-émotionnel) interagissent entre eux de manière simultanée, intégrée, graduelle et continue (Bouchard, 2016). Le développement se réalise à des degrés divers, en fonction des apprentissages de l'enfant, de ses expériences, de ses champs d'intérêt et de l'environnement dans lequel il évolue (Belleau et al., 2019). En plus du contexte qui l'entoure, l'apport génétique a également une influence importante sur son développement, et une interaction a lieu entre ces deux facteurs (Polderman et al., 2015). Ainsi, des spécialistes ont défini trois caractéristiques du développement humain qui peuvent l'influencer (Baltes et al., 2006 ; Staudinger & Lindenberger, 2003). La première est l'aspect multidirectionnel : le développement est dynamique et prend en compte le changement par les gains et les pertes qui l'accompagnent. La deuxième caractéristique concerne l'aspect multicontextuel : contexte familial, historique et socioéconomique. Et troisièmement, il y a l'aspect multiculturel : l'ensemble des valeurs, attitudes, coutumes et objets transmis au fil des générations et dont le groupe social s'y réfère au quotidien (Cole, 2005). De ce fait, grâce aux interactions avec le monde qui l'entoure, l'enfant est perçu comme un apprenant actif qui construit des connaissances, des habiletés et des attitudes qui lui permettent d'évoluer et de s'adapter continuellement à travers ses nouvelles expériences (Hirsh-Pasek et al., 2008). Afin de décrire le développement global de l'enfant, nous allons distinctement décrire les domaines qui le composent, et plus particulièrement le développement cognitif, moteur et langagier sur lesquels nous allons nous concentrer dans ce travail.

Le développement cognitif permet à l'enfant d'acquérir des connaissances et de comprendre le monde qui l'entoure. Il se rapporte aux opérations mentales et intellectuelles comme l'apprentissage, la compréhension, la mémoire, l'attention, la résolution des problèmes, le raisonnement, la planification, la créativité, l'attention et le souvenir. Selon Berger (2012), le

nouveau-né aurait déjà les outils intellectuels nécessaires ainsi que la motivation à appréhender la complexité du monde qui l'entoure.

Le développement moteur fait référence à l'évolution naturelle des capacités physiques et des fonctions motrices de l'enfant, un processus acquis sous l'effet de la maturation et de la pratique (Legendre, 2005). Les fonctions motrices sont composées de deux niveaux : la motricité globale, qui concerne les grands mouvements engageant tout le corps à l'action tels que s'asseoir, marcher, courir, grimper, lancer, et la motricité fine, qui touche aux mouvements fins de la main et plus précisément à l'utilisation des petits muscles des doigts telle que la manipulation de petits objets, crayons, ciseaux, etc. Ce sont des habiletés qui progressent de façon rapide pendant la période sensible que constitue l'enfance, car c'est tout d'abord par le corps et le mouvement que l'enfant se découvre, s'exprime et explore le monde qui l'entoure (Gravel & Martin, 2016).

Le développement du langage est un processus complexe, spécifique à l'espèce humaine grâce à la présence de la forme coudée de notre système phonatoire (Plaza, 2014). Il comporte deux versants, celui de la réception qui consiste à entendre, lire, voir et comprendre un message et celui de la production, qui permet de s'exprimer par la parole, l'écriture ou les gestes. Nous les nommons le langage réceptif et le langage expressif. Le fondement du langage repose sur les sons, appelés phonèmes, dont leur combinaison en syllabes puis en mots permet la formation de phrases. Ainsi, pour apprendre une langue, l'enfant doit tout d'abord percevoir les sons entendus, dégager le sens du mot formé par ces sons, produire ces mêmes sons et enfin, stocker les informations dans sa mémoire (Bouchard, 2008).

II.1.2 Stades de développement de l'enfant au niveau des différentes sphères

Le cerveau du bébé contient environ dix milliards de neurones et fait preuve d'une grande plasticité et de connectivité. Jusqu'à ses trois ans, les connexions synaptiques se développent très fortement, ce qui permet à l'enfant de sélectionner les éléments essentiels en fonction de son environnement. Le cerveau interagit donc constamment et progressivement avec le monde extérieur (Plaza, 2014).

Le développement langagier

À la naissance, le nourrisson vient au monde avec des prédispositions innées au langage, sans que celles-ci ne s'inscrivent dans une structure neuronale fixe (Karmiloff-Smith, 1992). Au cours de son expérience dans diverses activités linguistiques, il acquiert des connaissances qui s'étendent et se généralisent à différents contextes (Plaza, 2014). Son développement langagier se déroule par chevauchement et recouvrement dans lesquels prennent place des *passerelles d'accès* entre les

registres du langage (Pinker, 1994). Au niveau du cerveau, l'aire de Broca et l'aire de Wernicke représentent les aspects cognitifs du langage (Vigneau et al., 2006). Cependant, selon Catani (2007), une interconnexion a lieu entre plusieurs régions du cerveau. Nous allons maintenant détailler le langage réceptif et le langage expressif.

Le langage réceptif : Grâce à l'enregistrement des variations du rythme de succion chez le nouveau-né, plusieurs données ont été suggérées. Parmi celles-ci figurent la sensibilité rapide du nourrisson à la prosodie de la langue parlée autour de lui ainsi qu'à sa langue maternelle, et ce, de manière plus prononcée surtout à six mois (Plaza, 2014). Plus généralement, entre un an et quatre ans, l'enfant acquiert ce qui est essentiel dans le système de sa langue maternelle (Bassano, 2007). De plus, d'après Plaza (2014), si le *motherese*¹ (mamanais) est utilisé, l'enfant prête une attention plus forte à la parole par rapport à celle échangée entre les adultes. En effet, dès l'âge de cinq mois, il devient plus sensible aux histoires racontées avec le mamanais. À neuf mois, le bébé peut lier au contexte les différentes formes sonores qu'il identifie. Vers 12 mois, l'enfant découvre le sens sémantique des mots et la phonologie segmentale passe donc au second plan. Enfin, son développement lexical active ses représentations mentales. Lorsque l'enfant atteint plus ou moins l'âge de 18-20 mois, il est capable de comprendre une vingtaine de mots. Il passera ensuite à une compréhension d'environ 500 mots à 30 mois, 1500 mots à 48 mois et 2000 mots à 5 ans. Vers l'âge de 20-24 mois, l'enfant comprend que différents éléments peuvent être dénommés. Ainsi, une accélération de son développement lexical voit le jour. Pour finir, mettons l'accent sur le fait que des différences interindividuelles sont évidemment à prendre en compte dans les variations de ces nombres (Plaza, 2014).

Le langage expressif : Maîtriser son appareil vocal est indispensable pour que l'enfant puisse parler. Dès lors, ce n'est qu'à cinq mois que l'enfant maîtrisera son activité respiratoire et son larynx, comme le fait un adulte. Avant cet âge, l'absence de conduits vocaux matures chez le bébé ne lui permettra pas de réaliser ces activités. Ensuite, l'évolution sera progressive jusqu'à cinq ou six ans. Au niveau de la vocalisation, il est quasi-réflexe jusqu'à l'âge de deux mois. Puis, le bébé âgé de deux à quatre mois commence à babiller. Il s'agit de sa première production langagière. Par la suite, le babillage ne se fait plus au hasard lorsque le bébé a entre neuf et 15-18 mois. En effet, il commence à babiller dans sa langue en associant les consonnes et voyelles produites dans son entourage. Si on en vient aux premiers mots de l'enfant, ceux-ci apparaissent entre le 11^e et 14^e mois.

¹ Le terme anglais *motherese* désigne la forme de langage spécifique que les mères utilisent avec leurs enfants, surtout lors de la période de stabilisation de la parole et d'acquisition du langage (Snow, 1972 ; Paul & Elwood, 1991). Ce style de discours se caractérise par un ton plus aigu, des phrases plus simples, un rythme plus lent, des pauses, une exagération des sons et beaucoup de répétitions.

Bien que les performances des enfants varient d'une manière très importante jusqu'à l'âge de trois ans, ils produisent en moyenne dix mots à 13 mois, 50 mots à 17 mois, et 310 mots à 24 mois. Alors qu'une sensibilité à l'augmentation des mots est indiquée entre 16 et 20 mois, une phase d'*explosion lexicale* apparaît vers la fin de la 2^e année. Par conséquent, l'enfant produit entre quatre et dix mots nouveaux par jour. De plus, il est à noter que « le développement lexical signe l'entrée dans le symbolique » (Plaza, 2014). Vers 20-24 mois, l'enfant commence à combiner plusieurs mots dont l'élément central est le plus souvent le verbe. Ensuite, dès 30 mois, il ordonne correctement la plupart des mots et des énoncés. Cela l'aide en retour à donner un sens à ce qu'il exprime et transmet (Plaza, 2014).

Le développement cognitif

Afin de trier et de classer les nombreuses expériences auxquelles il fait face, le nourrisson se sert principalement de ses sens durant sa première année de vie (Berger, 2012). Par conséquent, il passe la plupart de son temps à toucher et à regarder autour de lui (Rovee-Collier, 2001). De plus, alors que le bébé de deux mois est capable de faire la distinction entre plusieurs personnes dont sa mère, dès quatre mois, il manifeste des capacités de catégorisation. Pour ce qui est de la conscience de soi, le bébé est capable, dès sa naissance, de détecter et de distinguer les informations perceptives de son propre corps par rapport à celles provenant de son environnement (Florin, 2016). Au sein d'une expérience, il a été mis en évidence qu'à partir de l'âge de quatre mois, l'enfant acquiert une certaine permanence de l'objet. Autrement dit, il comprend que l'objet continue d'exister alors qu'il ne le voit plus (Baillargeon & DeVos, 1991 ; Spelke, 1993 ; Johnson et al., 2003). Au niveau de la mémoire, une expérience a révélé que les bébés de trois mois seraient capables de retenir et de conserver une information si leur mémoire était rafraîchie (Rovee-Collier & Hayne, 1987). Ainsi, le cerveau du nourrisson chercherait à donner un sens aux expériences qui se répètent (Leonard, 2003). Lorsqu'ils ont environ six mois, ils retiennent l'information pendant une plus longue durée, et ce, sans même avoir besoin de rappel ou d'aide-mémoire. Vers la fin de sa première année, il acquiert une nouvelle dimension, celle de se rappeler des comportements qu'il a observés sans jamais les avoir expérimentés lui-même. Au milieu de sa deuxième année (Berger, 2012), et même entre 16 et 20 mois (Bauer & Dow, 1994), le jeune enfant est capable de retenir des événements plus complexes et de généraliser ses souvenirs. De plus, à partir du moment où il comprend les mots, réactiver une information même après un certain temps deviendrait plus simple grâce à un rappel verbal (Bauer, 2007).

Le développement moteur

Chez le nouveau-né, les premières habiletés motrices qui se manifestent sont les réactions involontaires face à certains stimuli, appelées réflexes. Parmi ceux-ci se trouvent les réflexes essentiels à la survie comme le réflexe de respiration, le réflexe qui assure le maintien de la température corporelle et les réflexes en lien avec l'alimentation. Cinq autres réflexes non essentiels à la survie mais témoignant du bon fonctionnement du cerveau chez le bébé sont le réflexe de Babinski, le réflexe de la marche automatique, le réflexe de natation, le réflexe de préhension et le réflexe de Moro. Ces réflexes durent généralement pendant un laps de temps limité de quelques mois seulement, puis disparaissent. Dans le cas contraire, cela peut être un signe de mauvais fonctionnement du système nerveux (Berger, 2012).

La motricité globale : Lorsque les muscles du nourrisson se renforcent suffisamment, il parvient à soulever sa tête tout en essayant d'avancer contre la surface sur laquelle il se trouve (Berger, 2012). À six mois, une grande partie des nourrissons réussissent à se déplacer grâce à leurs bras, puis grâce à leurs jambes (Chandler, 1990). Entre huit et dix mois, le bébé coordonne les mouvements de ses mains et de ses genoux. Ainsi, il arrive à ramper et à passer de la position couchée à la position assise (Adolph et Berger, 2005). Ensuite, vers un an, le bébé marche et commence à courir peu de temps après ses premiers pas (Berger, 2012). À 18 mois, il peut monter les escaliers si quelqu'un lui tient la main. Et enfin, à trois ans, ses mouvements sont plus précis et coordonnés. Le bébé acquiert les principales acquisitions motrices à cet âge-là (Coq & Gérardin, 2021).

La motricité fine : Les habiletés motrices globales sont nécessaires au développement de la motricité fine chez l'enfant (Belleau et al., 2019). Ainsi, jusqu'à deux mois, le bébé fixe et agite ses bras vers les objets. Ce n'est que vers l'âge de trois mois qu'il parvient à y toucher. Le développement suffisant de la coordination œil-main lui permet ensuite vers six mois de saisir les objets dans sa main et de fermer ses doigts dessus (Berger, 2012). La préhension devient plus sélective à la deuxième année de vie de l'enfant (Atkinson & Braddick, 2003). Les habiletés de la langue, de la mâchoire et des lèvres se développent plusieurs mois en avance par rapport aux habiletés des doigts alors que les capacités de préhension des pieds précèdent ceux de la main (Adolph & Berger, 2005).

II.1.3 Lien entre les différentes sphères du développement

Le développement du cerveau et les compétences langagières et cognitives des enfants seraient prédits par la qualité et la quantité du langage auxquelles ils auraient été exposés durant leur petite enfance (Weisleder and Fernald, 2013; Hirsh-Pasek et al., 2015; Romeo et al., 2018). Une recherche a été réalisée aux États-Unis par Sharkins et al. (2017) auprès de 122 enfants âgés de 1 à 36

mois. Cette étude a mis en évidence une forte corrélation bidirectionnelle entre le développement cognitif et le développement langagier ($r=.65$, $p=.001$). En effet, une augmentation des scores cognitifs a été associée à une augmentation des scores linguistiques. De plus, dans cette même recherche, l'amélioration du langage et de la motricité fine a été associée à une progression du développement cognitif. Par ailleurs, Iverson (2010) soutient l'existence de la relation entre le développement moteur et le développement du langage chez le bébé. Selon cet auteur, les acquisitions motrices offrent des opportunités à l'enfant de pratiquer des compétences jugées pertinentes pour l'acquisition de son langage de deux manières : premièrement, l'acquisition des compétences motrices, comme les mouvements rythmiques des mains et des bras, jouerait un rôle important dans le babillage. Un autre exemple, par la manipulation des jouets, le nourrisson apprendrait à donner un sens aux objets. Ce qui, en retour, l'aiderait dans l'acquisition des mots ; deuxièmement, le développement moteur influencerait les tout-petits dans leur manière d'interagir avec les objets, les personnes et leur propre corps, notamment à travers la communication à distance lors de l'acquisition de la marche ou encore l'exploration et la maîtrise de la voix lorsqu'ils apprennent à s'asseoir sans support.

Une relation entre l'activité physique et les effets cognitifs bénéfiques chez les enfants et les adolescents a également été mise en avant par plusieurs auteurs. Selon eux, la motricité promouvrait l'amélioration de la mémoire (Roig et al., 2013), de l'attention (Moratal et al., 2020), de la réflexion (Ballester et al., 2018) et des fonctions exécutives (Xue et al., 2019). De plus, les attributs de compétences motrices telles que l'agilité, la coordination, les stimuli environnementaux et les interactions interpersonnelles pourraient être considérés, selon Shi et Feng (2022), comme des modérateurs à l'amélioration de la cognition.

II.1.4 Facteurs qui influencent le développement

Au cours de la période de la petite enfance, les facteurs de risque et de protection se combinent et influencent le développement, la santé et le bien-être des jeunes enfants. La période allant de la grossesse à l'âge de trois ans est le moment pendant lequel les bases de la santé, du bien-être, de l'apprentissage et de la productivité sont posées pour toute la vie. De plus, ses impacts concernant la santé et le bien-être se manifesteraient même dans la génération suivante (Black et al., 2017 ; Richter et al., 2017). Ainsi, cette période de l'enfance est la plus sensible face aux influences de l'environnement (Shonkoff et al., 2012), de plus qu'elle est considérée comme une période critique au développement de l'individu. Dès lors, elle se caractérise par une plus grande plasticité cérébrale ainsi qu'une vulnérabilité plus accrue chez l'enfant (Britto et al., 2017).

Afin d'analyser ces facteurs, le modèle écologique du développement humain élaboré par Bronfenbrenner (1979) est intéressant à mobiliser. Cette théorie met en lumière l'interaction dynamique entre un individu et son environnement au cours de son développement. Il est structuré en six principaux systèmes qui interagissent à travers des liens bidirectionnels entre eux et qui influencent directement ou indirectement l'enfant et son développement, tout en soulignant l'importance du contexte dans lequel il évolue :

- L'ontosystème : il comprend les caractéristiques, états, compétences, habilités, vulnérabilités, déficits innés et/ou acquis de l'individu.
- Le microsystème : il se réfère au milieu immédiat dans lequel l'individu évolue et inclut les interactions et relations qu'il entretient avec les personnes de son entourage.
- Le mésosystème : il englobe les interactions entre les différents microsystèmes (par exemple : la relation entre les parents et les pairs).
- L'exosystème : il fait référence aux paramètres de l'environnement externe qui influencent indirectement le développement (par exemple : le contexte économique des parents).
- Le macrosystème : il représente les croyances, valeurs, normes et le contexte culturel plus large dans lequel l'individu grandit et qui influencent l'ensemble des autres systèmes.
- Le chronosystème : il prend en compte l'influence du temps sur le système en se référant aux transitions écologiques tant sur le plan environnemental que des rôles occupés.

Nous allons maintenant analyser plus en détail plusieurs facteurs qui influencent le développement de l'enfant. Parmi ces facteurs, alors que le stress vécu par l'enfant se trouve dans l'ontosystème du modèle écologique, la santé mentale, l'addiction et l'abus de substance des parents, la déficience intellectuelle parentale, la maltraitance infantile, l'attachement et la qualité de la relation avec les éducateurs se situent dans le microsystème de l'enfant. La précarité socio-économique est quant à elle, dans l'exosystème du modèle présenté. D'autres facteurs tels que la génétique, la prématurité, la résilience, la culture et la personnalité sont des éléments importants du développement, mais que nous ne présenterons pas plus en profondeur.

Le stress

Alors que le stress a été défini comme un déséquilibre entre les sollicitations faites à l'individu et les ressources dont il dispose pour y faire face (Lazarus & Folkman, 1984), il se trouverait activé de façon chronique chez l'enfant victime de maltraitance (Herman, 1992). Lors d'accumulation de traumatismes ou de stress traumatique, il pourrait entraîner un trauma complexe. Le trauma complexe est une forme de traumatisme psychologique qui résulte à la suite d'une exposition multiple, chronique et prolongée d'événements traumatiques, souvent interpersonnelle et ayant lieu à

des périodes de développement cruciales de l'individu (Van Der Kolk, 2005 ; Lanius ; 2011). Ainsi, dans les familles suivies par la protection de l'enfance, un taux de 66% d'enfants polyvictimisés (exposition multiple à la victimisation) a été identifié (Cyr et al., 2014 ; Milot et al, 2018). En effet, l'enfant subit beaucoup de pertes lorsqu'il est placé. Il se sépare de sa famille, de son école, de ses amis... (Greeson, 2013 ; Perry, 2006). Il se trouve aussi confronté à plusieurs sentiments complexes comme ceux liés à l'abandon, au rejet (Charles et Nelson, 2000), à la culpabilité et à la responsabilité (Salahu-Din et Bollman, 1994). Ces facteurs augmenteraient les risques de problèmes comportementaux et de santé mentale chez l'enfant, pouvant nuire à son développement (Leslie et al., 2000). Selon les recherches réalisées par Eigsti et al (2011) aux USA (n=46), les auteurs soulignent que des faibles scores au niveau du langage et de la cognition pourraient être la conséquence des altérations fonctionnelles dans les structures neurales suite au stress chronique vécu chez les enfants placés en institution. De plus, Craven et Lee (2006) indiquent que 22% des enfants placés en famille d'accueil présenteraient des symptômes de stress post-traumatique.

Il a également été mis en évidence qu'un âge de placement plus précoce était significativement associé à la réactivité de l'hormone de stress, autrement appelé le cortisol. Ainsi, les enfants placés avant l'âge de 24 mois auraient une réponse en cortisol plus élevée que ceux placés après 24 mois (McLaughlin et al., 2015). Lorsque cette hormone de stress est sécrétée en grande quantité, il provoquerait de nombreuses conséquences négatives comme des déficits permanents sur le plan de la mémoire et de l'apprentissage (Davis et al., 2003). Le stress chronique affecterait le développement du cerveau, tout en entraînant des modifications de structures et de fonctionnement cérébral (Linden et al., 2007 ; Twardosz, 2007 ; Twardosz & Lutzker, 2010). L'organisme de l'enfant ne parviendrait plus à faire face et la région hippocampique, où s'organisent la mémoire affective, l'intégration des émotions, les comportements d'attachement et la mémoire des apprentissages, serait affectée (Berger *et al.*, 2010). Il y aurait donc plus de risques que ces enfants présentent des troubles de l'apprentissage et des retards intellectuels (Sullivan & Knutson, 2000), notamment en ce qui concerne les compétences mathématiques et de lecture (Milijkovitch, et al., 2017). Des problèmes au niveau de l'attention et des fonctions exécutives ont également été indiqués (Beers et De Bellis, 2002 ; Enlow et al., 2012).

Les problématiques parentales

Très souvent, les parents d'enfants placés présentent une grande instabilité dans plusieurs aspects de leur vie. Ils sont confrontés à de nombreux problèmes et difficultés complexes, dont les troubles psychiatriques qui seraient la conséquence d'histoire familiale profondément perturbée, si ce n'est le résultat d'un trouble d'origine endogène (Lafortune et Gilbert, 2016). Dans le contexte de

placement, plusieurs recherches ont indiqué que jusqu'à 30% des parents d'enfants placés souffriraient de troubles psychiatriques (Hussey & Guo, 2002 ; Lee et Thompson, 2008 ; Scholte, 1997 ; Scholte & Van der Ploeg, 2010 ; Strijker et al., 2008). Mentionné dans une étude aux Pays-Bas, ce pourcentage s'élèverait à 61% en ce qui concerne les parents d'enfants placés en institution (Scholte & Van der Ploeg, 2010). D'après la recherche de Chartier (2022), basée sur les facteurs qui influencent et améliorent les relations entre les parents et les enfants placés, 36% des mères et 22% des pères des enfants placés en institution auraient des troubles psychiatriques en Fédération Wallonie-Bruxelles. À l'aide de l'échelle néonatale de comportement de Brazelton, les auteurs ont constaté que les bébés des mères dépressives présentaient des scores plus faibles au niveau de la motricité, de l'orientation et des activités par rapport aux bébés des mères non déprimées (Field et al., 2006 ; Lundy et al., 1996). De plus, les recherches ont souligné le lien entre les troubles mentaux parentaux et la maltraitance chez les enfants (Cooklin, 2006 ; O'Donnell et al., 2015 ; Reupert & Maybery, 2016), tous deux impactant négativement de façon significative le bien-être et le développement des enfants (Kessler et al., 2010).

L'addiction et l'abus de substance des parents

Il est intéressant de décrire quelques agents tératogènes et leurs effets courants sur les enfants, décrit par plusieurs auteurs en cas de consommation durant la grossesse (Reece & Hobbins, 2007 ; Mann & Andrews, 2007 ; O'Rahilly & Müller, 2001 ; Shepard & Lemire, 2004 ; Singer et coll., 2002). Tout d'abord, l'alcool causerait le symptôme ou les manifestations d'alcoolisme fœtal (RCIU, malformations tératogènes, retard mental parfois associé à des troubles de comportement). Plus précisément, au niveau du retard mental, des syndromes de sevrage, une hypotonie avec des troubles de la motricité fine et globale pendant la petite enfance, des troubles de l'attention, du sommeil, du langage, de l'audition et de l'apprentissage, et la diminution du QI seraient les conséquences variées qui pourraient apparaître chez l'enfant (Emonts et al., 2019). Ensuite, alors qu'au cours des premières années de vie, la cocaïne causerait des difficultés d'apprentissage chez l'enfant, la marijuana retarderait la croissance du fœtus en plus du risque d'affection du système nerveux central (Reece & Hobbins, 2007 ; Mann & Andrews, 2007 ; O'Rahilly & Müller, 2001 ; Shepard & Lemire, 2004 ; Singer et coll., 2002).

De nombreuses études ont mis en évidence que les problèmes d'addiction des parents augmenteraient largement les risques de placement de l'enfant (Lewis et al., 1995 ; Stewart et al., 2007). Selon plusieurs recherches, 20 % des parents d'enfants placés auraient des problèmes de consommation d'alcool ou de drogue (Hussey 2006 ; Hussey & Guo 2002 ; Lee & Thompson 2008 ; Strijker et al. 2008 ; Yampolskaya et al. 2014 ; Aranda 2019), ce pourcentage augmentant jusqu'à 49

% pour les parents des enfants placés en institution (Hussey & Guo, 2002). En Fédération Wallonie-Bruxelles, Chartier (2022) indique que 24% des mères contre 30% des pères des enfants placés en institution auraient des problèmes de toxicomanie alors que 25% des mères contre 27% des pères auraient des problèmes d'alcoolisme. De plus, les mères qui ont un suivi de traitement par méthadone pendant la grossesse comparativement aux mères qui continuent de consommer auraient 13 fois plus de chances d'être séparées de leur enfant (McGlade et al., 2009). En effet, l'exposition durant la grossesse à des substances comme la drogue et l'alcool, augmenterait les risques d'anomalies congénitales. Berger (2012) souligne que ces agents tératogènes peuvent nuire au développement physique, intellectuel et affectif de l'enfant à naître en agissant sur son corps et son système nerveux.

La déficience intellectuelle parentale

En FWB, Chartier (2022) indique que 37% des mères et 33% des pères des enfants placés en institution auraient des problèmes de limites intellectuelles. Selon plusieurs études, les enfants qui vivent avec des parents présentant une déficience intellectuelle seraient plus à risque d'avoir un retard développemental surtout sur le plan langagier (Feldman et al., 1985 ; Pixa-Kettner, 1999). Ces parents seraient plus susceptibles de présenter des violences émotionnelles ou psychologiques envers leurs enfants que les parents sans déficience intellectuelle. Ainsi, selon plusieurs auteurs, les enfants des parents qui présentent une limite intellectuelle seraient 3,8 fois plus rapidement et souvent placés sur le long terme que leurs pairs (Slayter & Jensen, 2019 ; McConnell et al., 2011). Cependant, bien que certains auteurs affirment que ces enfants sont plus touchés par des retards intellectuels ou des troubles d'apprentissage (Feldman & Walton-Allen, 1997 ; Booth & Booth, 1998), d'autres chercheurs soulignent qu'entre 46% et 91 % de ces enfants ont une intelligence moyenne à supérieure (Aunos et al., 2003).

La maltraitance infantile

La maltraitance infantile se réfère aux pratiques menaçant l'intégrité physique ou psychologique d'un enfant mineur en l'exposant à un danger évitable ou en lui faisant du mal intentionnellement. Elle englobe la violence physique, psychologique et sexuelle ainsi que la négligence qui est le fait de ne pas répondre de façon répétée et chronique aux besoins fondamentaux de l'enfant (Berger, 2012 ; Garret-Gloanec & Pernel, 2017). Dans la littérature, Lips (2014) nous indique qu'une combinaison de plusieurs formes de maltraitance est assez fréquente, bien que la plus courante d'entre-elles soit la négligence (Garret-Gloanec & Pernel, 2017). De plus, la maltraitance physique n'existerait pas sans la maltraitance psychologique (Govindama et al., 2019). En FWB, d'après Chartier (2022), 30% des enfants placés en institution auraient vécu de la maltraitance chez leurs parents, dont 73% auraient vécu de la négligence chez leur mère et 55% chez leur père.

Concernant le développement de l'enfant, les auteurs indiquent des conséquences graves de la négligence. En effet, d'après plusieurs bilans réalisés, des atteintes au niveau du développement psychomoteur, langagier et cognitif graves et durables ont été mis en évidence (Garret-Gloanec & Pernel, 2012, 2017). Dans une étude plus récente réalisée auprès des enfants de moins de 3 ans, les auteurs mettent en avant que la maltraitance psychologique et les négligences ont tout autant d'effets que la maltraitance physique sur le développement de l'enfant. Ainsi, ces différents types de maltraitance engendreraient chez l'enfant le syndrome post-traumatique précoce et entraveraient leur développement cognitif, psychomoteur, affectif et leur santé mentale. Ces enfants présenteraient d'importants retards développementaux généraux (Govindama et al., 2019). Ils auraient plus souvent un poids inférieur, car en moins bonne santé, et hospitalisés plus fréquemment. Ils parleraient plus tardivement, présenteraient plus de problèmes de concentration et progressaient plus lentement à l'école (Hussey and al., 2006 ; Kendall-Tackett, 2002). Une autre étude portant sur les enfants et les adolescents met en lumière les conséquences de la maltraitance et de l'abus sexuel, indiquant des troubles de l'attention, des troubles de la régulation émotionnelle, de la dépression et un PTSD complexe (Berto et al., 2017).

L'attachement

En 1969, Bowlby a mis en avant que la qualité des interactions entre un *caregiver* et son enfant a un impact fondamental sur le développement émotionnel et social de ce dernier. Cette approche a représenté à l'époque une véritable révolution dans la manière de concevoir la relation entre un parent et son enfant. Ainsi, la théorie de l'attachement a permis de mettre en avant que face à une situation de stress, le système d'attachement de l'enfant est activé afin que son donneur de soin principal, généralement son parent, le protège et le rassure (Bowlby, 1969). Cependant, le lien de parenté, les soins prodigués et l'existence d'une relation positive ne sont pas des prérequis pour que l'enfant établisse et développe un lien d'attachement avec un adulte. Dès lors, presque tous les enfants ²développent un ou des attachements au fil des interactions avec les personnes de leur environnement. Néanmoins, la qualité du lien et le type d'attachement développé par l'enfant varient selon la régularité, la cohérence et la qualité des réponses apportées par le donneur de soin (Cyr et al., 2012). En effet, certains donneurs de soin ne perçoivent pas les signaux de l'enfant ou alors, ils n'y répondent pas de manière cohérente et dans le temps (Tarabulsy et al., 2008).

Nous allons maintenant aborder le modèle développé par Ainsworth et ses collaborateurs (1978), enrichi par Main et Solomon (1990), sur les différents types d'attachement classés en quatre

² Dans certaines situations, le nombre d'interactions entre un adulte et l'enfant ne suffirait pas à la formation d'un type d'attachement sélectif pour ce dernier (Bakermans-Kranenburg et al., 2011).

catégories « ABCD ». Premièrement, dans le cas où l'enfant considère son donneur de soin comme une base sécurisée, disponible et réconfortant, on parlera de l'attachement sécurisé (B). Au sein de ce type d'attachement, l'enfant réussit à passer de son système d'attachement vers son système d'exploration de façon optimale. Deuxièmement, lorsque l'enfant réduit son engagement dans son système d'attachement et montre plus d'intérêt dans l'exploration en réaction aux réponses inappropriées qu'il reçoit fréquemment de sa figure d'attachement, on identifie le type insécure-évitant (A). Troisièmement, dans l'attachement insécure-ambivalent (C), l'enfant reçoit des réponses qui manquent de cohérence, de stabilité ou de constance de la part de son donneur de soin lorsque son système d'attachement s'active. À ce moment-là, l'enfant accorde davantage son attention à sa figure d'attachement qu'à son exploration. Au sein de ces deux derniers types d'attachement, l'enfant développe une stratégie compensatoire qui reste fonctionnelle, cohérente et organisée, lui permettant de réguler ses émotions et d'adapter ses comportements en cas de situation de stress (Tarabulsy et al., 2008 ; Roskam et al., 2015). Cependant, dans le dernier type d'attachement, l'enfant présente une rupture de stratégie régulatrice dans les situations de stress auxquelles il fait face. C'est le type d'attachement désorganisé (D) dans lequel l'enfant présente des comportements contradictoires, des mouvements et expressions non dirigés, incomplets ou interrompus ou encore de stupéfaction, immobilisation et lenteur, des stéréotypies et postures anormales ainsi que des expressions d'appréhension et de peur envers la figure d'attachement. Ce type d'attachement serait principalement la conséquence de l'adoption de comportement considéré comme effrayant par le donneur de soin (Hesse & Main, 2006). Nous pouvons ainsi faire le lien avec les comportements abusifs qui surviennent dans le contexte de maltraitance et qui sont considérés comme faisant partie des comportements les plus effrayants auxquels un enfant peut être exposé.

La littérature indique que chez les populations suivies par l'aide à la jeunesse, on observe un pourcentage d'attachement désorganisé nettement supérieur que dans la population tout-venant ou non clinique. En effet, d'après une série de méta-analyses, jusqu'à 86% d'attachement seraient désorganisés dans les populations maltraitées (Cyr, et al., 2012 ; Cyr et al., 2010) ainsi que jusqu'à 82% des enfants vivant dans des familles à risques (Steinhauer., 1991). Et au sein des institutions en Roumanie, ce pourcentage serait de 72,8% dû à la façon peu sensible dont les éducateurs auraient de prendre soin des enfants (Bakermans-Kranenburg, et al., 2011). Les études ont pu mettre en avant un lien entre l'attachement désorganisé et le développement cognitif des jeunes enfants (Lyons-Ruth et al., 1991 ; 1997 ; Spieker et al., 2003 ; Van Londen et al., 2007). Ainsi, selon l'étude de Lyons-Ruth et al. (1991) réalisée aux USA, 86% des enfants (n=71) âgés entre 12 et 18 mois présentant un type d'attachement désorganisé auraient obtenu une diminution de leurs scores de développement mental à

18 mois. De plus, dans une étude réalisée aux Pays-Bas, auprès des enfants adoptés, âgés entre 1,5 et 12 mois, les résultats ont mis en avant que les enfants présentant un attachement désorganisé auraient un résultat moyen d'indice de développement mental significativement inférieur (88,21) aux autres enfants (103,70). Ces enfants présenteraient également des niveaux de développement moteur inférieurs (91,63) par rapport aux autres (104,3) (Van Londen et al., 2007). Pour ce qui est du développement langagier, les études ont également montré le lien avec l'attachement. En effet, une méta-analyse de sept études réalisées par Van IJzendoorn et al. (1995) a démontré un lien significatif entre la qualité d'attachement et les compétences langagières des enfants. Une analyse auprès de 946 enfants en Amérique a appuyé ce résultat en mettant en évidence que les enfants de trois ans ayant un attachement sécure présentaient de meilleures compétences en compréhension du langage comparativement aux enfants catégorisés comme insécure (Belsky & Fearon, 2002).

La précarité sociale et économique

Selon de nombreuses études, certaines caractéristiques de vulnérabilité augmenteraient le risque de présence de stress parental ou d'un danger comme la maltraitance dans la famille (Potin, 2013 ; Black et al., 2017 ; Organisation mondiale de la Santé, 2019 ; Vandentorren et al., 2019). Ces caractéristiques incluent un faible revenu, un hébergement incertain ou un manque de qualification, indiquant une vulnérabilité sociale et économique. Ce type de population serait plus souvent connu des services sociaux et davantage ciblé par la protection de l'enfance afin de déceler un risque lié à la maltraitance ou aux difficultés financières des parents à répondre aux besoins de l'enfant (Firdion, 2006). En effet, des études nous rapportent des pourcentages allant jusqu'aux alentours de 80% d'enfants placés en institution vivant dans la pauvreté (Hussey et al., 2006 ; James et al., 2012). De plus, alors que la moyenne de couples séparés en Belgique est de 17%, ce nombre monterait à 81% chez les parents d'enfants placés en institution, soit 4,77 fois supérieur à la moyenne belge. Ainsi, le pourcentage d'une situation de couple ne serait que de 19%. En FWB, Chartier (2022) met aussi en avant la situation socio-économique précaire des parents d'enfants placés en institution : 72% des mères et 40% des pères vivraient à partir de revenus tels que le chômage, le CPAS et la mutuelle. Certains d'entre eux ne percevraient même pas de revenus. Selon plusieurs études, les enfants élevés dans des familles économiquement défavorisées présenteraient des niveaux de fonctionnement cognitif, de capacité verbale, de réussite scolaire et de compétence sociale inférieurs aux enfants provenant de familles plus aisées (Bradley & Whiteside-Mansell, 1997 ; Duncan et al., 1994 ; Smith et al., 1997). De plus, les sources de stress seraient plus intenses et fréquentes chez les familles pauvres que ceux vivant dans des contextes plus favorisés. Le taux de cortisol serait ainsi plus élevé chez leurs enfants, ce qui affecterait le développement du cerveau, le système cardiovasculaire et

immunitaire, les mécanismes de régulation métabolique et les fonctions exécutives de ces derniers (Gorza & Cardoso, 2023).

Maintenant que nous avons abordé les différents facteurs qui influencent le développement des enfants, et plus spécifiquement ceux touchant de nombreux enfants placés, nous allons nous focaliser sur le développement des enfants placés en institution, précédé d'une présentation du contexte de placement en Fédération Wallonie-Bruxelles.

II.2 Le développement des enfants suivis par l'aide à la jeunesse

II.2.1 Contexte du placement

La Convention Internationale des Droits de l'Enfant instaure en 1989 la responsabilité primaire des parents dans le bon développement physique, mental, spirituel, moral et social de l'enfant. Selon cette convention, le parent doit fournir à l'enfant les soins et l'éducation nécessaires à son épanouissement et à l'exercice de ses droits. Dans le cas où ces conditions de vie ne seraient pas respectées, les États membres ont le droit d'intervenir et de prendre toutes mesures de protection législatives, administratives, et éducatives nécessaires dans l'intérêt supérieur de l'enfant. Ainsi, une prise en charge alternative pourra s'appliquer à l'enfant, pouvant prendre la forme d'un placement en famille d'accueil ou en institution, de l'adoption ou de la kafala qui est une procédure d'adoption spécifique issue de la loi islamique (Assemblée générale des Nations Unies, 1989).

En Fédération Wallonie-Bruxelles (FWB), le code de la prévention de l'Aide à la jeunesse et de la protection de la jeunesse (2018) soutient comme objectif le maintien du lien entre le parent et l'enfant placé. Le placement est donc considéré comme une mesure temporaire en vue d'une réintégration future de l'enfant dans son milieu familial (Administration générale de l'aide à la jeunesse, 2018). L'aide personnalisée qui est apportée aux enfants en danger et en difficulté ainsi qu'à leur parent est assurée par l'Administration Générale de l'Aide à la Jeunesse (AGAJ) qui dirige les Services d'Aide à la Jeunesse (SAJ) et les Services de Protection à la Jeunesse (SPJ) (L'AGAJ en quelques chiffres - Portail de l'aide à la jeunesse en Fédération Wallonie-Bruxelles, 2022). L'aide proposée par le SAJ à la suite de la demande des parents, de l'enfant ou des services de première ligne (hôpital, CPAS, CPMS, AMO, PSE,...) ou services extérieurs (école, hôpital,...) est une aide volontaire, consentie, participative et en collaboration avec l'enfant et sa famille. Le SPJ est un service qui est chargé de la mise en application des décisions prises par le Tribunal de la jeunesse et est donc mandaté par ce dernier. Contrairement au SAJ, le SPJ propose une aide sous contrainte qui peut prendre la forme d'un accompagnement éducatif, d'une décision de retrait temporaire de l'enfant de son milieu familial en le plaçant en institution, ou d'une opportunité de vivre en

autonomie pour les jeunes de plus de 16 ans (Autorités mandantes - SAJ/SPJ - Portail de l'aide à la jeunesse en Fédération Wallonie-Bruxelles, s. d.). Bien que le placement en famille d'accueil et le placement en institution aient l'objectif commun de protéger l'enfant et d'assurer son bien-être, le placement en institution ne devra intervenir qu'en lieu où l'enfant ne peut pas être pris en charge par d'autres membres de la famille (famille d'accueil intrafamiliale), par une famille d'accueil sélectionnée (inconnue de l'enfant) ou par une famille dite « réseau élargi » (proche de l'enfant ou des parents sans lien de parenté). Cette règle est mise en place par le décret de 1991 revu en 2018 sur le Code de la Prévention de l'Aide à la Jeunesse et de la Protection de la jeunesse. Malgré ce décret ainsi que la politique indiquant le privilège de l'accueil familial (Chartier, 2022), le placement institutionnel qui devrait avoir lieu en dernier recours est encore fort appliqué en FWB. En effet, en 2022, alors que 3823 enfants sont placés en famille d'accueil, c'est près de 3407 enfants qui sont placés en institution (Prises en charge, 2022). Plus précisément, si nous nous concentrons sur le nombre total de placements des enfants de moins de trois ans en FWB, Swaluë (2013) nous indique que ce nombre est de 4,43 % (2,6% en institution et 1,83% en famille d'accueil), montrant donc que le nombre d'enfants de moins de trois ans placés en institution semble supérieur à celui des enfants placés en famille d'accueil. De plus, selon Chartier (2019), le placement en institution est la solution la plus utilisée, avec une plus grande probabilité de placement si l'enfant a un âge plus avancé, la moyenne étant de 5,95 ans. Ainsi, 52% des placements en institution auraient lieu avant l'âge de cinq ans, 20% au cours de la première année de vie et 33% entre trois et six ans (Chartier, 2023). En outre, dans une de ses recherches en FWB, Chartier (2022) indique que le premier lieu où les enfants séjournent avant leur placement actuel est l'institution.

En Fédération Wallonie-Bruxelles, les données extraites des indicateurs 2021 de l'Aide à la jeunesse nous indiquent les raisons de prise en charge de l'enfant : des difficultés personnelles (difficultés psychologiques, comportementales et scolaires) chez 49,4% des mineurs ; des difficultés personnelles des parents (difficultés psychologiques et problèmes d'assuétude) dans 48,3% des cas ; des problèmes relationnels au sein de la famille, dont 1/3 concerne les violences intrafamiliales, pour 39,6% des motifs ; des difficultés des parents à assumer leur rôle parental pour 37,5% dans lesquels des négligences graves envers l'enfant sont indiquées dans 2/3 des cas (trois parents sur cinq sont dépassés et deux parents sur cinq ont des attitudes éducatives inadéquates) ; 14,5 % en raison de difficultés matérielles et financières (problème lié au logement chez six parents sur dix) ; de la maltraitance dans 40% des raisons encodées. Il est également à prendre en considération qu'il est assez fréquent qu'un enfant soit pris en charge pour plusieurs raisons simultanément. De plus, avant que l'enfant ne soit placé en institution, il serait davantage exposé à des situations de maltraitance, de

négligence et serait témoin de plus de violences conjugales que les enfants placés en famille d'accueil. La raison en est qu'il serait placé à un âge plus avancé et donc vivrait plus longtemps avec ses parents, ce qui augmenterait son exposition à la violence, par rapport à ceux placés en famille d'accueil (Chartier, 2023).

Toujours en FWB, il existe cinq types de services d'hébergement subventionnés par l'Aide à la jeunesse : les Services Résidentiels Généraux (SRG), les Services Résidentiels Spécialisés (SRS), les services organisant des Projets Pédagogiques Particuliers (PPP), les Services Résidentiels d'Observation et d'Orientation (SSROO), les Services Résidentiels d'Observation et d'Orientation au bénéfice d'enfants victimes de maltraitance (SROO EVM). Il y a également les Services d'Accueil Spécialisés de la Petite Enfance (SASPE) anciennement appelés « pouponnière » agréés par l'Office National de l'Enfance (ONE). Ce dernier service énoncé est spécialisé dans l'accueil des enfants âgés de moins de 7 ans et jusqu'à 12 ans en cas de situation de crise dans une famille afin de ne pas séparer une fratrie. Il a pour objectif d'assurer une éducation et un accompagnement dans un cadre d'hébergement collectif d'enfants, qui pour mesure de protection, ont dû être éloignés de leur milieu de vie. Ce service poursuit cet objectif tout en permettant à l'enfant de rester en lien avec sa famille en vue d'une réinsertion familiale future. (Accueil spécialisé - Office de la naissance et de l'enfance, s. d). Au total, il existe 15 SASPE autorisés, agréés et subsidiés par l'ONE qui prennent en charge 1494 enfants, dont 409 âgés de 0 à 6 ans avec 436 places disponibles (Administration générale de l'Aide à la Jeunesse et du centre pour mineurs dessaisis, 2022). Les SRG partagent le même objectif et accueillent les petits et les jeunes âgés de 0 à 18 ans. D'après une mise à jour datant de mars 2023, la FWB compte 134 services de SRG au total avec 3217 mandats en charge (Services agréés – Portail de l'Aide à la jeunesse en Fédération Wallonie-Bruxelles, 2023). Le service de la recherche et des statistiques de l'aide à la jeunesse de FWB a indiqué 117 places disponibles en SRG suite aux données datant d'avril 2022 (Administration générale de l'Aide à la Jeunesse et du centre pour mineurs dessaisis, 2022). Au sein de ces deux services, les enfants peuvent être pris en charge pour une durée maximale de 12 mois renouvelables, le projet étant de faciliter la réinsertion de l'enfant dans son milieu de vie familial ou de le préparer à une prochaine étape de sa vie (retour en famille, placement en famille d'accueil ou dans une autre institution). En pratique, ce placement peut donc être prolongé jusqu'à la majorité dans plusieurs pays si les conditions qui ont mené au placement ne sont pas résolues ou s'il est impossible d'appliquer un projet de réintégration (Chartier, 2022). Dans son étude, Chartier (2019) indique que seulement 30% des enfants placés en institution ont un projet de retour en famille contre 70% dont cette option est exclue. Cependant, elle précise que, lors de son enquête, seuls 1,5% des enfants étaient engagés dans un processus de réintégration familiale. En

outre, elle souligne qu'après l'âge de sept ans, les chances de retour en famille sont presque inexistantes. Cette analyse rejoint aussi celle de l'Office de la Naissance de l'enfance (s.d.) selon laquelle les retours en famille deviennent de plus en plus rares pour les enfants placés dans les SASPE, constat qui pourrait probablement s'appliquer aux SRG également.

La décision de placement dans ces deux types d'institutions est également similaire. Ainsi, les enfants sont admis dans un cadre de protection, soit sous mandat du Directeur de la Protection de la Jeunesse, ou soit du Tribunal de Jeunesse ou du Conseiller de l'Aide à la Jeunesse. Dans certains cas plus rares, le placement peut se faire à la demande des parents eux-mêmes à titre préventif (Aide à la jeunesse : les services mandatables pour les mineurs en danger, s.d ; Décret de 1991 - Article 26, 1991 ; A.G.C.F - Article 3, 4, 2009).

Dans cette recherche que nous menons, nous allons nous centrer sur la situation des enfants placés dans ces deux types d'institutions, à savoir le SRG et le SASPE.

II.2.2 Le développement des enfants placés en institution

En Europe, les recherches portant sur l'impact du placement institutionnel sur les jeunes enfants sont relativement rares comparées aux études réalisées à l'étranger. Par exemple, Chartier (2019, 2022) est l'une des seules personnes à documenter sur ce sujet. De plus, la situation en Fédération Wallonie-Bruxelles est particulièrement préoccupante car les placements des enfants en institution sont encore fort présents. Or, de nombreuses études internationales indiquent que le développement des enfants placés se trouve impacté à plusieurs niveaux. En effet, dès ses premiers mois, le nourrisson a besoin d'établir une relation privilégiée avec un adulte qui lui apporte des soins afin qu'il puisse se développer correctement et nouer un lien d'attachement sécure (Dozier et al., 2012 ; Mounier., 2009). Il développe un sentiment de confiance et utilise cet aidant comme base sécurisante pour explorer le monde. Cette expérience favorise le développement de son estime de soi, de son sentiment de valeur personnelle, ainsi qu'une santé mentale et un développement socio-émotionnelle satisfaisants. Sans ses interactions précoces, les études indiquent que le développement peut être impacté à long terme chez l'enfant (The St. Petersburg-USA Orphanage Research Team, 2009).

Au sein des institutions, ce ne sont plus les parents qui sont considérés comme donneurs de soins principaux de l'enfant, mais bien le personnel institutionnel qui est en contact régulier avec ce dernier. Selon les auteurs Garcia Quiroga et Hamilton-Giachritsis (2015), cette qualité d'attachement est modulée par divers facteurs comme l'âge et le sexe de l'enfant, ses caractéristiques génétiques, l'âge au moment de son placement, le type et la qualité du placement, ainsi que la sensibilité du

professionnel, ses motivations et son expérience. En outre, Johnson et ses collaborateurs (2006) relèvent que le développement d'un attachement sélectif en institution reste difficile pour les enfants placés. Et ce, au point où certains ne formeraient même pas un type d'attachement envers leur éducateur référent, leur nombre d'interactions ne suffisant pas à cela (Bakermans-Kranenburg et al., 2011). De plus, les soins institutionnels ne fourniraient pas aux enfants placés un environnement suffisamment nourricier et stimulant nécessaire à leur développement (Van IJzendoorn et al., 2011). Les raisons principales mises en avant sont la présence élevée de tournées de personnel au sein des différents groupes d'enfants, la présence d'un horaire prolongé suivi d'une période de congé (exemple : travailler pendant 24h sur une journée puis prendre congé trois jours), et les vacances pouvant durer jusqu'à 2 mois (Rosas & McCall, 2011). Tous ces changements constants dans la vie de l'enfant empêcheraient ce dernier à trouver la cohérence qui lui est nécessaire. Aussi, face à la multiplicité de réponses qu'ils reçoivent de la part de leurs donneurs de soins, les enfants peineraient à calquer leur comportement conformément à celles-ci. En outre, bien que les éducateurs, censés présenter des figures d'attachement pour les enfants, soient formés pour fournir les soins de base (nourrir, changer la couche, donner le bain, ...), seul peu d'entre eux sembleraient avoir eu une formation pour répondre de manière sensible et chaleureuse à l'enfant au sein des interactions sociales. À cela, s'ajoute la diminution de la qualité de prise en charge de l'enfant par l'éducateur à mesure que le nombre d'enfants à garder augmente. L'attachement des enfants se trouverait donc largement impacté, une grande partie d'entre eux (72,8%) présentant un attachement désorganisé (Bakermans-Kranenburg et al., 2011). Au final, les enfants ne parviendraient pas à développer des relations d'attachement stables et organisées en raison des contacts limités et de mauvaise qualité avec les donneurs de soins multiples (Gunnar et al., 2000 ; Palacios & Sanchez-Sandoval, 2005 ; Vorria et al., 2003 ; Zeanah et al., 2005). Et ce, alors que la relation à l'éducateur a été identifiée comme une variable déterminante de l'état psychologique de l'enfant. Ainsi, selon Chartier (2019), jusqu'à la moitié des enfants placés en institution auraient un moins bon état psychologique, prédisant la qualité de la relation avec les éducateurs.

Nous allons maintenant détailler l'impact de l'institution sur le développement cognitif, langagier et moteur de l'enfant placé.

Développement cognitif de l'enfant placé :

De nombreuses difficultés liées aux raisons de placement sont mises en avant par plusieurs études. Parmi celles-ci se trouvent les difficultés d'apprentissage, les problèmes de concentration et les problèmes neuropsychiatriques qui mènent environ la moitié des enfants d'âges scolaires placés

en institution à fréquenter des écoles spécialisées au Royaume Unis et aux USA (Black & Newman, 1996 ; Cicchetti & Toth, 1995).

En Europe, et plus précisément aux Pays-Bas, Sholte et Van der Ploeg (2010) ont effectué une analyse sur 123 enfants âgés entre 0 et 12 ans et placés en institution. Plus tôt, en 1997, Scholte avait encore mené une étude en prenant en compte 81 enfants placés dans les institutions et les familles d'accueil. Les résultats de ces deux recherches ont indiqué que jusqu'à environ 50% des enfants placés en institution présenteraient des retards de langage et de cognition ainsi que des mauvais résultats scolaires. Dans le pays de l'Est de l'Europe, en Roumanie, une étude à contrôle randomisé sur le développement cognitif des enfants a été suivie jusqu'à l'âge de 54 mois. Les résultats ont indiqué que les enfants élevés en institution présenteraient des performances intellectuelles fortement diminuées par rapport aux enfants élevés dans leur famille d'origine (Nelson et al., 2007). Les résultats des recherches portant sur les capacités cognitives chez les enfants âgés de 12 à 31 mois (Zeanah et al., 2005) en Grèce et chez les enfants âgés de cinq jours à cinq ans (Vorria et al., 2003) ou entre la naissance et l'âge de trois ans en Roumanie (Sparling et al., 2005), appuient sur le même constat. La méta-analyse réalisée par Van IJzendoorn et al. (2008) chez 3800 jeunes enfants âgés entre 0 et environ 12 ans dans 19 pays différents corrobore également cette observation. En effet, il a été mis en évidence un retard de QI chez les enfants placés en institution avec une moyenne de 84, comparé à une moyenne de 104 dans le groupe des enfants élevés en familles d'accueil ou biologique. Plus précisément, les enfants âgés de moins de 4 ans et ayant eu une entrée en institution précoce avant leur 12^e mois ont été associés à des retards plus importants que ceux entrés après 12 mois (Van IJzendoorn et al., 2008). Selon une revue systématique, au niveau biologique, les difficultés cognitives rencontrées au sein des institutions ont été associées, chez les enfants placés, à une réduction du volume cérébral et à une diminution de l'activité corticale. Ils ont présenté un volume plus important au niveau de l'amygdale, une activité frontale et limbique altérée, des anomalies de la substance blanche ainsi que des niveaux hormonaux irréguliers (Perego et al., 2015).

Cependant, deux recherches ont mis en évidence l'importance de la qualité des interactions entre les adultes et les jeunes enfants placés en institution sur l'amélioration de leur développement plus sain à court et long-terme. En effet, dans une recherche réalisée en France par Mascaro et al. (2012) sur 32 enfants âgés de 19 jours à 20 mois, les chercheurs ont confirmé leurs hypothèses portant sur l'amélioration des capacités développementales des enfants pris en charge dans une pouponnière. Mais cela, à condition que l'institution leur offre un maternage suffisamment contenant et sécurisant. Ils ont ainsi évalué les bébés sur une période de quatre mois en précisant que selon leur expérience clinique, c'est un temps suffisant pour pouvoir observer l'apparition de comportement

d'attachement privilégié et d'une relation de confiance du nourrisson envers sa référente. Durant un délai plus long de quatre années en Russie, une amélioration au niveau du développement cognitif et physique chez 954 enfants âgés de 0 à 48 mois et vivant dans des orphelinats a été mise en évidence dans une recherche quasi-expérimentale. Cette amélioration a été observée aussi bien chez les enfants en bonne santé que chez les enfants ayant divers handicaps. L'étude a introduit des interventions socio-émotionnelles dans leur intervention. Ainsi, les auteurs ont souligné que plus les enfants bénéficient d'une expérience socio-émotionnelle positive prolongée, plus l'effet positif sur leur développement est important (The St. Petersburg-USA Orphanage Research Team, 2008).

En outre, Van IJzendoorn et al. (2008) suggèrent que les années de vie passées de façon stimulante dans la vie de famille avant le placement peuvent constituer une base relativement solide dans le développement intellectuel ultérieur des enfants. Et ce, même s'ils grandissent par la suite dans un environnement intellectuel médiocre. Cependant, une plus longue durée de séjour en institution ne semble pas être corrélée à un QI plus faible, ce qui pourrait s'expliquer par une résilience plus forte chez ces enfants ou par la fréquentation d'écoles et de groupes de jeux stimulants à leur développement (Van IJzendoorn et al., 2008 ; Aboud et al., 1991).

Développement langagier de l'enfant placé :

Dans une étude récente réalisée par Zhukova et al. (2020) en Russie, les recherches ont indiqué que les enfants d'âge moyen de 32,5 mois résidant en institution (n=28) ont significativement des sous-performances au niveau des mesures de développement du langage réceptif et expressif en comparaison aux enfants élevés dans leur famille biologique d'âge moyen de 35,13 mois (n=16). Bien que des différences dans le traitement sémantique n'aient pas été démontrées dans les deux groupes, les déficits mis en évidence étaient plus importants dans le domaine expressif que réceptif chez les enfants placés en institution. Ainsi, ce constat est en cohérence avec les études indiquant que le domaine du langage expressif est particulièrement vulnérable chez les enfants placés en institution (Zhukova et al., 2019), et qu'il faut plus de temps pour y remédier (Glennen, 2009). Par ailleurs, les enfants vivant dans les institutions auraient un traitement lexical moins efficace (Zhukova et al., 2020). Selon plusieurs auteurs, ce qui pourrait expliquer ces retards observés au niveau du langage est le rapport quantitativement et qualitativement limité des apports linguistiques et des interactions enfant-soignant (Zhukova et al., 2019 ; Windsor et al., 2007).

En Europe de l'Est, une étude a comparé l'évolution du langage à l'âge de huit ans chez les enfants placés en institution à la naissance ou peu de temps après (n=51) et ceux placés dans les familles d'accueils vers l'âge moyen de deux ans et neuf mois (n=54) alors qu'ils vivaient en institution avant. Les analyses ont révélé que plus les enfants étaient placés tôt en famille d'accueil,

plus leurs compétences langagières étaient meilleures. En outre, alors que les enfants résidant en institution ont présenté des retards langagiers avec des capacités réduites de compréhension et d'expression verbale à huit ans, les enfants placés en famille d'accueil avant l'âge de deux ans ont présenté un meilleur développement langagier que les enfants restés en institution. Cette étude démontre donc l'effet délétère à long terme des institutions sur le développement langagier des enfants placés (Windsor et al., 2013). Plus tôt en 2007, Windsor et al. ont observé un manque de compréhension du discours à 30 mois chez les enfants ayant été exposés dans des institutions roumaines. De plus, différentes données semblent indiquer des périodes critiques précises pendant lesquelles les effets néfastes de l'institutionnalisation deviendraient irréversibles, allant de l'âge de 6 mois (Merz et al., 2013) jusqu'à l'âge de 3 ans (Scott et al., 2011). Les enfants résidant dans les institutions, au cours d'une période plus longue que cela, continueraient de présenter des retards du développement langagier au niveau expressif et réceptif, et ce, même des années après l'adoption (Windsor et al., 2011).

En Belgique, bien que les études portant sur l'effet de l'institutionnalisation sur le développement des enfants semblent peu fréquentes, une étude a été réalisée chez les enfants placés en famille d'accueil (n=53), âgés de 12 à 20 mois, dans la région flamande du pays (West et al., 2024). Le développement des enfants a été évalué grâce à l'échelle de développement de Bayley-III sur une période d'un an. Les résultats ont mis en lumière des scores significativement plus bas en langage réceptif chez les enfants placés, comparés aux scores normatifs moyens, ainsi qu'une association négative entre les deux sous-échelles de langage (expressif, réceptif) et les comportements d'attachement insécurisé. Malgré ces scores négatifs, aucune différence n'a été révélée au niveau du développement cognitif et langagier expressif comparé aux normes standards. Cela peut s'expliquer par le fait que seuls les enfants placés à un jeune âge (moyenne de cinq mois) et placés dans la même famille pendant deux ans ont été inclus dans l'étude. Ainsi, la permanence et la stabilité ont pu jouer une influence positive sur le développement des enfants, et ce, pendant une période critique de développement cognitif et d'acquisition du langage des enfants, limitant donc leur exposition à des facteurs de risque potentiels.

Développement physique et moteur de l'enfant placé :

Au sein de plusieurs institutions en Europe, les expériences environnementales seraient contrôlées de façon excessive chez les enfants placés. Ainsi, les enfants ne feraient face qu'à de rares occasions au monde extérieur sous une surveillance stricte et le jeu serait limité. Dès lors, de nombreux effets néfastes ont été mis en évidence et associés à des conséquences comme : un sous-développement physique, des problèmes visuels ou d'audition résultant d'une mauvaise alimentation

et/ou d'une sous-stimulation, des retards au niveau de la motricité, des comportements stéréotypés dans les cas sévères (balancement du corps, coups de tête, etc.) et une mauvaise santé (Carter, 2005 ; Mulheir & Browne, 2007 ; Smyke et al., 2007). En parallèle à ça, en Grèce et en Afrique du Sud, les auteurs ont mis en avant que la majorité des interactions entre les éducateurs et les enfants placés en institution seraient limitées à des tâches de routine comme nourrir, baigner et habiller l'enfant, sans encourager ces derniers vers l'autonomie. Cela contribuerait aux retards observés tant en motricité fine que globale chez ces enfants (Giese & Dawes, 1999 ; Vorria et al., 2003).

Selon une méta-analyse réalisée par Van IJzendoorn et al (2007), les enfants qui passent leur première année de vie dans les institutions présenteraient un retard de croissance physique au niveau de leur poids, leur taille et leur périmètre crânien. L'effet négatif de ces retards serait à long terme, persistant jusqu'à l'âge de 15 ans chez les enfants ayant vécu une privation sévère et prolongée dans les institutions roumaines (Sonuga-Barke et al., 2010). Comparés aux enfants adoptés qui avaient été placés dans des familles d'accueil (n=42), les enfants adoptés, âgés entre 11 et 16 mois, qui étaient placés en institution (n=50) auraient obtenu des résultats plus faibles concernant les habiletés mentales et motrices en Chine. Bien que ces enfants aient ensuite montré un rattrapage du développement mental, ce résultat ne se serait pas reproduit pour le développement moteur (Van Den Dries et al., 2010). Au sein d'une autre étude réalisée au sud de l'Europe, au Portugal, les trajectoires développementales des nourrissons et des tout-petits (n=64), placés en institution à un âge moyen de 7,12 mois, ont été analysées au cours de leurs six premiers mois de placement en institution. Si au moment de l'inscription 31,3% des enfants présentaient un retard modéré à sévère dans leur fonctionnement moteur, leurs capacités limitées ont persisté six mois d'institutionnalisation plus tard. De plus, alors que les enfants n'ayant jamais vécu avec leurs familles avaient un meilleur score de développement langagier à leur admission en institution, ce résultat semblerait avoir disparu six mois d'institutionnalisation plus tard, ne les différenciant plus des enfants ayant vécu avec leurs parents. En outre, les expériences négatives avant l'institutionnalisation ont été associées à un développement cognitif et moteur plus faible (Baptista et al., 2019). Ainsi, ces études soulignent aussi bien l'impact négatif de l'institutionnalisation que les adversités négatives vécues avant le placement (maltraitance, négligence, ...) sur le développement de l'enfant. Cependant, les études réalisées en Europe étant peu nombreuses, il faut prendre en considération que les normes des institutions des études présentées dans ces différents pays de continents divers peuvent être très différentes de la nôtre.

Nous allons maintenant présenter les effets des programmes de soutien à la parentalité sur le développement des enfants placés en institution.

II.3 Les programmes de soutien à la parentalité

Bien que les parents jouent un rôle central dans le développement de leurs enfants (Collins et al. 2000 ; Maccoby 2000 ; O'Connor 2002 ; Rutter 2002), ce lien se trouve fragilisé dans les contextes de placement en institution dans lesquels les contacts parent-enfant se réduisent. Selon la nature, la gravité et l'intensité de l'expérience de la privation maternelle, le développement de l'enfant se trouve impacté (Ainsworth, 1962). Ainsi, afin de recréer ou d'améliorer la qualité de l'attachement et d'atténuer les impacts négatifs du placement sur le développement des enfants, plusieurs programmes de soutien à la parentalité ont vu le jour. Ces outils de soutien, ayant aussi pour but de renforcer les compétences parentales, d'améliorer la relation parent-enfant et de comprendre les besoins des enfants, ont montré de nombreux effets bénéfiques dans différentes sphères développementales de l'enfant dans divers contextes et situations. Nous allons donc détailler les effets de ces interventions, et particulièrement celle de l'Intervention relationnelle utilisée dans cette recherche.

II.3.1 Les programmes parentaux

De nombreux programmes de soutien à la parentalité existent afin d'améliorer les compétences parentales, la sensibilité et l'attachement des parents envers leurs enfants entraînant plusieurs effets bénéfiques et significatifs sur le développement et l'attachement de ces derniers. Une revue systématique globale et une méta-analyse de 102 essais contrôlés randomisés d'interventions parentales auprès des enfants de trois ans et moins dans 33 pays différents ont été réalisées (Jeong et al., 2021). Les études utilisées ont été publiées entre 1974 et 2020 avec des tailles d'échantillons allant de 32 à 3202 individus. 97 % des interventions se sont axées presque exclusivement sur le soutien maternel contre 7% qui ont également impliqué l'engagement des papas. Sur les 70 interventions travaillant la sensibilité du *caregiving*, 37 d'entre elles ont utilisé l'observation directe ou la vidéo-rétroaction des interactions parent-enfant afin de fournir des retours. Ces interventions ont été réalisées dans différents cadres : 46% dans des visites à domicile, 11% dans un cadre clinique (centre de développement de l'enfant, laboratoire) ou hospitalier, 11% dans un espace communautaire (crèche ou garderie, classe d'éducation de la petite enfance, campus universitaire), et 31% présentent une combinaison de plusieurs lieux. Une intervention a été réalisée virtuellement.

Les résultats ont indiqué une amélioration significative de ces programmes parentaux sur le développement cognitif (DMS = 0.32, 95% IC 0.23, 0.40, $p < 0.001$), le développement langagier (DMS = 0.28, 95% IC: 0.18 to 0.37, $p < 0.001$), le développement moteur (DMS = 0.24, 95% IC: 0.15 to 0.32, $p < 0.001$), le développement socio-émotionnel (DMS = 0.19, 95% IC: 0.10 to 0.28, $p < 0.001$), l'attachement (DMS = 0.29, 95% IC: 0.18 to 0.40, $p < 0.001$) et la réduction de

comportements problématiques (DMS = -0.13 , 95% IC: -0.18 to -0.08 , $p < 0.001$) chez l'enfant. Les effets positifs significatifs sont également présents sur les connaissances parentales (DMS = 0.56 , IC à 95 % : 0.33 à 0.79 , $p < 0.001$), les pratiques parentales (DMS = 0.33 , 95 % IC : 0.22 à 0.44 , $p < 0.001$) et les interactions parent-enfant (DMS = 0.39 , IC à 95 % : 0.24 à 0.53 , $p < 0.001$). Cependant, les programmes axés sur la sensibilité du *caregiving* ont mis en avant des effets significativement plus importants sur le développement cognitif des enfants, les connaissances et les pratiques parentales, ainsi que sur les interactions parent-enfant, comparés à ceux des autres programmes. Plusieurs analyses de sous-groupes ont également été réalisées, révélant des effets significatifs plus importants sur le développement cognitif, langagier et moteur des enfants ainsi que des pratiques parentales dans les pays à faible ou moyen revenu par rapport aux pays à revenu élevé. Néanmoins, les limites sont à prendre en considération au vu de l'hétérogénéité considérable présente, de la qualité variable des preuves des conduites des essais et de la robustesse des mesures de résultats utilisées dans les études, ainsi que les rapports inadéquats sur le contenu et la mise en œuvre des interventions utilisées. Le score total de risque de biais pour l'ensemble de l'étude est modéré ($\bar{X} = 5,1$, ET = 1,5). De plus, bien que dans notre recherche, nous nous focalisons sur les enfants placés en institution, cette revue systématique globale ne semble pas prendre en compte cette population.

II.3.2 L'Intervention relationnelle (IR)

L'Intervention relationnelle (IR) est le programme qui est utilisé au sein de cette recherche. Pour cette raison, l'IR sera présentée de façon plus spécifique et détaillée.

Présentation du programme :

L'Intervention relationnelle (IR) est un outil de soutien à la parentalité qui se distingue par son approche relationnelle en utilisant la vidéo-rétroaction afin d'offrir aux parents un retour direct et concret sur leurs interactions avec leurs enfants. Elle s'adresse aux parents et aux enfants âgés jusqu'à cinq ans et implique huit rencontres hebdomadaires d'environ 90 minutes chacune. Elle se déroule généralement au domicile familial, mais dans cette recherche, les interventions se dérouleront au sein des institutions pendant les moments accordés aux visites parentales. Les objectifs, dans ce contexte-là, sont d'améliorer la sécurité relationnelle des enfants en situation à risque et ainsi de travailler au cœur même des problèmes relationnels avant que ceux-ci ne soient trop enracinés. Ce programme vise donc à améliorer la sensibilité parentale, la réciprocité, l'engagement, la proximité, la sécurité d'attachement de l'enfant et son plein développement tout en valorisant le parent dans ses capacités positives et ses pratiques parentales adéquates au moment de la rétroaction vidéo. La sensibilité parentale consiste en la capacité du parent à reconnaître et à détecter les besoins de l'enfant, à y accorder une signification correcte, et enfin à y répondre de façon appropriée dans un

délagi raisonnable (Bell, 2008). Elle offre donc à l'enfant chaleur, sensibilité et protection (Pallanca, 2008).

Nous allons maintenant décrire le fonctionnement de l'intervention relationnelle. Tout d'abord, au début de chaque séance, un moment d'accueil et d'échanges informels prennent place entre le parent et l'intervenant. Généralement, le parent choisit le(s) sujet(s) sur lequel il aimerait discuter sur son enfant. Ensuite, il est demandé au parent et à l'enfant de se prêter ensemble à une activité (moments de soins ou de loisirs adaptés à la maturité de l'enfant) pendant environ 5 à 10 minutes où ils seront filmés. Puis, l'attention se porte sur la rétroaction vidéo. L'intervenant observe avec le parent des segments de vidéos de quelques minutes qui illustrent les meilleurs moments de l'interaction dyadique durant l'activité. Lors de cette partie, les comportements positifs du parent sont renforcés afin qu'ils se reproduisent plus souvent. Généralement, pour que le parent apprenne à identifier et à comprendre les signaux de l'enfant qui peuvent parfois être très subtils, ces extraits de vidéos sont visionnés plusieurs fois. Cependant, dans certains cas, trouver les échanges ou les moments positifs peut s'avérer difficile. À ce moment, la présentation unique d'une image statique peut être réalisée. Durant cette activité, l'intervenant peut demander au parent de prendre la perspective de l'enfant, d'expliquer ce qu'il observe et ce qu'il pense que son petit ressent ou pense dans sa tête. Cette intervention pousse donc le parent dans un travail réflexif et lui permet d'améliorer ses capacités d'observation. Enfin, la séance se clôture à la suite de la réalisation du feedback, dans lequel le bilan des apprentissages et des différents thèmes abordés est inclus. À partir du moment où la relation de confiance s'installe entre l'intervenant et le parent, des petites tâches peuvent être données à ce dernier afin de l'encourager dans la poursuite des comportements positifs.

Les effets bénéfiques sur l'enfant et les parents :

Les effets bénéfiques de la rétroaction vidéo ont été conclus dans la méta-analyse de Fukkink (2008) comme stratégie d'intervention qui développe les comportements sensibles des parents et qui favorise le développement des enfants. Plusieurs essais cliniques randomisés testant l'efficacité de l'IR auprès des familles à haut risque ont permis de documenter ses effets bénéfiques sur l'amélioration de la qualité de l'attachement ainsi que l'amélioration de la sensibilité parentale et l'amélioration du développement cognitif et moteur des enfants et des tout-petits (Dubois-Comtois et al., 2017 ; De Theux-Heymans et al., 2013 ; Juffer et al., 2012 ; Moss et al., 2011 ; Moss et al., 2017 ; Stams et al., 2001). Plus précisément, dans la recherche réalisée par Moss et al. (2011) auprès des parents suivis par l'aide à la jeunesse pour cause de négligence et de maltraitance, 37,1% des enfants sont passés d'un attachement désorganisé à une forme d'attachement plus sécurisée. Les enfants étaient âgés de 12 à 71 mois. L'IR a également montré son utilité auprès des bébés et des enfants

d'âges préscolaires (0-5 ans) ayant subi de la maltraitance (Cyr et al., 2015). En effet, en agissant sur les compétences parentales, l'IR a permis aux parents d'améliorer leur capacité à répondre aux besoins de leur enfant. Ce progrès dans les interactions parent-enfant ($d=0,53$) semble avoir favorisé une organisation plus sécurisée de l'attachement ($d=0.60$) chez l'enfant, diminuant parallèlement les symptômes externalisés de ces derniers ($d=0.58$). Au niveau du développement, une méta-analyse de 22 études chez les jeunes mamans et les enfants de 0 à 4 ans a été examinée. Ainsi, il a été mis en évidence que l'intervention pouvait être efficace au niveau du fonctionnement cognitif de l'enfant (Baudry et al., 2017). Cet effet positif au niveau de la cognition ($d=0.63$) a aussi été démontré dans la recherche de Baudry et Tarabulsy (2013) auprès des tout-petits à haut risque âgés entre 4 et 8 mois, avec une augmentation significative de la sensibilité parentale ($d=0.51$). Finalement, une étude réalisée par Tarabulsy et al. (2016) auprès des agences de protection à la jeunesse a indiqué une diminution des taux de placements chez les familles suivant l'IR. Cependant, l'IR ne semble pas avoir été utilisée dans le cas où l'enfant ne vit pas dans son milieu de vie.

III. Méthodologie

III.1 Objectif de la recherche

L'objectif de la recherche est d'évaluer l'effet de l'Intervention relationnelle (IR) sur le développement cognitif, langagier et moteur des jeunes enfants placés en institution. Ces enfants seront âgés de 12 à 42 mois. Nous souhaitons également analyser les variables modératrices qui peuvent influencer le développement de l'enfant au niveau des différentes sphères. Plus précisément, des facteurs liés à l'enfant, au contexte du placement et au fonctionnement de l'institution dans lequel il réside.

III.2 Hypothèses

Première hypothèse : L'Intervention relationnelle a un impact positif sur l'évolution du développement de l'enfant.

Une méta-analyse regroupant 29 études démontre l'effet significatif de la rétroaction vidéo sur les attitudes parentales et le développement de l'enfant (Fukkink, 2008). Une deuxième méta-analyse plus récente regroupant 22 études chez les jeunes mamans et les enfants de zéro à quatre ans a mis en évidence l'impact positif de l'Intervention relationnelle sur le fonctionnement cognitif de l'enfant (Baudry et al., 2017). Cet effet positif sur le développement cognitif, mais aussi sur le développement moteur de l'enfant, âgé entre 4 et 8 mois, a également montré ses preuves auprès de population à plus haut risque ou négligé (Dubois-Comtois et al., 2017). Nous faisons alors l'hypothèse que les enfants du groupe ayant suivi le programme de l'Intervention relationnelle présentent des meilleurs scores

d'évolution de développement entre le Temps 1 et le Temps 2 comparé aux enfants n'ayant pas suivi le programme.

Deuxième hypothèse – La maltraitance et la gravité des problématiques ont un impact négatif sur le processus de développement de l'enfant et sur l'effet de l'intervention.

Les études ont montré que les enfants ayant vécu de la maltraitance subissent des conséquences graves en ce qui concerne leur développement langagier, moteur et cognitif (Garret-Gloanec & Pernel, 2012, 2017 ; Govindama et al., 2019). Nous posons donc l'hypothèse que les enfants ayant vécu de la maltraitance et dont les parents ont vécu une gravité plus grande de problématiques ont une évolution du développement moindre entre le Temps 1 et le Temps 2 dans les deux groupes que ceux n'en n'ayant pas vécu. Cependant, en prenant en compte l'effet positif de l'IR sur le développement de l'enfant et sur la qualité de la relation avec son parent, nous estimons que les enfants du groupe intervention ont de meilleurs scores entre le Temps 1 et le Temps 2 que ceux du groupe contrôle.

Troisième hypothèse – La qualité de la relation à l'éducateur a un impact sur le processus de développement de l'enfant et sur l'effet de l'intervention.

Des recherches ont souligné l'importance et l'impact de la qualité des interactions entre les adultes et les jeunes enfants placés en institution sur l'amélioration de leur développement plus sain à court et long-terme (Mascaro et al., 2012 ; The St. Petersburg-USA Orphanage Research Team, 2008). Ainsi, nous émettons l'hypothèse que les enfants ayant une meilleure qualité de la relation avec leurs éducateurs ont une meilleure évolution de leur développement entre le Temps 1 et le Temps 2. Néanmoins, en prenant en compte l'effet positif de l'IR, nous estimons que ceux du groupe intervention ont de meilleurs scores entre le Temps 1 et le Temps 2 que ceux du groupe contrôle.

Quatrième hypothèse – Le nombre de visites parentales a un impact positif sur l'évolution du développement de l'enfant et sur l'effet de l'intervention.

Pendant les visites parentales, lorsque les parents se montrent sensibles, Deprez (2015) avance que la fréquence de ces visites peut être bénéfique pour l'enfant. Ainsi, nous estimons que les enfants bénéficiant d'un plus grand nombre de visites parentales ont une meilleure évolution de leur développement entre le Temps 1 et le Temps 2. En ajoutant à cela l'effet positif de l'IR, nous faisons l'hypothèse que les enfants du groupe intervention ont de meilleurs scores entre le Temps 1 et le Temps 2 que ceux du groupe contrôle.

III.3 Echantillon

La population ciblée concerne les enfants âgés de 12 à 42 mois placés dans 11 institutions différentes en Fédération Wallonie-Bruxelles. Plus précisément, les institutions qui ont participé à la recherche sont : « Auberge du Maréchal Ney » à Fleurus, « Centre Saint-Aubain » à Habay-la-Neuve, « Cerfs-Volants – Maison des Tout-Petits ASBL » à Schaerbeek, « Home Reine Astrid » à La Hulpe, « L'accueil ASBL » à Gosselies, « Les Bouts d'choux » à Salzinnes, « Notre Abri – La maison d'enfants » à Uccle, « La Maison d'Enfants Reine Marie-Henriette ASBL – La Maison des petits » à Bruxelles, « La Maison d'Enfants Reine Marie-Henriette ASBL – La Pouponnière » à Bruxelles, « ASBL Sainte-Adeline » à Liège, « La Pouponnière Saint-Raphaël » à Rocourt. Au total, il y a dix SASPE (Services d'Accueil Spécialisés de la Petite Enfance) et un SRG (Services Résidentiels Généraux) qui seront anonymisés dans notre étude.

L'échantillon est constitué de deux groupes de 12 enfants chacun pour un total de 24 enfants (n=24 : 8 filles et 16 garçons) : un groupe expérimental et un groupe contrôle avec lequel il a été apparié. Lors du temps accordé durant les visites parentales en institution, le groupe expérimental a pu bénéficier de l'IR pendant environ 90 minutes à raison d'une rencontre hebdomadaire pour une durée d'environ deux mois. Le groupe contrôle a continué les visites parentales habituelles sans la réalisation de l'IR. Les données sur le développement des enfants ont été récoltées en Temps 1 et en Temps 2 dans les deux groupes : avant et après l'IR pour le groupe expérimental, et à environ deux mois d'intervalle pour le groupe contrôle.

Afin de pouvoir participer à la recherche, certains critères d'inclusion et d'exclusion seront respectés. Les enfants devront être âgés de 12 à 42 mois. Les parents devront bénéficier d'un droit de visite de 45 minutes au minimum par semaine et être en capacité de donner leur consentement. L'équipe, que ce soit la psychologue ou la direction, devra considérer la possibilité de participation de la dyade. Les enfants ayant un projet de famille d'accueil ou atteints d'un handicap mental susceptible d'influer sur la relation parent-enfant, ainsi que les enfants dont le placement résulte de violences physiques ou sexuelles, ne participeront pas à la recherche.

III.4 Outils utilisés

III.4.1 BSID-III – Bayley Scales of Infant and Toddler Development

a. Description

Le développement de l'enfant a été évalué à l'aide de la troisième édition des échelles de développement Bayley, créée par Nancy Bayley en 2006. Les items du test couvrent les sphères développementales au niveau cognitif, langagier (langage réceptif et expressif) et moteur (motricité fine et globale). Deux questionnaires portant sur les échelles socio-émotionnelles et les

comportements adaptatifs sont également remplis par le parent ou le tuteur. Cependant, dans ce travail, nous utiliserons uniquement les échelles de cognition, de langage et de motricité. La durée de passation a varié entre 50 et 90 minutes selon l'âge et les performances de l'enfant. La version utilisée dans cette batterie d'évaluation a été celle en anglais, basée sur des normes américaines. Néanmoins, nous l'avons traduit en français de sorte qu'elle soit similaire pour chaque passation. Il existe également la Bayley-IV (Bayley et al., 2022) qui est la version révisée de la Bayley-III et qui est disponible en français. Toutefois, cette dernière version étant sortie trop tard, ce travail a poursuivi sa continuation avec la Bayley-III.

Différents domaines sont évalués dans chacune des sphères développementales. Tout d'abord, l'échelle de développement cognitif mesure le développement sensorimoteur, l'exploration et la manipulation, le rapport aux objets, la formation de concepts et la mémoire. Ensuite, l'échelle de développement du langage réceptif mesure la compréhension de la communication non verbale, le développement du vocabulaire des objets et des marqueurs morphologiques de la langue, ainsi que la compréhension des références sociales. Puis, l'échelle de développement du langage expressif évalue la communication préverbale, le développement du vocabulaire, les capacités de construction syntaxique et morphologique du langage. Pour ce qui est de l'échelle de développement de la motricité fine, elle évalue les capacités de préhension, l'intégration perceptivo-motrice, la planification motrice, la vitesse motrice, la poursuite visuelle, les réponses aux informations tactiles, la capacité à atteindre un objet, la capacité à saisir un objet, la manipulation d'un objet, et les capacités fonctionnelles de la main. Enfin, l'échelle de développement de la motricité globale évalue les mouvements des différents membres et du buste, les positions statiques, les mouvements dynamiques du corps, l'équilibre et la planification motrice. Le tableau A (annexe A) reprend les compétences évaluées par groupe d'âge.

Chaque échelle de développement comprend plusieurs items : 91 items pour la sphère cognitive, 49 pour le langage réceptif, 48 pour le langage expressif, 66 pour la motricité fine et 72 pour la motricité globale. L'examineur détermine le point de départ spécifique du test en fonction de l'âge de l'enfant. Les items sont évalués par l'examineur comme réussi (1) ou échoué (0) selon des critères et des consignes bien définis et standardisés. Cependant, pour valider le point de départ, l'enfant doit réussir les trois premiers items. Dans le cas contraire, il devra commencer par le point de départ précédant celui de son groupe d'âge. La fin de la passation est déterminée lorsque l'enfant échoue à cinq items consécutifs, moment où il est considéré que ses capacités dans ce domaine ont été atteintes. Dans certains cas, l'accompagnateur peut être interrogé sur les compétences habituelles de l'enfant afin de prendre en considération leurs observations pour compléter les items du test. À la

suite de l'administration et de l'évaluation de ces différentes sphères développementales, nous obtenons un score standard, un score composite, un rang percentile, un intervalle de confiance, un âge développemental et un indice de croissance. Les scores standards s'étendent de 1 à 19 ($\bar{X} = 10$; $ET = 3$), tandis que les scores composites vont de 40 à 160 ($\bar{X} = 100$; $ET = 15$). Grâce aux scores standards, nous pouvons aussi évaluer les différences entre les sous-tests et vérifier leur significativité (Hutchon, 2005).

b. Propriétés psychométriques

Concernant la fidélité du test, la consistance interne est bonne à excellente ($r=.76 - .99$), la stabilité test-retest est bonne à excellente ($r=.67 - .94$), et la fidélité inter-juges (comportement adaptatif) est moyenne à excellente ($r= .59 - .86$) (Leaders project, 2013). Globalement, une très bonne fidélité du test peut être conclue. Pour ce qui est de la validité de contenu, elle fut analysée sur base d'une revue de littérature complète, d'une évaluation sur base de consultations d'experts et sur des méthodes statistiques. Cependant, très peu d'informations sont disponibles en ce qui concerne la méthode de sélection des populations d'échantillon, le diagnostic des populations cliniques, la taille de l'échantillon, ou encore la formation des experts évoquée (Leaders project, 2013). En ce qui est de la validité de construit, chaque item s'est avéré avoir une corrélation plus élevée avec l'échelle à laquelle il était relié qu'avec les autres échelles (Albers & Grieve, 2007). Des corrélations fortes à modérées avec d'autres échelles soutiennent la validité de critère. Plus précisément, au niveau de la validité concomitante, des corrélations élevées ont été obtenues à la suite de la comparaison entre la troisième édition de l'échelle d'intelligence préscolaire et primaire de Weschler (Wechsler, 2002) et l'échelle cognitive ($r = 0,72$ à $0,79$) et de langage ($r = 0.71$ à 0.83) de la Bayley-III. Une corrélation modérée existe entre les échelles de la compréhension auditive et la communication expressive du « *Preschool Language Scale–Fourth Edition* » (Zimmerman et al., 2002) et l'échelle de langage de la Bayley-III (.51-.71). Pour ce qui est de l'échelle motrice, des corrélations modérées avec la « *Peabody Developmental Motor Skills–Second Edition* » sont présentes (Folio & Fewell, 2000) (.49-.57). Néanmoins, l'échelle de développement de la Bayley-III contient de nombreux biais qui ont trait au langage, aux capacités attentionnelles et mnésiques, au statut socio-économique, aux connaissances ou expériences antérieures, à la culture ou encore aux déficits sensoriels et moteurs des enfants (Leaders project, 2013). Notons également que d'autres tests évaluant le développement existent. Parmi ceux-ci se trouvent le DP-3 (Developmental Profile 3 - 2007), le BDI (Battelle Developmental Inventory - 1984), l'ASQ-3 (Ages & Stages Questionnaires, Third Edition - 2009) et l'échelle de développement psychomoteur de la première enfance de Brunet-Lezine (BLR - 2001).

III.4.2 Questionnaire d'anamnèse

Un questionnaire d'anamnèse (annexe B) comportant des données sur les caractéristiques développementales de l'enfant, les caractéristiques de son placement, les visites parentales, la relation que l'enfant entretient avec son/ses éducateurs et les caractéristiques de l'institution dans laquelle il réside a été donné à l'intervenant en charge du participant afin qu'il le complète dans le but d'être analysé statistiquement. Dans ce questionnaire, certaines questions ont été reprises des travaux de Chartier (2022).

III.5 Procédure

Afin de mesurer les échelles de développement, chaque participant a été rencontré à deux reprises. Deux examinatrices ont été impliquées dans cette recherche. La première a rencontré 13 enfants. La deuxième examinatrice qui réalise ce mémoire a rencontré 11 enfants. Les *testings* ont été réalisés dans une salle non fréquentée selon la disponibilité au sein de l'institution. Les portes et les fenêtres ont été gardées fermées afin de limiter les bruits qui pouvaient provenir de l'extérieur et ainsi maintenir la concentration de l'enfant sur la réalisation du test. Durant la passation, les personnes présentes étaient l'enfant, son accompagnateur et l'examinatrice. Si cela le permettait, l'accompagnateur était l'éducateur référent de l'enfant. Sinon, le psychologue, un éducateur non référent ou un intervenant psychosocial pouvait assumer ce rôle. Avant le début de chaque *testing*, une consigne était donnée à l'accompagnateur de l'enfant : encourager la participation de l'enfant en le motivant afin qu'il se sente en sécurité, sans toutefois l'aider dans l'accomplissement des items. La totalité des items a été réalisée pour chaque enfant sur une même journée. Cependant, des pauses ont parfois été appliquées car l'enfant pouvait soit avoir faim, soit avoir besoin d'aller aux toilettes, ou encore être fatigué. Après l'évaluation du développement de l'enfant à la deuxième rencontre, un rapport contenant les données chiffrées du deuxième test ainsi que les observations s'y rapportant a été fourni à l'institution en charge de l'enfant. Dans ce rapport, il a été indiqué que cette évaluation n'avait aucune valeur diagnostique. Le questionnaire d'anamnèse a aussi été fourni à l'équipe chargée de l'enfant afin de collecter les données nécessaires à notre analyse.

Entre ces deux rencontres, environ huit autres rencontres ont été réalisées avec le parent et l'enfant dans le groupe intervention afin de réaliser l'Intervention relationnelle. Tout d'abord, durant l'heure de visite parentale, les interactions entre le parent et son enfant autour d'une activité choisie en fonction des objectifs définis ont été filmées. Ensuite, toujours pendant une heure de visite parentale, l'examinatrice a rencontré le parent pendant environ 90 minutes afin qu'ils puissent examiner ensemble les meilleures séquences vidéo sur l'interaction entre le parent et son enfant. Cette rencontre a été réalisée dans une salle disponible au sein de l'institution en absence de l'enfant.

Dans le groupe contrôle, les visites parentales ont continué sans changement, mais avec l'accord qu'après la deuxième évaluation du développement de l'enfant, l'IR sera mis en œuvre dans le groupe contrôle également.

IV. Résultats

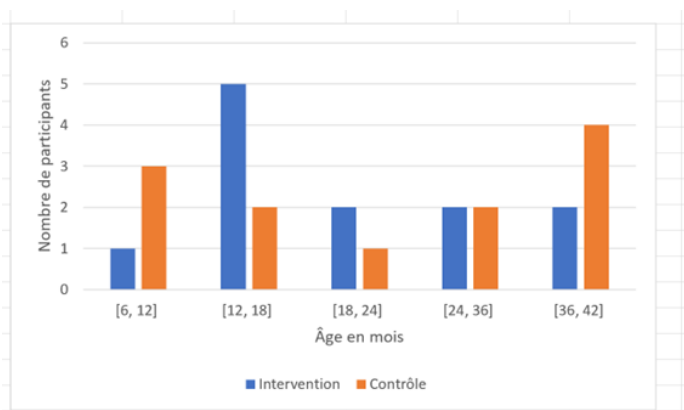
Nos analyses statistiques ont été réalisées sur l'ensemble de l'échantillon (n=24) avec le programme informatique SAS 9.4.

IV.1 Données et statistiques descriptives

A. L'âge

L'âge moyen en mois de la totalité des participants (n=24) est de 26,33 (ET= 9,44), avec un âge minimum de 12 mois et un âge maximum de 39 mois. Dans le groupe intervention, l'âge moyen des participants (n=12) est de 25,75 mois (ET=7,96), avec un âge minimum de 13 mois et un âge maximum de 39 mois. Dans le groupe contrôle, l'âge moyen des participants (n=12) est de 26,92 mois (ET=11,06), avec un âge minimum de 12 mois et un âge maximum de 39 mois. La répartition des âges des enfants dans le groupe intervention et contrôle est présentée à la figure 1. Cette répartition est organisée par groupes d'âge de six mois.

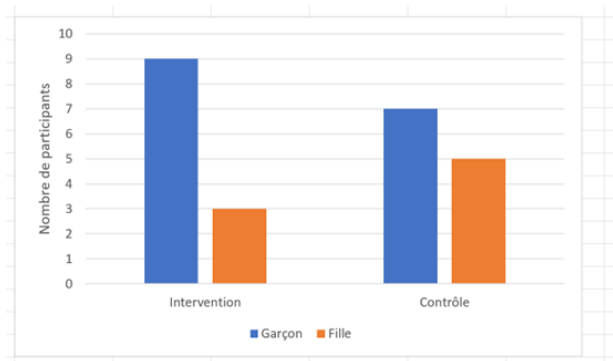
Figure 1 : Répartition des âges des participants du groupe intervention et du groupe contrôle



B. Le sexe

Dans notre échantillon total, le nombre de garçons est de 16 et le nombre de filles est 8. Dans le groupe intervention, le nombre de garçons est de neuf, alors que le nombre de filles est de trois. Dans le groupe contrôle, le nombre de garçons est de sept et le nombre de filles est de cinq. La répartition du sexe des participants dans les deux groupes est présentée dans la figure 2.

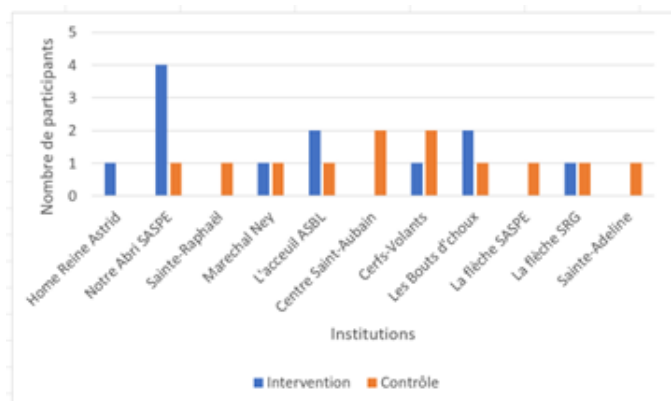
Figure 2 : Répartition du sexe des participants dans le groupe intervention et le groupe contrôle



C. Les institutions

La répartition des participants des deux groupes dans les onze institutions différentes est présentée dans la figure 3.

Figure 3 : Répartition des participants dans les différentes institutions



D. Les scores développementaux

1. Les scores standards totaux obtenus au T1 dans l'échantillon global

Pour rappel, les scores standards des échelles de la Bayley-III varient de 1 à 19, avec une moyenne de 10 et un écart-type de 3.

Le nombre d'enfants de notre échantillon total (n=24) qui présente un retard de développement au T1 est présenté dans le tableau E1 (annexe E). Ce retard est déterminé lorsque le score de développement de l'enfant est sous le percentile 25. Au total, 15 enfants ont obtenu au moins un score dont le percentile est inférieur à 25. Quatre d'entre eux ont eu un retard dans les trois sphères développementales. Pour quatre autres enfants, leur retard concerne deux des sphères évaluées. Et pour les sept derniers, le retard observé concerne une seule sphère développementale. Dès lors, les résultats de onze enfants sur 24 témoignent d'un retard développemental global, soit chez 45, 17% d'entre eux car au moins deux de leurs sphères développementales sont situées sous le percentile 25.

2. Les scores standards obtenus au T1 dans le groupe intervention

Le nombre d'enfants dans le groupe intervention qui présente un retard développemental au T1 est présenté dans le tableau E2 (annexe E). Au total, neuf enfants ont obtenu au moins un score dont le percentile est inférieur à 25. Trois d'entre eux ont eu un retard dans les trois sphères développementales. Pour trois autres enfants, leur retard concerne deux des sphères évaluées. Et pour les trois derniers, le retard observé concerne une seule sphère développementale. Ainsi, les résultats de six enfants sur 12 témoignent d'un retard développemental global, soit chez 50 % d'entre eux car au moins deux de leurs sphères développementales sont situées sous le percentile 25.

3. Les scores standards obtenus au T1 dans le groupe contrôle

Le nombre d'enfants dans le groupe contrôle qui présente un retard développemental au T1 est présenté dans le tableau E3 (annexe E). Au total, six enfants ont obtenu au moins un score dont le percentile est inférieur à 25, témoignant d'un retard développemental. Pour un d'entre eux, ce retard concerne les trois sphères de développement. Pour un autre, le retard concerne deux sphères de développement. Pour quatre enfants, le retard observé concerne une seule sphère développementale de l'enfant. Dès lors, pour deux enfants sur 12, les résultats témoignent d'un retard développemental global, soit chez 16,67% d'entre eux.

4. Les scores standards totaux obtenus au T2 dans l'échantillon global

Le nombre d'enfants de notre échantillon total (n=24) qui présente un retard de développement au T2 est présenté dans le tableau E4 (annexe E). Au total, 13 enfants ont obtenu au moins un score dont le percentile est inférieur à 25. Pour un enfant, le retard concerne les trois sphères développementales. Pour quatre autres enfants, leur retard concerne deux des sphères évaluées. Et pour les huit derniers, le retard observé concerne une seule sphère développementale. Dès lors, les résultats de 12 enfants sur 24 témoignent d'un retard développemental global, soit chez 50% d'entre eux.

5. Les scores standards obtenus au T2 dans le groupe intervention

Le nombre d'enfants dans le groupe intervention qui présente un retard développemental au T2 est présenté dans le tableau E5 (annexe E). Au total, six enfants ont présenté au moins un retard dans une des sphères développementales. Pour un enfant, ce retard concerne les trois sphères développementales. Pour deux enfants, ce sont deux sphères du développement qui sont concernées. Pour les trois derniers, le retard concerne une seule sphère développementale. Ainsi, pour trois enfants sur 12, les résultats témoignent d'un retard développemental global, soit chez 25% d'entre eux.

Comparé aux scores standards obtenus au T1, chez les trois enfants qui avaient un retard développemental dans les trois sphères, un enfant continue de présenter les retards dans toutes les sphères alors que les deux autres présentent un retard dans plus que deux sphères développementales. Concernant les trois enfants qui présentaient un retard de développement dans deux sphères, deux d'entre eux ne présentent un retard que dans une des sphères développementales alors que le troisième n'en présente plus aucun. Chez les trois derniers enfants qui présentaient un retard de développement dans une des sphères développementales, deux d'entre eux n'en présentent plus aucun alors que le dernier maintient ce retard.

6. Les scores standards obtenus au T2 dans le groupe contrôle

Le nombre d'enfants dans le groupe contrôle qui présente un retard développemental au T2 est présenté dans le tableau E6 (annexe E). Au total, sept enfants ont présenté au moins un retard de développement dans une des sphères développementales. Pour deux enfants, ce retard s'est manifesté dans deux des sphères développementales. Pour les cinq autres enfants, ce retard concerne une seule sphère développementale. Dès lors, deux enfants sur 12 présentent un retard développemental global, soit 16, 67% d'entre eux.

Comparé aux scores standards obtenus au T1, l'enfant qui présentait un retard dans les trois sphères développementales n'en présente que deux. L'enfant qui présentait un retard dans deux sphères n'en présente qu'un seul. Sur les quatre enfants qui présentaient un retard de développement dans une des sphères, deux enfants continuent de présenter ce retard alors que les deux autres n'en présentent plus. Cependant, comparé au T1, trois nouveaux enfants présentent des retards développementaux au T2. Pour deux d'entre eux, ce retard concerne une seule sphère alors que pour le dernier, ce retard concerne deux sphères de développement.

7. Les scores composites obtenus au T1 pour l'échantillon global

Les scores composites sont ceux utilisés pour nos analyses statistiques. Ils reprennent les trois sphères générales de développement que sont la cognition, le langage et la motricité. Ils varient de 40 à 160 avec une moyenne de 100 et un écart-type de 15 dans la population normative. Le tableau 1 reprend les scores composites de notre échantillon global au T1 (n=24) pour les sphères générales. Les résultats, au test de Shapiro-Wilk utilisé pour les échantillons de moindre effectif, nous amènent à tolérer l'hypothèse de la normalité de cette distribution pour la sphère cognitive ($W=.93, p=.09$) et motrice ($W=.98, p=.81$), mais à rejeter l'hypothèse de la normalité pour la sphère langagière ($W=.89, p=.01$). Les figures C1 à C3 reprennent la distribution des scores composites de l'échantillon global au T1 (n=24) respectivement pour les trois sphères générales développementales (annexe C).

Tableau 1 : Scores composites des sphères générales de Bayley-III au T1 pour l'échantillon global

	n	Moyenne	Ecart-type	Valeur minimum	Valeur maximum
Cognition	24	92,29	7,66	80	105
Langage	24	89,29	10,37	62	106
Moteur	24	91,75	13,39	64	127

8. Les scores composites obtenus au T1 dans le groupe intervention

Le tableau 2 reprend les scores composites de notre échantillon du groupe intervention au T1 (n=12) pour les trois sphères générales. Les résultats, au test de Shapiro-Wilk utilisé pour les échantillons de moindre effectif, nous amènent à tolérer l'hypothèse de la normalité de cette distribution pour la sphère cognitive ($W=.90$, $p=.18$), langagière ($W=.90$, $p=.15$) et motrice ($W=.97$, $p=.86$). Les figures C4 à C6 reprennent la distribution des scores composites du groupe intervention au T1 (n=12) respectivement pour les trois sphères développementales (annexe C).

Tableau 2 : Scores composites des sphères générales de Bayley-III dans le groupe intervention au T1

	n	Moyenne	Ecart-type	Valeur minimum	Valeur maximum
Cognition	12	89,17	7,64	80	105
Langage	12	86,25	12,03	62	100
Moteur	12	90,67	12,51	64	110

9. Les scores composites obtenus au T1 dans le groupe contrôle

Le tableau 3 reprend les scores composites de notre échantillon du groupe contrôle au T1 (n=12) pour les trois sphères générales. Les résultats au test de Shapiro-Wilk nous amènent à rejeter l'hypothèse de la normalité de cette distribution pour la sphère cognitive ($W=.83$, $p=.02$), mais à tolérer l'hypothèse de la normalité pour la sphère langagière ($W=.88$, $p=.09$) et motrice ($W=.93$, $p=.41$). Les figures C7 à C9 reprennent la distribution des scores composites du groupe contrôle au T1 (n=12) respectivement pour les trois sphères développementales (annexe C).

Tableau 3 : Scores composites des sphères générales de Bayley-III dans le groupe contrôle au T1

	n	Moyenne	Ecart-type	Valeur minimum	Valeur maximum
Cognition	12	95,42	6,56	80	105
Langage	12	92,33	7,75	74	106

Moteur	12	92,83	14,7	73	127
---------------	----	-------	------	----	-----

10. Les scores composites obtenus au T2 pour l'échantillon global

Le tableau 4 reprend les scores composites de notre échantillon global au T1 (n=24) pour les sphères générales. Les résultats, au test de Shapiro-Wilk utilisé pour les échantillons de moindre effectif, nous amènent à tolérer l'hypothèse de la normalité de cette distribution pour la sphère motrice ($W=.99, p=.97$) et langagière ($W=.96, p=.36$), mais à rejeter l'hypothèse de la normalité de cette distribution pour la sphère cognitive ($W=.90, p=.03$). Les figures C10 à C12 reprennent la distribution des scores composites de l'échantillon global au T1 (n=24) respectivement pour les trois sphères générales développementales (annexe C).

Tableau 4 : Scores composites des sphères générales de Bayley-III au T2 pour l'échantillon global

	n	Moyenne	Ecart-type	Valeur minimum	Valeur maximum
Cognition	24	96,88	9,98	80	115
Langage	24	93,04	11,48	68	115
Moteur	24	97,17	14,24	67	130

11. Les scores composites obtenus au T2 dans le groupe intervention

Le tableau 5 reprend les scores composites de notre échantillon du groupe intervention au T2 (n=12) pour les sphères générales. Les résultats au test de Shapiro-Wilk nous amènent à tolérer l'hypothèse de la normalité de la distribution pour la sphère cognitive ($W=.91, p=.24$), langagière ($W=.96, p=.77$) et motrice ($W=0.95, p=.68$). Les figures C13 à C15 reprennent la distribution des scores composites du groupe intervention au T2 (n=12) respectivement pour les trois sphères développementales (annexe C).

Tableau 5 : Scores composites des sphères générales de Bayley-III dans le groupe intervention au T2

	n	Moyenne	Ecart-type	Valeur minimum	Valeur maximum
Cognition	12	95	8,26	80	110
Langage	12	93,42	11,89	68	115
Moteur	12	95,75	14	67	118

12. Les scores composites obtenus au T2 dans le groupe contrôle

Le tableau 6 reprend les scores composites de notre échantillon du groupe contrôle au T2 (n=12) pour les trois sphères générales. Les résultats au test de Shapiro-Wilk nous amènent à tolérer

l'hypothèse de la normalité de la distribution pour la sphère cognitive ($W=.90, p=.15$), langagière ($W=.97, p=.86$) et motrice ($W=.96, p=.72$). Les figures C16 à C18 reprennent la distribution des scores composites du groupe contrôle au T2 ($n=12$) respectivement pour les trois sphères développementales (annexe C).

Tableau 6 : Scores composites des sphères générales de Bayley-III dans le groupe contrôle au T2

	n	Moyenne	Ecart-type	Valeur minimum	Valeur maximum
Cognition	12	98,75	11,51	80	115
Langage	12	92,67	11,58	68	112
Moteur	12	98,58	14,96	76	130

E. Le parcours de placement

Dans l'analyse du parcours de placement, nous avons comptabilisé le nombre de placements précédemment vécus par l'enfant, tout en incluant son lieu de placement actuel. Ce décompte se limite aux situations où l'enfant est séparé de son parent biologique, c'est-à-dire en SASPE, SRG, SRU, hospitalisation en attente de placement, famille d'accueil d'urgence à court terme ou long terme. Par conséquent, les retours en famille, les placements en unité mère-enfant et les hospitalisations pour raisons médicales ne sont pas pris en compte. Au sein de notre échantillon total ($n=24$), la moyenne du nombre de placements est de 2 ($ET=1,10$). Dans le groupe intervention, la moyenne est de 1,75 ($ET=0,62$), et dans le groupe contrôle, elle est de 2,25 ($ET=1,42$). En outre, la moyenne de la durée de vie totale vécue avec le parent est de 12,08 mois ($ET=10,76$) dans le groupe intervention, et de 15,83 mois ($ET=11,68$) dans le groupe contrôle. Au total, notre échantillon ($n=24$) a donc une moyenne de 13,96 mois ($ET=11,14$). Enfin, le temps total passé en institution varie de 4 à 27 mois dans notre échantillon global ($\bar{X} = 14,46$ $ET = 6,55$). Dans le groupe intervention, elle varie de 6 à 26 mois ($\bar{X} = 16,25$ $ET = 6,02$), et dans le groupe contrôle, elle varie de 4 à 27 mois ($\bar{X} = 12,67$ $ET = 6,81$). Par ailleurs, une proportion a été calculée entre le temps total passé en institution et le temps total de vie de l'enfant. Ainsi, un score de 1 pour cette proportion indiquerait que l'enfant a vécu l'intégralité de sa vie en institution. Les résultats de la proportion calculée varient de 0,09 à 1 ($\bar{X} = 0,51$ $ET = 0,29$) dans notre échantillon global ($n=24$), de 0,19 à 0,92 ($\bar{X} = 0,57$ $ET = 0,27$) dans le groupe intervention, et de 0,09 à 1 ($\bar{X} = 0,46$ $ET = 0,31$) dans le groupe contrôle.

F. Les difficultés présentées par les parents de l'enfant

Les difficultés présentées par la mère et/ou le père des participants sont reprises au tableau 7. Dans notre échantillon global, alors que nous avons les informations sur les mères de tous les enfants,

ce n'est que pour neuf pères que nous aurons les informations, dont six dans le groupe intervention et trois dans le groupe contrôle. En effet, les pères sont moins présents dans la vie des enfants de notre échantillon. Au total, neuf enfants (37,5%) ont été victimes de maltraitance par au moins un des deux parents dans notre échantillon global, dont trois dans le groupe intervention (25%) et six dans le groupe contrôle (50%). Quatre autres enfants (16,67%) de l'échantillon global sont suspectés d'avoir subi de la maltraitance de la part d'au moins un des deux parents, dont deux enfants (16,67) dans le groupe intervention et deux (16,67) dans le groupe contrôle. De plus, toutes les mères (100%) de notre échantillon global manifestent des difficultés à assumer leur rôle parental, cette difficulté se présentant chez huit des pères (88,89%) de notre échantillon, dont cinq (55,56%) dans le groupe intervention et trois (33,33%) dans le groupe contrôle. Ensuite, les difficultés logistiques ou administratives (83,33%) chez au moins un des deux parents de 20 enfants de l'échantillon global sont concernés, dont neuf dans le groupe intervention (75%) et onze dans le groupe contrôle (91,67%). Pour ce qui est des difficultés personnelles d'au moins un des deux parents dans l'échantillon global, 22 parents d'enfants (91,67%) sont concernés au total dont onze (91,67%) dans le groupe intervention et onze (91,67%) dans le groupe contrôle. Enfin, en ce qui concerne les difficultés relationnelles dans la famille chez au moins un des deux parents dans notre échantillon global, 17 parents d'enfant (70,83%) sont concernés, dont neuf (75%) dans le groupe intervention et huit (66,67%) dans le groupe contrôle. Lorsque nous additionnons le nombre total de problématiques vécues par au moins un des deux parents, nous arrivons à un chiffre variant de 3 à 8 et une moyenne de 5,83 ($ET = 1,66$). Dans le groupe intervention, ce chiffre varie de 3 à 8 ($\bar{X} = 5,33$ $ET = 1,78$), alors que dans le groupe contrôle, elle varie de 4 à 8 ($\bar{X} = 6,33$ $ET = 1,44$).

En outre, selon une échelle de gravité des motifs de prise en charge développée par l'administration de l'Aide à la jeunesse sur laquelle nous nous sommes basés (annexe D), nous avons déterminé pour chaque difficulté présentée par au moins un des parents, la gravité de ce problème pour l'enfant. Ainsi, le score attribué varie de 1 (pas de danger) à 7 (danger extrême/vital). Plus un score est proche de 0, plus cela signifie que les difficultés présentées par les parents présentent un moindre danger. Au contraire, plus ce score augmente, plus cela signifie que les difficultés présentées par le parent présentent un danger plus grave pour l'enfant. Dès lors, les résultats des scores de l'échantillon global nous indiquent une variation allant de 8 à 34 ($\bar{X} = 20,75$ $ET = 7,74$). Dans le groupe intervention, ce score varie de 8 à 33 ($\bar{X} = 18,42$ $ET = 7,91$), alors que dans le groupe contrôle, il varie de 11 à 34 ($\bar{X} = 23,08$ $ET = 7,12$).

Tableau 7 : Difficultés présentées par le père et/ou la mère de l'enfant

	Mère (n = 24)	Père (n = 9)
--	---------------	--------------

	Intervention (n=12)	Contrôle (n=12)	Intervention (n=6)	Contrôle (n=3)
Maltraitance	9 (37,5)		1 (11,11)	
	3 (25)	6 (50)	1 (16,67)	0 (0)
- Négligence physique	8 (33,33)		1 (11,11)	
- Négligence émotionnelle	7 (29,17)		0 (0)	
	3 (25)	5 (41,17)	1 (16,67)	0 (0)
	2 (16,67)	5 (41,17)	0 (0)	0 (0)
Suspicion de maltraitance	3 (12,5)		2 (22,22)	
	1 (8,33)	2 (16,67)	1 (16,67)	1 (33,33)
- Négligence physique	1 (4,17)		0 (0)	
- Négligence émotionnelle	2 (8,33)		2 (22,22)	
- Violence physique	1 (4,17)		0 (0)	
	0 (0)	1 (8,33)	0 (0)	0 (0)
	0 (0)	2 (16,67)	1 (16,67)	1 (33,33)
	1 (8,33)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Difficultés à assumer son rôle parental	24 (100)		8 (88,89)	
	12 (100)	12 (100)	5 (83,33)	3 (100)
- Attitudes éducatives inadéquates	19 (79,17)		5 (55,56)	
- Parent dépassé	18 (75)		4 (44,44)	
- Autre (problème de santé, instabilité émotionnelle)	1 (4,17)		0 (0)	
	8 (66,67)	11 (91,17)	3 (50)	2 (66,67)
	9 (75)	9 (75)	3 (50)	1 (33,33)
	1 (8,33)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Difficultés logistiques ou administratives	18 (75)		7 (77,78)	
	7 (58,33)	11 (91,17)	4 (66,67)	3 (100)
- Difficultés financières ou matérielles	14 (58,33)		5 (55,56)	
- Problèmes de logement (avec papiers)	12 (50)		3 (33,33)	
	5 (41,67)	9 (75)	3 (50)	2 (66,67)
	5 (41,67)	7 (58,33)	1 (16,67)	1 (33,33)
Difficultés personnelles	22 (91,67)		7 (77,78)	
	11 (91,67)	11 (91,67)	4 (66,67)	3 (100)
- Assuétudes (produits stupéfiants)	5 (20,83)		1 (11,11)	
- Assuétudes (alcool)	1 (4,16)		0 (0)	
- Difficultés psychologiques	18 (75)		5 (55,56)	
- Limite intellectuelle	8 (33,33)		5 (55,56)	
	1 (8,33)	4 (33,33)	0 (0)	1 (33,33)
	0 (0)	1 (8,33)	0 (0)	0 (0)
	8 (66,67)	10 (83,33)	2 (33,33)	3 (100)
	4 (33,33)	3 (25)	3 (50)	2 (66,67)
Difficultés relationnelles dans la famille	17 (70,83)		4 (44,44)	
	9 (75)	8 (66,67)	4 (66,67)	0 (0)
- Séparation parentale conflictuelle	3 (12,5)		3 (33,33)	
- Violence domestique	14 (58,33)		3 (33,33)	
- Autre (conflits intra-familiaux, père absent)	2 (8,33)		0 (0)	
	3 (25)	0 (0)	0 (0)	3 (100)
	7 (58,33)	7 (58,33)	0 (0)	3 (100)
	1 (8,33)	1 (8,33)	0 (0)	0 (0)

G. Les visites parentales

Les visites parentales hebdomadaires étaient présentes chez tous les participants de notre échantillon global. La fréquence de ces visites varie d'une à quatre visites par semaine avec une moyenne de 1,58 (ET=0,78). Dans le groupe intervention, la fréquence des visites varie d'une à trois visites par semaine avec une moyenne de 1,58 (ET=0,67), alors que dans le groupe contrôle, elle va d'une à quatre visites hebdomadaires avec une moyenne de 1,58 également (ET=0,9). Dans notre échantillon global, au moins une visite par semaine était réalisée hors de l'institution pour six enfants (25%), dont cinq dans le groupe contrôle (41,67%) et un dans le groupe intervention (8,33%). De plus, alors que toutes les mères étaient connues et présentes aux visites institutionnelles de notre échantillon global, seul dix pères (41,67%) étaient connus et présents aux visites dont six du groupe intervention (50%) et quatre du groupe contrôle (33,33%). Au total, 13 pères sont connus et absents (54,17%), dont cinq dans le groupe intervention (41,67%), et huit dans le groupe contrôle (66,67%). Enfin, un seul père de notre échantillon total est inconnu (4,17%), faisant partie du groupe intervention (8,33%). Afin de tester la régularité des parents aux visites sur une échelle de zéro à dix, cette question était posée à l'intervenant : « Sur une échelle de 0 à 10, à combien estimez-vous que le parent soit régulier aux visites ? (0 = pas du tout, 10 = beaucoup) ». Ainsi, l'évaluation de la régularité des visites varie de 7 à 10 dans notre échantillon global, avec une moyenne de 8,94 (ET=1,1). Au sein du groupe intervention, cette moyenne est de 9,08 (ET=1,08), alors que dans le groupe contrôle, cette moyenne est de 8,79 (ET=1,16).

H. Les éducateurs

Au sein de notre échantillon global, le nombre d'éducateurs des enfants dans les institutions variait de 6 à 30 ($\bar{X} = 14,5$ ET = 6,04). Dans le groupe intervention, ce nombre va de 6 à 24 ($\bar{X} = 12,83$ ET = 5,18), alors que dans le groupe contrôle, le nombre d'éducateurs varie entre 7 à 30 ($\bar{X} = 16,17$ ET = 6,59). En ce qui concerne la qualité de la relation avec l'ensemble des éducateurs, celle-ci était évalué par l'intervenant sur une échelle allant de 0 à 10 : « Sur une échelle de 0 à 10, à combien estimez-vous la qualité de la relation entre l'enfant et l'ensemble des éducateurs ? ». Ainsi, plus le score s'approche de 10, plus cela indique une bonne relation avec les éducateurs. Dans notre échantillon global, la qualité de la relation avec les éducateurs varie de 1 à 8, avec une moyenne de 2,42 (ET=1,95). Au sein du groupe intervention, cette qualité varie de 1 à 5, avec une moyenne de 2,25 (ET=1,06). Enfin, dans le groupe contrôle, la qualité de la relation avec l'ensemble des éducateurs varie de 1 à 8, avec une moyenne de 2,58 (ET=2,61).

IV.2 Données étudiées

1. Première hypothèse : L'Intervention relationnelle a un impact positif sur l'évolution du développement de l'enfant

Pour évaluer l'effet de l'Intervention relationnelle sur l'évolution du développement (entre le Temps 1 et le Temps 2) des participants de notre échantillon, nous avons utilisé l'ANOVA mixte. Parmi nos trois variables dépendantes, deux d'entre elles (cognition et motricité) ont eu une distribution normale dans notre échantillon global, mais pas la troisième (langage). Bien que l'ANOVA mixte nécessite la distribution normale de nos données, nous avons pris le risque de l'utiliser car une correspondance non-paramétrique n'existerait pas. Ainsi, les résultats sont à interpréter avec prudence.

Le tableau 8 reprend les résultats de l'ANOVA mixte qui porte sur l'impact de l'Intervention relationnelle dans le processus de développement de l'enfant.

L'analyse de nos données sur la sphère langagière révèle une interaction significative entre le groupe (intervention ou contrôle) et le temps (T1 et T2), ($F(1, 22) = 7.13, p = .01, \eta^2 = .25$), suggérant que l'évolution des scores en langage entre T1 et T2 diffère significativement, au seuil de 5%, entre le groupe intervention et le groupe contrôle.

Les analyses post-hoc sur le développement langagier révèlent une différence significative entre T1 et T2 ($p = .01$) avec les deux ajustements (Tukey-Kramer et Bonferroni). Plus spécifiquement, le groupe d'intervention montre une amélioration significative entre T1 et T2 ($\bar{X}T1 = 86.25, \bar{X}T2 = 93.42 ; p = .003$ avec Tukey-Kramer, $p = .004$ avec Bonferroni), tandis que le groupe contrôle ne montre pas de changement significatif ($\bar{X}T1 = 92.33, \bar{X}T2 = 92.67 ; p > .05$). Cette interaction indique que le groupe d'intervention présente une meilleure évolution entre T1 et T2 que le groupe contrôle : le groupe d'intervention a augmenté de 7.17 points (de 86.25 à 93.42) alors que le groupe contrôle n'a augmenté que de 0.34 points (de 92.33 à 92.67).

Cependant, l'interaction entre le groupe et le temps n'est pas significative pour la cognition et la motricité, suggérant que l'évolution du développement, entre T1 et T2, de ses deux échelles ne diffère pas significativement entre le groupe intervention et le groupe contrôle (voir tableau 8).

Les résultats des moyennes des différences des scores développementaux entre le T1 et le T2 au sein de l'échantillon global, du groupe intervention et du groupe contrôle sont présentés au tableau 9.

Tableau 8 : Résultats de l'ANOVA mixte de l'impact de l'Intervention relationnelle sur le processus de développement de l'enfant.

<i>Effet</i>	<i>VD</i>	<i>Degrés de liberté</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>η^2</i>
Groupe	Cognition	1, 20	2.82	.11	.11

Temps	Langage	1, 20	0.39	.54	.02
	Motricité	1, 20	.21	.65	.01
	Cognition	1, 20	5.66	.03*	.21
	Langage	1, 20	8.59	.01*	.28
	Motricité	1, 20	9.58	.01*	.3
Groupe*Temps	Cognition	1, 20	0.42	.52	.02
	Langage	1, 20	7.13	.01*	.25
	Motricité	1, 20	0.04	.85	.002

* $p < .05$

Tableau 9 : Résultats des moyennes des différences des scores développementaux entre le T1 et le T2 au sein de l'échantillon global, du groupe intervention et du groupe contrôle.

VD	Échantillon global	Groupe intervention	Groupe contrôle
Cognition	$\bar{X} = 4.58$	$\bar{X} = 5.83$	$\bar{X} = 3.33$
	ET = 9.32	ET = 6.69	ET = 11.55
Langage	$\bar{X} = 3.75$	$\bar{X} = 7.17$	$\bar{X} = 0.33$
	ET = 7.05	ET = 5.97	ET = 6.56
Moteur	$\bar{X} = 5.42$	$\bar{X} = 5.08$	$\bar{X} = 5.75$
	ET = 8.39	ET = 6.39	ET = 10.31

2. Deuxième hypothèse : La maltraitance et la gravité des problématiques ont un impact négatif sur le processus de développement de l'enfant et sur l'effet de l'intervention.

Afin d'évaluer l'impact des difficultés vécues par l'enfant sur son processus de développement et sur l'effet de l'IR, nous avons utilisé deux méthodes différentes : la présence de la maltraitance (non normalité : $W = .62$, $p < .0001$) et la gravité des problématiques rencontrées par les parents (normalité : $W = .96$, $p = .39$). En ce sens, une ANOVA mixte a été réalisée bien qu'elle nécessite la distribution normale de nos données. Ainsi, nous avons pris le risque de l'utiliser car une correspondance non-paramétrique n'existerait pas. Les résultats sont donc à interpréter avec prudence.

Lors de notre analyse de l'impact de la maltraitance sur l'évolution du développement de notre échantillon, les résultats (voir tableau 10) relèvent qu'il n'y a pas un effet d'interaction significatif entre la maltraitance (présence ou absence) et le temps (Temps 1 et Temps 2) pour la cognition, le

langage et la motricité. Ainsi, nous ne pouvons pas conclure que l'évolution du développement des enfants entre le Temps 1 et le Temps 2 de l'échantillon global diffère significativement pour les trois sphères selon que l'enfant ait subi de la maltraitance ou pas. L'effet de l'interaction triple entre le groupe, le temps et la maltraitance n'est également pas significatif pour la cognition, le langage et la motricité. Dès lors, entre nos deux groupes, nous ne pouvons pas conclure qu'il y a une différence significative de l'impact de la maltraitance sur l'évolution du développement des enfants dans les trois sphères développementales ainsi que sur l'effet de l'IR.

Le tableau 10 reprend les résultats de l'ANOVA mixte qui concerne l'impact de la maltraitance sur le processus de développement de l'enfant et sur l'IR.

En ce qui concerne l'impact de la gravité des problématiques rencontrées par les parents sur l'évolution du développement de notre échantillon global, les résultats (voir tableau 11) n'indiquent pas un effet d'interaction significatif au seuil de 5% entre la gravité des problématiques et le temps pour la cognition, le langage et la motricité. Ainsi, nous ne pouvons pas conclure que l'évolution du développement des enfants entre le Temps 1 et le Temps 2 de l'échantillon global diffère significativement pour les sphères de cognition, de langage et de motricité selon la gravité des problématiques rencontrées par les parents. L'interaction triple entre la gravité des problèmes rencontrés, le groupe et le temps n'est pas significative non plus pour les trois sphères de développement évaluées (voir tableau 11). Dès lors, entre nos deux groupes, nous ne pouvons pas conclure qu'il y a une différence significative de l'impact de la gravité des problématiques rencontrées par les parents sur l'évolution du développement des enfants dans les trois sphères développementales ainsi que sur l'effet de l'IR.

Le tableau 11 reprend les résultats de l'ANOVA mixte qui concerne l'impact de la gravité des problématiques rencontrées par les parents sur le processus du développement de l'enfant et sur l'IR.

Tableau 10 : Résultats de l'ANOVA mixte de l'impact de la maltraitance sur le processus de développement de l'enfant et sur l'effet de l'IR.

<i>Effet</i>	<i>VD</i>	<i>Degrés de liberté</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>η²</i>
Groupe	Cognition	1, 20	4.67	.04*	.19
	Langage	1, 20	0.54	.47	.03
	Motricité	1, 20	0.51	.48	.03
Maltraitance	Cognition	1, 20	2.81	.11	.12
	Langage	1, 20	0.67	.42	.03

Temps	Motricité	1, 20	0.50	.49	.02
	Cognition	1, 20	4.14	.06	.17
	Langage	1, 20	6.12	.02*	.23
	Motricité	1, 20	8.64	.01*	.30
Groupe*Maltraitance	Cognition	1, 20	0.38	.54	.02
	Langage	1, 20	0.01	.90	.001
	Motricité	1, 20	0.25	.62	.01
Groupe*Temps Maltraitance*Temps	Cognition	1, 20	0.17	.69	.01
	Langage	1, 20	5.02	.04*	.20
	Motricité	1, 20	0	.98	≈ 0
	Cognition	1, 20	2.03	.17	.09
	Langage	1, 20	0.31	.58	.02
	Motricité	1, 20	0.16	.69	.01
	Motricité	1, 20	0.13	.72	.01
Groupe*Temps*Maltraitance	Cognition	1, 20	0.37	.55	.02
	Langage	1, 20	0	.98	0
	Motricité	1, 20	0.13	.72	.01

*p < .05

Tableau 11 : Résultats de l'ANOVA mixte de l'impact de la gravité des problématiques sur le processus de développement de l'enfant et sur l'effet de l'IR.

<i>Effet</i>	<i>VD</i>	<i>Degrés de liberté</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>η²</i>
Groupe	Cognition	1, 20	1.43	.25	.07
	Langage	1, 20	3.60	.07	.15
	Motricité	1, 20	0.28	.60	.01
Gravité des problématiques	Cognition	1, 20	0.30	.59	.01
	Langage	1, 20	0.16	.69	.01
	Motricité	1, 20	0.47	.50	.02
Temps Groupe*Gravité des problématiques	Cognition	1, 20	7.44	.01*	.27
	Langage	1, 20	3.28	.09	.14
	Motricité	1, 20	1.4	.25	.07
	Cognition	1, 20	0.44	.51	.02
	Langage	1, 20	3.46	.08	.15
	Motricité	1, 20	0.25	.62	.01

Groupe*Temps	Cognition	1, 20	1.33	.26	.06
	Langage	1, 20	0.25	.62	.01
	Motricité	1, 20	0.28	.60	.01
Gravité des problématiques*Temps	Cognition	1, 20	3,68	.07	.16
	Langage	1, 20	0.87	.36	.04
	Motricité	1, 20	0.04	.85	.002
Gravité des problématiques*Temps*Groupe	Cognition	1, 20	1.59	.22	.07
	Langage	1, 20	0.07	.80	.003
	Motricité	1, 20	0.23	.63	.01

* $p < .05$

3. Troisième hypothèse : La qualité de la relation à l'éducateur a un impact sur le processus de développement de l'enfant et sur l'effet de l'intervention

Afin d'évaluer l'impact de la qualité de la relation à l'éducateur (non normalité : $W = .67, p < 0.0001$) sur le processus du développement des enfants et sur l'effet de l'IR, une ANOVA mixte a été réalisée. Bien que l'ANOVA mixte nécessite la distribution normale de nos données, nous avons pris le risque de l'utiliser car une correspondance non-paramétrique n'existerait pas. Ainsi, les résultats sont à interpréter avec prudence.

Lors de notre analyse dans l'échantillon globale, de l'impact de la qualité de la relation à l'éducateur sur l'évolution du développement des enfants, les résultats (voir tableau 12) relèvent qu'il n'y a pas un effet d'interaction significatif entre la qualité de la relation à l'éducateur et le temps pour la cognition, le langage et la motricité. Ainsi, dans notre échantillon global, nous ne pouvons pas conclure que l'évolution du développement des enfants dans les trois sphères développementales diffère significativement selon la qualité de la relation à l'éducateur. L'effet de l'interaction triple entre le groupe, le temps et la qualité de la relation à l'éducateur n'est également pas significatif pour la cognition, le langage et la motricité. Dès lors, entre nos deux groupes, nous ne pouvons pas conclure qu'il y a une différence significative de l'impact de la qualité de la relation à l'éducateur sur l'évolution du développement des enfants dans les trois sphères développementales ainsi que sur l'effet de l'IR.

Le tableau 12 reprend les résultats de l'ANOVA mixte qui concerne l'impact de la qualité de la relation à l'éducateur sur le processus de développement de l'enfant et sur l'effet de l'IR.

Tableau 12 : Résultats de l'ANOVA mixte concernant l'impact de la qualité de la relation à l'éducateur sur le processus de développement de l'enfant et sur l'effet de l'IR

<i>Effet</i>	<i>VD</i>	<i>Degrés de liberté</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>η²</i>
Groupe	Cognition	1, 20	0.65	.43	.03
	Langage	1, 20	0.31	.59	.02
	Motricité	1, 20	0.89	.36	.04
Qualité de la relation à l'éducateur	Cognition	1, 20	0.92	.35	.04
	Langage	1, 20	0.30	.59	.02
	Motricité	1, 20	0.12	.73	.01
Temps	Cognition	1, 20	0.01	.92	.001
	Langage	1, 20	0.13	.72	.01
	Motricité	1, 20	2.59	.12	.12
Groupe*Qualité de la relation à l'éducateur	Cognition	1, 20	0	.97	0
	Langage	1, 20	0.96	.34	.05
	Motricité	1, 20	1.64	.22	.08
Groupe*Temps	Cognition	1, 20	0.17	.68	.01
	Langage	1, 20	1.42	.25	.07
	Motricité	1, 20	0.60	.45	.03
Qualité de la relation à l'éducateur*Temps	Cognition	1, 20	2.20	.15	.10
	Langage	1, 20	1.53	.23	.07
	Motricité	1, 20	0.02	.88	.001
Qualité de la relation à l'éducateur*Temps*Groupe	Cognition	1, 20	0.84	.37	.04
	Langage	1, 20	0.06	.80	.003
	Motricité	1, 20	0.92	.35	.04

4. Quatrième hypothèse : Le nombre de visites parentales a un impact positif sur l'évolution du développement de l'enfant et sur l'effet de l'intervention

Afin d'évaluer l'impact du nombre de visites parentales (non normalité : $W = .67$, $p < 0.0001$) sur le processus du développement des enfants et sur l'effet de l'IR, une ANOVA mixte a été réalisée. Bien que l'ANOVA mixte nécessite la distribution normale de nos données, nous avons pris le risque

de l'utiliser car une correspondance non-paramétrique n'existerait pas. Ainsi, les résultats sont à interpréter avec prudence.

Lors de notre analyse sur l'impact du nombre de visites parentales sur l'évolution du développement de notre échantillon global, les résultats (voir tableau 13) relèvent qu'il n'y a pas un effet d'interaction significatif entre le nombre de visites parentales et le temps pour la cognition, le langage et la motricité. Ainsi, nous ne pouvons pas conclure que l'évolution du développement des enfants de l'échantillon global diffère significativement pour les trois sphères développementales en fonction du nombre de visites parentales que bénéficie l'enfant. L'effet de l'interaction triple entre le groupe, le temps et le nombre de visites parentales n'est également pas significatif pour la cognition, le langage et la motricité. Dès lors, entre nos deux groupes, nous ne pouvons pas conclure à une différence significative de l'impact du nombre de visites parentales sur l'effet de l'IR et sur l'évolution du développement des enfants dans les trois sphères.

Le tableau 13 reprend les résultats de l'ANOVA mixte concernant l'impact du nombre de visites parentales sur le processus de développement de l'enfant et sur l'effet de l'IR.

Tableau 13 : Résultats de l'ANOVA mixte de l'impact du nombre de visites parentales sur le processus de développement de l'enfant et sur l'effet de l'IR

<i>Effet</i>	<i>VD</i>	<i>Degrés de liberté</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>η²</i>
Groupe	Cognition	1, 20	0.29	.60	.01
	Langage	1, 20	0	.98	0
	Motricité	1, 20	0.08	.78	.004
Nombre de visites parentales	Cognition	1, 20	0.87	.36	.04
	Langage	1, 20	0.73	.40	.04
	Motricité	1, 20	0.05	.82	.003
Temps	Cognition	1, 20	0.01	.91	.001
	Langage	1, 20	0.88	.36	.04
	Motricité	1, 20	0.23	.63	.012
Groupe*Nombre de visites parentales	Cognition	1, 20	0.03	.87	.002
	Langage	1, 20	0.09	.77	.004
	Motricité	1, 20	0.01	.92	.001
Groupe*Temps	Cognition	1, 20	2.74	.11	.12
	Langage	1, 20	5.11	.04*	.20

Nombre de visites parentales*Temps	Motricité	1, 20	0.05	.83	.002
	Cognition	1, 20	1.06	.31	.05
	Langage	1, 20	0.10	.76	.01
	Motricité	1, 20	0.73	.40	.04
Nombre de visites parentales*Temps*Groupe	Cognition	1, 20	2.27	.15	.10
	Langage	1, 20	1.59	.22	.07
	Motricité	1, 20	0.10	.75	.01

*p < .05

V. Discussion

L'objectif principal de ce travail était d'évaluer l'effet de l'Intervention relationnelle sur le développement des enfants placés en institution de l'aide à la jeunesse en FWB mesuré à l'aide des échelles de la Bayley-III. Dans la littérature, plusieurs essais cliniques randomisés testant l'efficacité de l'IR auprès des familles à haut risque ont permis de documenter ses effets bénéfiques sur l'amélioration de la qualité de l'attachement ainsi que l'amélioration du développement cognitif et moteur des enfants et des tout-petits (Dubois-Comtois et al., 2017 ; De Theux-Heymans et al., 2013 ; Juffer et al., 2012 ; Moss et al., 2011 ; Moss et al., 2017 ; Stams et al., 2001). Or, à notre connaissance, dans ces nombreuses études, l'IR n'a pas été utilisée dans le cas où l'enfant n'est pas dans son milieu de vie comme en institution, séparé de ses parents. De plus, alors que la littérature nous informe que le développement des enfants placés en institution se voit impacter au niveau des sphères cognitive, langagière et motrice (Dozier et al., 2014 ; Giese & Dawes, 1999 ; Johnson et al., 2006 ; Nelson et al., 2007 ; Vorria et al., 2003), que très peu d'étude à ce sujet existe dans les institutions de Europe de l'Ouest (Carter, 2005). En outre, au-delà de notre hypothèse principale d'une amélioration du processus de développement chez les familles ayant bénéficié de l'IR, nous avons cherché à évaluer l'impact de différents facteurs liés au parcours de placement sur ce processus, en nous basant sur la littérature scientifique (Bakermans-Kranenburg et al., 2011 ; Giese & Dawes, 1999 ; van IJzendoorn et al., 2008 ; Vorria et al, 2003). Cependant, jusqu'à présent, aucune étude n'a évalué l'effet d'un programme de soutien à la parentalité comme l'IR sur l'évolution du développement de l'enfant placé en institution de la FWB en utilisant un outil standardisé.

V.1 Première hypothèse : L'Intervention relationnelle a un impact positif sur l'évolution du développement de l'enfant

Notre première hypothèse portant sur l'impact positif de l'IR sur l'évolution du développement de l'enfant placé est partiellement validée. Un effet significatif de l'intervention a été démontré

spécifiquement pour le développement langagier. Ainsi, les enfants ayant bénéficié de l'IR auraient une plus grande évolution de leur développement langagier, comparé aux enfants n'ayant pas bénéficié de l'IR. Ce résultat va dans le sens de notre hypothèse et rejoint les résultats d'autres recherches présentes dans la littérature scientifique montrant une amélioration significative du développement du langage à la suite des programmes parentaux appliqués dans les familles (Jeong et al., 2021). De plus, ces données contribuent à une vision théorique grandissante, car l'IR n'avait pas montré, en notre connaissance, des effets bénéfiques sur l'évolution du développement langagier des enfants placés en institution jusqu'à là. Ainsi, nos résultats sur l'évolution du développement linguistique des enfants ayant bénéficié de l'IR sont d'autant plus surprenants que, dans notre échantillon, les enfants ne bénéficient en moyenne que d'une heure de contact hebdomadaire avec leurs parents en institution. Cela pose donc des interrogations quant aux différents mécanismes par lesquels l'IR pourrait avoir un impact positif sur le développement des enfants.

Une hypothèse possible est que l'IR a eu un impact positif sur l'amélioration des compétences parentales, et ce, par exemple, par la mentalisation parentale, encouragée par l'IR, qui se réfère à la capacité des parents à percevoir leur enfant comme un être doté d'un monde intérieur propre, comprenant ses émotions, désirs, pensées et motivations (Garelli & Wendland, 2017). En retour, cela a pu favoriser les échanges parent-enfant, même dans un temps d'interaction limité, contribuant ainsi à l'évolution des compétences linguistiques de l'enfant. En effet, les recherches dans la littérature documentent les conséquences positives de la mentalisation parentale sur les capacités langagières de l'enfant (Laranjo, *et al.*, 2012), ainsi que sur la sécurité d'attachement de ce dernier (Koren-Karie, *et al.*, 2002).

Une autre hypothèse est que la connaissance de la participation des enfants dans l'IR par les intervenants de l'institution, pourrait avoir impacté les interactions avec ces derniers. Ils pourraient, consciemment ou inconsciemment, apporter une meilleure stimulation langagière aux enfants du groupe intervention, notamment à travers une communication plus riche ou un soutien plus marqué dans les interactions quotidiennes, en raison de leurs attentes positives envers ces derniers. En retour, ces attentes pourraient avoir renforcé le développement des enfants dans leur sphère langagière, créant un effet de prophétie autoréalisatrice (Rosenthal, R., 1974). Cependant, cette hypothèse soulève également un questionnement d'un possible biais : « Pourquoi cet effet serait-il observé uniquement dans la sphère langagière et pas pour la cognition ni la motricité ? ».

Troisièmement, il est possible que l'effet de l'amélioration du langage soit le résultat d'un facteur externe non étudié dans notre étude, ou d'un biais méthodologique qui n'a pas pu être écarté. Car pour rappel, les enfants ne voient leurs parents en moyenne qu'une fois par semaine pendant une

durée d'une heure seulement. En prenant en compte ce contexte, l'effet unique de l'IR sur l'évolution du développement langagier peut être assez étonnant. Ainsi, une fois que Madame Knüppel aurait fini sa recherche, il serait intéressant d'analyser s'il y a la présence d'une amélioration de la qualité de la relation des dyades parent-enfant chez ces enfants qui ont présenté une augmentation du développement langagier.

Néanmoins, l'IR n'a pas montré d'effet différentiel significatif dans le temps pour la cognition et la motricité, suggérant que les enfants placés ayant bénéficié de l'intervention n'auraient pas une meilleure évolution de leur développement cognitif et moteur comparés aux autres enfants placés n'ayant pas bénéficié de l'IR. Ce résultat est en contradiction avec les résultats de plusieurs essais cliniques randomisés testant l'efficacité de l'IR auprès des familles à haut risque ou négligentes, documentant des effets bénéfiques de l'IR sur l'amélioration du développement cognitif et moteur des enfants (Dubois-Comtois et al., 2017 ; Moss et al., 2017 ; Stams et al., 2001).

Plusieurs explications peuvent être avancées face à ces résultats. Premièrement, les études citées plus haut sur l'IR ont été réalisées avec des enfants qui vivent avec leurs parents biologiques ou adoptifs dans leur milieu de vie (Dubois-Comtois et al., 2017 ; Moss et al., 2017 ; Stams et al., 2001). Or, notre recherche a été réalisée auprès d'enfants placés en institution qui ne bénéficient que d'une visite parentale en moyenne par semaine. En dehors de ces visites, l'enfant réside au sein de l'institution, séparé de ses parents. De plus, ces visites se font généralement dans des salles qui ne sont pas propices au développement moteur des enfants. Ainsi, il n'est pas très étonnant que nos résultats sur certaines sphères développementales diffèrent des autres études sachant que la fréquence des contacts parents-enfants est fortement réduite, diminuant ainsi les occasions pour le parent de travailler la qualité d'attachement avec son enfant sur base de l'IR.

Notre deuxième explication suit la première et la complète, mais touche un autre point. Comme dit précédemment, notre recherche a été effectuée dans un contexte de placement institutionnel. Ce contexte a démontré de nombreux effets néfastes dans la littérature en ce qui concerne le développement de l'enfant au niveau de la cognition, du langage et de la motricité (Dozier et al., 2014 ; Giese & Dawes, 1999 ; Johnson et al., 2006 ; Nelson et al., 2007 ; Vorria et al., 2003). De plus, les recherches montrent que les diverses difficultés rencontrées au sein du système familial peuvent avoir un impact significatif sur le développement de l'enfant (Britto et al., 2017 ; Walker et al., 2011). Dès lors, nous pouvons imaginer que l'impact de ce placement ainsi que les raisons qui ont mené à cela (telles que la maltraitance), peuvent peser plus fort chez les enfants de notre échantillon que l'impact de l'intervention.

Dès lors, afin d'approfondir la compréhension de nos résultats, nous avons trouvé cela pertinent d'examiner l'influence de plusieurs variables modératrices, telles que la qualité de la relation à l'éducateur, le nombre de visites parentales, la présence de la maltraitance et la gravité des problématiques rencontrées par les parents de notre échantillon.

V.2 Deuxième hypothèse : La maltraitance et la gravité des problématiques ont un impact négatif sur le processus de développement de l'enfant et sur l'effet de l'intervention

Afin d'analyser notre deuxième hypothèse, nous avons utilisé deux méthodes différentes pour mesurer l'impact des difficultés rencontrées par l'enfant au sein de sa famille d'origine : premièrement, la présence ou non de la maltraitance, et deuxièmement, la gravité des problématiques rencontrées par le parent. Les résultats obtenus sur l'impact de la maltraitance, ainsi que l'impact de la gravité des problématiques sur l'évolution de développement des enfants ne confirment pas notre hypothèse. En effet, aucune différence significative n'a été retrouvée, suggérant que les enfants ayant subi de la maltraitance ou dont les parents ont vécu une gravité plus grande des problématiques ne diffèrent pas de ceux qui n'ont pas subi de la maltraitance ou qui présentent une gravité plus faible de problématiques. Et ce, que ce soit au sein de notre échantillon global ou dans la comparaison entre nos deux groupes. Nous avons établi cette hypothèse sur base de la littérature qui indique que les enfants ayant subi de la maltraitance ou qui ont rencontré des difficultés au sein du système familial voient d'importants impacts sur leur développement général (Garret-Gloaneac & Pernel, 2012, 2017 ; Govindama et al., 2019 ; Britto et al., 2017 ; Walker et al., 2011). De plus, sur base de l'impact positif de l'IR sur le développement des enfants à hauts risques (Dubois-Comtois et al., 2017 ; Moss et al., 2017 ; Stams et al., 2001), nous avons émis l'hypothèse que les enfants du groupe intervention ayant subi de la maltraitance ou une plus grande gravité des problématiques, auraient une évolution du développement plus élevée que ceux du groupe contrôle qui rencontrent les mêmes difficultés. Ceci n'a pas été confirmé par nos résultats.

Néanmoins, en prenant en compte les nombreuses études qui indiquent que les enfants élevés en institution présentent de plus faibles performances développementales de façon générale (Nelson et al., 2007 ; Zeanah et al., 2005 ; Vorria et al., 2003 ; Sparling et al., 2005 ; Van IJzendoorn et al., 2008), il se peut que les enfants de notre échantillon aient subi l'impact de leurs difficultés d'une intensité différente que notre étude n'a pas pu évaluer. Ainsi, cela pourrait expliquer l'absence de différence dans l'évolution de développement dans notre échantillon global ainsi que dans nos deux groupes. Une autre explication qui peut être soulevée, concerne la possibilité de résilience que certains enfants ayant subi des événements traumatogènes ont pu vivre au sein de notre échantillon. Cette hypothèse est avancée sur base de la littérature qui indique que face aux situations et aux

contextes potentiellement traumatogènes, cela peut provoquer une situation de crise et mettre à l'épreuve les facteurs internes de l'individu. Le sujet, ici l'enfant, mobiliserait donc des modalités adaptatives et des mécanismes de défense, entraînant des « possibilités d'adaptation et de récupération » au cours de son développement (Diatkine., 1967). Ainsi, il se peut que les enfants ayant subi plus de difficultés aient pu récupérer et s'adapter à la situation dans laquelle ils se trouvent. Enfin, une troisième explication sur l'absence de significativité peut être reliée à la petite taille de notre échantillon.

V.3 Troisième hypothèse : La qualité de la relation à l'éducateur a un impact sur le processus de développement de l'enfant et sur l'effet de l'intervention

Notre troisième hypothèse portant sur l'impact de la qualité de la relation à l'éducateur sur le processus de développement de l'enfant et sur l'effet de l'IR n'a pas été confirmée. Aucun effet significatif n'a été trouvé, que ce soit dans l'échantillon global ou dans la comparaison entre nos deux groupes. Cette hypothèse avait été formulée sur base de la littérature qui indique l'importance et l'impact de la qualité des interactions entre les adultes (intervenants) et les jeunes enfants placés en institution sur l'amélioration de leur développement plus sain à court et long-terme (Mascaro et al., 2012 ; The St. Petersburg-USA Orphanage Research Team, 2008). Nos résultats ne confirment donc pas cela. Une explication à ce manque de résultat peut provenir d'un potentiel biais concernant la mesure de la qualité de la relation qui a été évaluée par un intervenant sur base d'une échelle allant de 0 à 10. Aucun détail supplémentaire n'a été demandé dans cette cotation, et nos données ne proviennent donc pas d'un questionnaire détaillé et standardisé, ou encore d'une observation rigoureuse. Cela a pu limiter la précision de nos données récoltées de notre échantillon quant à la qualité de la relation à leur éducateur. Une deuxième explication peut provenir de la petite taille de notre échantillon. Une troisième hypothèse repose quant à elle sur l'absence d'impact de l'IR, ainsi que sur le fait que la qualité de la relation ne serait peut-être pas un modérateur du développement de l'enfant.

V.4 Quatrième hypothèse : Le nombre de visites parentales a un impact positif sur l'évolution du développement de l'enfant et sur l'effet de l'intervention

Nous avons émis l'hypothèse que la fréquence des visites parentales aurait un impact positif sur l'évolution du développement des enfants de l'échantillon global, suggérant qu'un enfant qui a plus de visites parentales aurait une meilleure progression de son développement que celui qui en a moins. Cette hypothèse a été formulée sur base de la littérature qui avance que la fréquence de ces visites peut être bénéfique pour l'enfant lorsque le parent se montre sensible (Déprez, 2015). De plus, la sensibilité étant travaillée dans l'IR, nous avons imaginé que les enfants du groupe intervention qui

bénéficient de plus de visites parentales auraient une meilleure progression de leur développement que ceux du groupe contrôle. Cependant, nos analyses, qu'elles portent sur l'échantillon global ou sur la comparaison entre le groupe intervention et le groupe contrôle, n'ont révélé aucun résultat significatif en faveur de cette hypothèse.

Ce manque de résultat est plutôt étonnant, car dans notre première hypothèse, l'impact positif de l'IR a été mis en lumière dans l'évolution du développement langagier des enfants placés. Dès lors, on aurait pu imaginer que les enfants qui bénéficient de plus de visites parentales auraient un changement plus important dans leurs trois sphères développementales. Cet aspect serait donc intéressant à évaluer avec un échantillon plus important.

V.5 Discussion générale sur nos hypothèses

Parmi nos quatre hypothèses, celle qui a été partiellement confirmée par nos analyses statistiques est la première hypothèse, qui teste uniquement l'impact de l'IR sur le développement de l'enfant et dont nous avons eu un résultat pour la sphère langagière.

Tout d'abord, dans le contexte institutionnel, les enfants placés ne voient généralement leurs parents uniquement qu'une heure par semaine, limitant ainsi les opportunités d'interaction dyadique. En prenant en compte cela, identifier une réelle amélioration du développement de ces enfants après l'IR appliquée aux parents est probablement très difficile, car les enfants sont constamment exposés à l'institution. Dans ce contexte, les intervenants des institutions sont les personnes qui entourent l'enfant dans leur environnement quotidien. Ainsi, nous pouvons formuler l'hypothèse selon laquelle un travail avec l'institution et les intervenants pourrait probablement jouer un rôle plus important dans le développement des enfants placés.

Ensuite, notre échantillon a été composé de 24 sujets seulement, dont 12 dans le groupe intervention et 12 dans le groupe contrôle. Cette petite taille d'échantillon peut représenter une contrainte méthodologique importante, car elle diminue la puissance statistique, c'est-à-dire la capacité des analyses à détecter des effets réels, même s'ils existent.

Enfin, nous avons pu observer à plusieurs reprises que les enfants pouvaient vivre diverses difficultés en ce qui concerne le contexte de passation et l'outil Bayley-III utilisé avec eux. Et ce, bien que nous ayons veillé à adopter une approche respectueuse du rythme de chaque enfant. En effet, nous avons pris le temps nécessaire pour les accompagner, et nous leur avons accordé plusieurs pauses, si besoin, dans le but d'assurer des conditions optimales avant de poursuivre l'évaluation. Pour rappel, le *testing* peut parfois durer plus de 60 minutes, exigeant tant une concentration et une attention sur les différents items présentés, qu'une adaptation aux multiples consignes précises

données. Ces caractéristiques ont été qualifiées par les éducateurs, à de nombreuses passations aussi bien en T1 qu'en T2, comme des challenges parfois trop poussés pour les enfants. Ils ont souligné que le temps de passation était trop long pour des enfants qui n'avaient pas l'habitude que l'on soit en individuel avec eux aussi longtemps. En effet, durant la passation, une grande partie des enfants ont manifesté de la détresse après un certain moment, que ce soit par l'opposition (« non », jet d'objets à terre, ...) ou le retrait. Nous avançons donc l'hypothèse que les conditions de passation ont influencé en partie les scores développementaux des enfants évalués. À la suite de cela, un questionnaire quant à la pertinence et à l'adéquation d'un tel outil et *testing* émerge, soulevant l'idée d'adapter ces évaluations aux besoins spécifiques de l'enfant placé.

VI. Implications théoriques, pratiques et cliniques du travail

À notre connaissance, aucune recherche à ce jour n'a examiné l'impact de l'Intervention relationnelle sur le développement des enfants placés en institution en Fédération Wallonie-Bruxelles. Pourtant, dans les familles à haut risque et maltraitantes, la littérature souligne l'efficacité de cet outil sur l'amélioration de la qualité de l'attachement, de la sensibilité parentale et du développement cognitif et moteur des enfants et des tout-petits (Dubois-Comtois et al., 2017 ; De Theux-Heymans et al., 2013 ; Juffer et al., 2012 ; Moss et al., 2011 ; Moss et al., 2017 ; Stams et al., 2001). En prenant en compte l'importance de la période critique que représente la petite enfance dans le développement de l'individu (Britto et al., 2017) et sa sensibilité face aux influences de l'environnement (Shonkoff et al., 2012), cette étude se place dans une optique d'agir sur ces différents points au sein d'une population d'enfants placés en institution à travers un outil de soutien à la parentalité.

L'objectif de ce mémoire était d'évaluer l'effet de l'intervention relationnelle sur le développement des enfants placés en institution en FWB. En outre, nous avons tenté de mettre en avant l'impact de diverses variables, liées au contexte de placement, qui peuvent influencer le développement des enfants, suggérant que ceux ayant pu bénéficier de l'IR auraient une meilleure évolution du développement que ceux n'en ayant pas bénéficié. Les données développementales que nous avons récoltées suggèrent un impact positif de l'IR sur le développement langagier des enfants placés.

Il semblerait que les études portant sur l'exploration de l'effet de l'IR sur les enfants placés en institution sont relativement rares, voire inexistantes. De plus, l'investigation de ce programme sur le développement langagier ne paraîtrait pas avoir donné de résultats dans les divers travaux publiés. Ainsi, il semble d'autant plus surprenant d'observer une amélioration sur cette sphère de développement dans le contexte au sein duquel notre recherche a été réalisée. C'est-à-dire, en

institution où les enfants ne voient en moyenne leurs parents qu'une fois par semaine en l'espace d'une heure seulement. Dès lors, il serait pertinent d'investiguer et de croiser les résultats obtenus avec celle de Madame Knüppel, afin d'analyser s'il y a la présence d'une amélioration de la qualité de la relation des dyades parent-enfant chez les enfants de notre échantillon qui ont présenté une augmentation du développement langagier. Les observations issues de notre étude pourraient également soulever des questionnements quant à l'existence des mécanismes sous-jacents, tels que le rôle indirect que pourraient jouer les éducateurs dans la stimulation langagière des enfants placés. L'influence d'un possible facteur externe est également à prendre en considération.

À la suite de multiples questionnements et hypothèses que nous avons soulevés dans notre discussion, nous pensons qu'il serait intéressant de poursuivre l'exploration de l'impact de l'IR dans le contexte institutionnel, mais en mobilisant, en plus de la qualité de la relation parent-enfant, la qualité de la relation éducateur-enfant. Car, en effet, dans les institutions, les éducateurs sont les donneurs de soins principaux des enfants. Nous faisons donc l'hypothèse que l'IR auprès des intervenants pourrait améliorer la qualité de la relation entre les éducateurs et les enfants, et ainsi, provoquer un impact positif indirect sur leur développement en adoptant une approche plus sensible. De plus, nous trouvons également important l'investigation de plusieurs autres variables modératrices en plus de celles que nous avons déjà examinées. Ces variables supplémentaires pourraient porter sur le nombre de placements que l'enfant a vécu, la durée de vie passée dans les institutions et auprès des parents, le nombre d'éducateurs que l'enfant a connu, etc. En effet, notre étude indiquerait l'impact positif de l'IR sur le développement cognitif des enfants placés dont les parents ont rencontré un certain nombre de difficultés. Ainsi, l'impact de l'IR sur cette variable, mais aussi sur d'autres facteurs de risque pourrait être examiné.

En outre, afin d'identifier l'existence d'autres variables qui pourraient influencer le développement des enfants placés, il serait pertinent de suivre de façon régulière et générale le développement de ces enfants dans les institutions. Dès lors, une étude qui examine ce point important pourrait aider d'autres recherches comme la nôtre à identifier quelles variables seraient intéressantes à examiner. Par ailleurs, concernant l'outil utilisé dans cette étude pour mesurer le développement des enfants (Bayley-III), nous nous questionnons quant à l'adéquation de cet outil dans un contexte institutionnel, car les passations peuvent être assez lourdes pour ces enfants placés. Dès lors, si les intervenants pouvaient appliquer l'outil au sein de leur institution, les différentes échelles pourraient être testées en l'espace de plusieurs jours, diminuant ainsi la contrainte de devoir faire l'entièreté du *testing* en une seule fois. Par conséquent, nous pensons que les contraintes pour

l'enfant pourraient être réduites. Une autre recommandation face à cette contrainte serait de mesurer le développement des enfants avec un outil différent, plus adapté aux enfants placés en institution.

Dernièrement, bien que l'objectif de ce travail soit d'évaluer l'impact de l'IR relationnelle sur le développement de l'enfant, nous ne pouvons pas finir cette recherche sans mentionner que les institutions semblent présenter des limites quant à leur capacité à soutenir de manière optimale le développement des enfants placés. En effet, pendant la réalisation de nos passations, nous avons pu observer que les enfants avaient, par exemple, l'interdiction d'utiliser les escaliers sans tenir la rambarde. Rares étaient ceux qui réussissaient à monter ou à descendre les marches de façon autonome. L'utilisation des ciseaux était également souvent interdite, entraînant une curiosité assez remarquable sur cet outil pendant les moments de *testing*. Au niveau du langage, lorsque nous posions des questions aux éducateurs quant à l'utilisation des formes de phrases ou du temps des verbes utilisés par l'enfant (le passé ou le futur), la plupart d'entre eux nous répondaient qu'ils ne pourraient pas y répondre car ils n'avaient jamais fait attention à cela au vu du nombre d'enfants qu'ils avaient à s'occuper dans leur groupe. Ainsi, ces quelques observations fournissent, en petite partie, un aperçu du fonctionnement institutionnel. Lorsque nous regardons la littérature, les chercheurs relatent que les éducateurs n'encourageraient pas les enfants à faire seuls les choses de façon autonome au vu de leur manque de temps dans les institutions, et que les interactions seraient plus de nature régulatrice. Ainsi, ces conditions de vie sembleraient participer aux retards moteurs observés chez les enfants placés (Vorria et al., 2003 ; Giese & Dawes, 1999). De plus, les auteurs indiquent également un contrôle excessif de leur environnement par les éducateurs dans les institutions (Carter, 2005 ; Mulheir & Browne, 2007 ; Smyke et al., 2007).

VII. Limites méthodologiques

Avant de tirer des conclusions sur les résultats présentés, il est essentiel de considérer les limites de la conception de cette étude. Plusieurs domaines ont été identifiés comme faisant défaut dans notre recherche, ceux-ci étant liés à la méthodologie de notre étude.

Limites liées aux outils :

Dans le cadre de cette étude, l'utilisation de l'outil Bayley-III, afin de mesurer les capacités développementales des enfants placés dans notre étude, peut avoir introduit plusieurs biais. Ces biais sont documentés dans la littérature et incluent des facteurs tels que le langage, les capacités attentionnelles et mnésiques, le statut socio-économique, les connaissances ou expériences antérieures, la culture ou encore les déficits sensoriels et moteurs (Leaders project, 2013). Ces éléments, susceptibles d'avoir un impact sur les résultats du test, sont particulièrement importants

dans le contexte des enfants placés en institution. En effet, ces enfants font souvent face à des trajectoires de vie marquées par des difficultés dans ces domaines spécifiques, qui sont également ceux que le test évalue (Dozier et al., 2014 ; Johnson et al., 2016). De plus, il convient de souligner que la version actuelle de la Bayley-III ne dispose pas d'une traduction française approuvée. Bien que dans notre recherche, nous ayons élaboré une traduction française de sorte qu'elle soit similaire pour chaque passation, cette version peut présenter des biais liés aux à l'utilisation du langage et aux nuances culturelles propres à chaque langue. En ce sens, puisque l'outil Bayley-IV est adapté en français (Bayley et al., 2022), nous suggérons que les recherches futures préfèrent cette version révisée de l'outil plus récent. En outre, les normes utilisées pour l'interprétation des résultats sont basées sur des normes américaines, ce qui pose des interrogations quant à leur applicabilité pour une population d'enfants placés en institution en Fédération Wallonie-Bruxelles.

Par ailleurs, l'information quant à la qualité de la relation aux éducateurs a été collectée par les intervenants sur base d'une échelle allant de 0 à 10. Aucun détail supplémentaire n'a été demandé dans cette cotation. Dès lors, cela a pu limiter la précision de nos données récoltées de par la subjectivité des intervenants chargés de répondre à l'échelle. Cette absence de précision peut avoir entraîné un biais de cotation, influencé par les perceptions et expériences subjectives et individuelles des répondants.

Limites liées à l'échantillon :

Dans notre étude, un échantillon de 24 participants séparés en deux groupes de 12 enfants a été recruté. Cette petite taille de l'échantillon peut représenter une contrainte méthodologique importante en diminuant la puissance statistique de nos données, et ainsi en diminuant la capacité des analyses à détecter des effets réels, même s'ils existent. Nous ne pouvons donc pas généraliser les résultats de cette étude à l'ensemble de la population.

Limites liées aux informations manquantes :

L'absence d'analyse complémentaire concernant le développement de l'enfant en fonction de son âge et de son sexe est une autre limite de cette étude. La considération de ces données aurait pu nous permettre d'examiner plus en profondeur les caractéristiques de notre échantillon et les différences dans l'évolution du développement des enfants, incluant l'impact de l'IR. Cela aurait pu contribuer à enrichir l'interprétation de nos données. De plus, certaines variables pertinentes comme la disposition de l'enfant à s'engager dans la passation au moment de l'évaluation sont également manquantes.

Une autre limite quant à la méthodologie de notre étude concerne l'absence de vérification de la fiabilité inter-évaluateurs dans l'utilisation de la Bayley-III. En effet, deux examinateurs ont participé à la collecte de données sur le développement des enfants placés en institution. La première a évalué 13 enfants, alors que la deuxième en a évalué 11. Malgré cela, aucune analyse n'a été réalisée afin de déterminer si les évaluations différaient de manière significative entre les deux. Cette absence de contrôle peut donc introduire un biais dans les résultats, car des différences dans l'application de l'outil de Bayley-III pourraient influencer la comparabilité et la précision des données collectées.

VIII. Conclusion

Dans le cadre de ce mémoire, notre objectif a été d'évaluer l'effet de l'Intervention relationnelle sur le développement des jeunes enfants placés en institution de l'aide à la jeunesse en FWB (SASPE / SRG). Par ailleurs, nous avons cherché à mettre en avant l'influence de divers facteurs liés au contexte institutionnel sur le processus de développement des enfants ainsi que sur l'effet de l'IR. Ces facteurs pouvaient être liés au contexte du placement de l'enfant ou au fonctionnement de l'institution dans lequel il réside. Au total, un échantillon de 24 enfants, âgés de 12 à 42 mois et placés dans une des onze institutions de la FWB, a été inclus dans cette étude. Deux groupes ont été formés : un groupe intervention et un groupe contrôle qui ont impliqué 12 participants chacun. Nous avons récolté, en deux temps, les mesures de développement de l'enfant en cognition, en langage et en motricité à l'aide de l'outil Bayley-III en compagnie d'un intervenant. Un délai d'environ deux mois a été appliqué entre les récoltes du prétest (Temps 1) et post-test (Temps 2). Pendant ce délai, alors que les participants du groupe contrôle ont poursuivi les visites institutionnelles parentales habituelles, le groupe intervention a bénéficié du programme de soutien à la parentalité qui est l'Intervention relationnelle. De plus, les informations d'anamnèse sur l'enfant et son placement ont été récoltées à l'aide d'un questionnaire remis au professionnel chargé du participant.

À travers cette recherche, nous avons formulé l'hypothèse principale selon laquelle les enfants ayant bénéficié de l'IR montreraient une évolution plus positive de leur développement dans les sphères cognitive, langagière et motrice, comparativement aux enfants n'ayant pas bénéficié de cette intervention. Par ailleurs, nous avons également exploré l'impact potentiel de l'IR sur différentes variables liées au contexte institutionnel, dans le but d'évaluer si cette intervention pourrait contribuer à améliorer le développement des enfants placés. Ces variables concernent la présence ou l'absence de maltraitance, la gravité des problématiques rencontrées par les parents, la qualité de la relation entre les éducateurs et l'enfant, et finalement, le nombre de visites institutionnelles que l'enfant reçoit de ses parents.

Les résultats obtenus suggèrent que l'IR aurait un impact positif sur le développement langagier des enfants placés. Ceci confirme partiellement notre hypothèse principale qui porte sur l'impact positif de l'IR sur le développement de l'enfant. Cependant, pour les deux autres sphères, à savoir la cognition et la motricité, aucun résultat significatif n'a été observé. De plus, l'intervention mise en place ne montre aucun impact sur le développement des enfants lorsque nous prenons en compte les autres variables, à savoir : la présence ou l'absence de la maltraitance, la gravité des problématiques rencontrées par les parents, la qualité de la relation entre les éducateurs et l'enfant, et enfin, le nombre de visites institutionnelles que l'enfant reçoit de ses parents. Dès lors, nos hypothèses prenant en compte ces différentes variables citées n'ont pas été confirmées car aucun effet significatif n'a été observé.

En conclusion, bien que notre recherche ait mis en évidence des résultats montrant des tendances intéressantes, les limites de l'étude sont à prendre en considération. Pour rappel, les enfants de notre échantillon placés dans les institutions en FWB ne bénéficient en moyenne que d'une visite hebdomadaire d'une heure seulement avec leurs parents. Ainsi, il convient de prendre en compte les éventuels facteurs externes qui peuvent exister. Néanmoins, cette étude représente une contribution initiale afin de mieux comprendre l'impact de l'IR au sein du contexte institutionnel en FWB, et offre des pistes de réflexion pour des recherches futures. Comme recommandations, nous suggérons de poursuivre l'exploration de l'impact de l'IR dans le contexte institutionnel en élargissant son application aux éducateurs, car ces derniers constituent les donneurs de soins principaux des enfants placés. Par ailleurs, il serait pertinent d'investiguer l'impact de l'IR sur d'autres variables susceptibles d'influencer le développement, tout en poursuivant un suivi régulier des progrès de l'enfant au sein des institutions afin d'identifier de nouveaux facteurs à explorer. Finalement, des ajustements concernant l'outil de mesure utilisé (Bayley-III) pour mesurer le développement des enfants pourraient être envisagés. Que ce soit en étalant les passations sur plusieurs jours ou que ce soit en utilisant un outil mieux adapté au contexte institutionnel.

Pour finir, il nous semble cohérent de penser qu'entre les murs d'une institution, il est peu probable de créer la chaleur d'un foyer pour un enfant placé. Pourtant, les pratiques de placement institutionnel demeurent encore largement appliquées dans les systèmes de protection de l'enfance, et ce, malgré les nombreux effets délétères de ce contexte sur le développement de l'enfant. Ce paradoxe met en lumière la nécessité urgente de repenser ces pratiques et de privilégier des alternatives plus adaptées au bien-être de l'enfant.

« Giving children a healthy start in life, no matter where they are born or the circumstances of their birth, is the moral obligation of every one of us. » - Nelson Mandela

IX. Bibliographie

Aboud, F., Samuel, M., Hadera, A., & Addus, A. (1991). Intellectual, social and nutritional status of children in an Ethiopian orphanage. *Social Science Medicine*, 33(11), 1275-128. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(91\)90075-N](https://doi.org/10.1016/0277-9536(91)90075-N)

Accueil spécialisé—Office de la naissance et de l'enfance. (s. d.). <https://www.one.be/professionnel/milieux-daccueil/accueil-specialise/>

Administration générale de l'Aide à la Jeunesse et du centre pour mineurs dessaisis. (2022, 22 mai). Publication : comparaison des prises en charge en SASPE et en SRG/PEP spécifiquement dédiés à l'accueil des enfants de 0 à 6 ans. Aide à la jeunesse BE. [https://www.aidealajeunesse.cfwb.be/index.php?id=detail_article1&no_cache=1&tx_cfwbarticlefe_cfwbarticlefront\[action\]=show&tx_cfwbarticlefe_cfwbarticlefront\[controller\]=Document&tx_cfwbarticlefe_cfwbarticlefront\[publication\]=3993&cHash=f6f4b87ab9ebce35b610a347603b2b99](https://www.aidealajeunesse.cfwb.be/index.php?id=detail_article1&no_cache=1&tx_cfwbarticlefe_cfwbarticlefront[action]=show&tx_cfwbarticlefe_cfwbarticlefront[controller]=Document&tx_cfwbarticlefe_cfwbarticlefront[publication]=3993&cHash=f6f4b87ab9ebce35b610a347603b2b99)

Administration générale de l'aide à la jeunesse. (2018). *Décret du 18 janvier 2018 portant le code de la prévention, de l'aide à la jeunesse et de la protection de la jeunesse.* Ministère de la Fédération Wallonie Bruxelles.

Adolph, K. E., & Berger, S. E. (2005). Physical and Motor Development. In M. H. Bornstein & M. E. Lamb (Eds.), *Developmental science: An advanced textbook* (pp. 223–281). Lawrence Erlbaum Associates Publishers.

Aide à la jeunesse : les services mandatables pour les mineurs en danger. (s.d.). Aide et protection de la jeunesse – Les services. Droit de la jeunesse. Consulté le 2 mai 2023, à l'adresse <https://droitdelajeunesse.be/professionnels/aide-à-la-jeunesse/service-de-1%27aide-à-la-jeunessemineur-en-danger.html>

Ainsworth, M. (1969). Object Relations, Dependency, and Attachment: A Theoretical Review of the Infant Mother Relationship. *Child Development*, 40(4), 969-1025. <https://doi.org/10.2307/1127008>

Ainsworth, M. D. (1962). The effects of maternal deprivation: A review of findings and controversy in the context of research strategy. *Public Health Papers*, 14, 97-165.

Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. N. (1978). *Patterns of attachment : A psychological study of the strange situation.* <http://ci.nii.ac.jp/ncid/BB19374390>

- Albers, C. A., & Grieve, A. G. (2007). Test Review : Bayley, N. (2006). Bayley Scales of Infant and Toddler Development– Third Edition. San Antonio, TX : Harcourt Assessment. *Journal of Psychoeducational Assessment*, 25(2), 180-190. <https://doi.org/10.1177/0734282906297199>
- Aranda, C. (2019). Le point de vue des parents d'enfants placés avant l'âge de trois ans. *Recherches Familiales*, n° 16(1), 51-64. <https://doi.org/10.3917/rf.016.0051>
- Atkinson, J., & Braddick, O. (2005). Neurobiological models of normal and abnormal visual development. In *Psychology Press eBooks* (p. 63-82). <https://doi.org/10.4324/9780203989395-12>
- Aunos, M., Goupil, G., & Feldman, M. (2003). Les mères présentant une déficience intellectuelle: revue de littérature. *Handicap (Paris. 1999)*, (97), 32-53.
- Autorités mandantes -SAJ/SPJ - Portail de l'aide à la jeunesse en Fédération Wallonie-Bruxelles. (s. d.). Accueil - Portail de l'aide à la jeunesse en Fédération Wallonie-Bruxelles. <https://www.aidealajeunesse.cfwb.be/index.php?id=631>
- Baillargeon, R., & Devos, J. (1991). Object Permanence in Young Infants : Further Evidence. *Child Development*, 62(6), 1227. <https://doi.org/10.2307/1130803>
- Bakermans-Kranenburg, M. J., Steele, H., Zeanah, C. H., Muhamedrahimov, R. J., Vorria, P., Dobrova-Krol, N. A., Steele, M., van IJzendoorn, M. H., Juffer, F., & Gunnar, M. R. (2011). Iii. Attachment and Emotional Development in Institutional Care : Characteristics and Catch Up. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 76(4), 62-91. <https://doi.org/10.1111/j.1540-5834.2011.00628.x>
- Ballester, R., Huertas, F., Molina, E., and Sanabria, D. (2018). Sport participation and vigilance in children: influence of different sport expertise. *J. Sport Health Sci.* 7, 497–504. <https://doi.org/10.1016/j.jshs.2017.05.008>
- Baltes, P.B., Lindenberger, U., Staudinger, U.M. (2006). Life span theory in developmental psychology. In Lerner R.M. (Ed.), *Handbook of child psychology: Theoretical model of human development* (6th ed., vol. 1, pp. 569-664). Hoboken, NJ: Wiley. <https://doi.org/10.1002/9780470147658.chpsy0111>
- Baptista, J., Belsky, J., Marques, S., Silva, J. R., Martins, C., & Soares, I. (2019). Early family adversity, stability and consistency of institutional care and infant cognitive, language and motor development across the first six months of institutionalization. *Infant Behavior & Development*, 57, 101387. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2019.101387>

Bassano, D. (2007). Emergence et développement du langage : enjeux et apports des nouvelles approches fonctionnalistes. In E. Demont & M. N. Metz-Lutz (Eds.), *L'acquisition du langage et ses troubles* (pp.13–46). Marseille : SOLAL Editeurs.

Baudry, C., & Tarabulsky, G. M. (2013). A critical examination of the link between the quality of mother-infant interactions and infant cognitive development. In *Poster presented at the Biennial Meeting of the Society for Research in Child Development, Seattle, WA*.

Baudry, C., Tarabulsky, G. M., Atkinson, L., Pearson, J., & St-Pierre, A. (2017). Intervention with Adolescent Mother–Child Dyads and Cognitive Development in Early Childhood : A Meta-Analysis. *Prevention Science*, 18(1), 116-130. <https://doi.org/10.1007/s11121-016-0731-7>

Bauer, P. J. (2007). Event memory. *Handbook of child psychology*, 2. <https://doi.org/10.1002/9780470147658.chpsy0209>

Bauer, P. J., & Dow, G. A. (1994). Episodic memory in 16- and 20-month-old children : Specifics are generalized but not forgotten. *Developmental Psychology*, 30(3), 403-417. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.30.3.403>

Bayley, N. (2006). *Bayley Scales of Infant and Toddler Development—Third Edition: Administration manual*. San Antonio, TX: Harcourt Assessment.

Bayley, N., Aylward, G., & Pearson. (2022). *BAYLEY-4 - Échelles de développement du nourrisson et du jeune enfant de Bayley - 4e édition*. Pearson Clinical & ; Talent Assessment. <https://www.pearsonclinical.fr/bayley-4>

Beers, S. R., & De Bellis, M. D. (2002). Neuropsychological Function in Children With Maltreatment-Related Posttraumatic Stress Disorder. *American Journal of Psychiatry*, 159(3), 483-486. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.159.3.483>

Bell, L. (2008). L'établissement de la relation parents-enfant: Un modèle d'évaluation et d'intervention ayant pour cible la sensibilité parentale. *L'infirmière clinicienne*, 5(2), 39-44.

Belleau, P., Poirier, M., & Goulet, A. (2019). *Accueillir la petite enfance : programme éducatif pour les services de garde éducatifs à l'enfance*.

Belsky, J., & Fearon, P. (2002). Infant–mother attachment Security, Contextual Risk, and Early Development : A Moderational analysis. *Development and Psychopathology*, 14(2), 293-310. <https://doi.org/10.1017/s0954579402002067>

- Berger, M., Castellani, C., Ninoreille, K., Basset, T., Frere-Meusnier, D., & Rigaud, C. (2010). Stress dus aux traumatismes relationnels précoces : conséquences cérébrales de la perturbation de la sécrétion du cortisol sanguin chez les nourrissons. *Neuropsychiatrie De L'enfance Et De L'adolescence*, 58(5), 282-292. <https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2009.09.003>
- Berger, S.K., (2012). *Psychologie du développement* (De Boeck Supérieur, Éd.). De Boeck.
- Bertó, C., Ferrin, M., Barberá, M., Livianos, L., Rojo, L., & García-Blanco, A. (2017). Abnormal emotional processing in maltreated children diagnosed of complex posttraumatic stress disorder. *Child Abuse & Neglect*, 73, 42-50. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.09.020>
- Black, D., & Newman, M. (1996). Children and Domestic Violence : A Review. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 1(1), 79-88. <https://doi.org/10.1177/1359104596011007>
- Black, M. M., Walker, S., Fernald, L. C. H., Andersen, C. T., DiGirolamo, A., Lu, C., McCoy, D. C., Fink, G., Shawar, Y. R., Shiffman, J., Devercelli, A. E., Wodon, Q., Vargas-Barón, E., & Grantham-McGregor, S. (2017). Early Childhood Development Coming of Age : Science through the Life Course. *The Lancet*, 389(10064), 77-90. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(16\)31389-7](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(16)31389-7)
- Booth, T., Booth, T. A., & Booth, W. (1998). *Growing up with parents who have learning difficulties*. Psychology Press.
- Bouchard, C. (2008). *Le développement global de l'enfant de 0 à 5 ans en contextes éducatifs*. PUQ.
- Bouchard, C. (2016). Le développement global de l'enfant à l'éducation préscolaire. Dans Raby, C. et Charron, A.(dir.), *Intervenir à l'éducation préscolaire. Pour favoriser le développement global de l'enfant* (2^e édition). Montréal : CEC, 10-21.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss: Vol. 1* . New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base: Clinical applications of attachment theory*, Routledge.
- Bradley, R. H., & Whiteside-Mansell, L. (1997). Children in poverty. In R. T. Ammerman & M. Hersen (Eds.), *Handbook of prevention and treatment with children and adolescents: Intervention in the real world context* (pp. 13–58). John Wiley & Sons, Inc..
- Bronfenbrenner, U. (1979). The ecology of human development : experiments by nature and design. Dans *Harvard University Press eBooks*. <http://ci.nii.ac.jp/ncid/BA0129742X>
- Carter, R., & Everychild. (2005). *Family Matters: Une étude de la garde d'enfants en institution en Europe centrale et orientale et dans l'ex-Union soviétique*. Londres : EveryChild.

- Catani, M. (2007). From hodology to function. *Brain*, 130(3), 602-605. <https://doi.org/10.1093/brain/awm008>
- Chandler, L. (1990). Neuromotor assessment. *Interdisciplinary assessment of infants: A guide for early intervention professionals*, 45-61.
- Chartier, S. (2019). Comment améliorer les relations entre les parents et leur enfant placé? Diagnostic de la situation des relations des parents avec leur enfant placé. Université de Liège.
- Chartier, S. (2022). *Comment améliorer les relations entre les parents et leurs enfants placés ? Étude sur les facteurs qui les influencent* [Thèse de doctorat, Université de Liège]. ORBi.
- Chartier, S., et Blavier, A. (2023). Are children in foster care in better psychological health than children in institutions? What factors influence the outcome? Submitted to *Child et Family Social Work*. 28(1), 25-36. <https://doi.org/10.1111/cfs.12938>
- Cicchetti, D., & Toth, S. L. (1995). A developmental psychopathology perspective on child abuse and neglect. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34(5), 541-565. <https://doi.org/10.1097/00004583-199505000-00008>
- Cole, M. (2005). Culture in development: In: Bomstein MN, Lamb ME. *Developmental science: An advanced textbook (5e)*, 45-102.
- Collins, W. A., Maccoby, E. E., Steinberg, L., Hetherington, E. M., & Bornstein, M. H. (2000). Contemporary research on Parenting : The case for nature and Nurture. *American Psychologist*, 55(2), 218-232. <https://doi.org/10.1037/0003-066x.55.2.218>
- Cooklin, A. (2006). Children as carers of parents with mental illness. *Psychiatry*, 5(1), 32-35. <https://doi.org/10.1383/psyt.2006.5.1.32>
- Craven, P. A., & Lee, R. E. (2006). Therapeutic Interventions for Foster Children : A Systematic Research Synthesis. *Research on Social Work Practice*, 16(3), 287-304. <https://doi.org/10.1177/1049731505284863>
- Cyr, C., Dubois-Comtois, K., Michel, G., Poulin, C., Pascuzzo, K., Losier, V., . Moss, E. (2012). Attachment Theory in the Assessment and Promotion of Parental Competency in Child Protection Cases. Dans A. Muela (Éd.), *Child Abuse and Neglect - A Multidimensional Approach* (pp. 63-88). IntechOpen. <https://doi.org/10.5772/48771>

- Cyr, C., Euser, E. M., Bakermans-Kranenburg, M. J., & Ijzendoorn, M. H. V. (2010). Attachment security and disorganization in maltreating and high-risk families : A series of meta-analyses. *Development and Psychopathology*, 22(1), 87-108. <https://doi.org/10.1017/S0954579409990289>
- Cyr, C., Paquette, D., Dubois-Comtois, K., & Lopez, L. (2015). An attachment-based intervention protocol for the assessment of parenting capacities in child welfare cases. *Society for Research in Child Development, Philadelphia, PA*.
- Cyr, K., Clément, M.-È., & Chamberland, C. (2014). Lifetime Prevalence of Multiple Victimizations and Its Impact on Children's Mental Health. *Journal of Interpersonal Violence*, 29(4), 616-634. <https://doi.org/10.1177/0886260513505220>
- De Theux-Heymans, M. N., Stievenart, M., & Roskam, I. (2013). Une intervention brève auprès de parents adoptants centrés sur la sensibilité parentale : effets sur le sentiment de compétence parentale et l'attachement de l'enfant. *Pratiques Psychologiques*, 19(2), 87-101. <https://doi.org/10.1016/j.prps.2013.04.001>
- Déprez, A. (2015). *L'effet de la visite parentale chez le bébé placé en pouponnière : une étude exploratoire des réactions du bébé avant, pendant et après un contact avec ses parents*. <http://www.theses.fr/2015USPCB020>
- Déprez, A., & Wendland, J. (2015). La visite parentale chez l'enfant placé, une revue de la littérature. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 173(6), 494– 498. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2013.07.009>
- Diatkine, R. (1967). Du normal et du pathologique dans l'évolution mentale de l'enfant (ou des limites de la psychiatrie infantile). *La psychiatrie de l'enfant*, 10(1), 1.
- Dozier, M., Zeanah, C. H., Wallin, A. R., & Shaffer, C. (2012). Institutional Care for Young Children : Review of Literature and Policy Implications. *Social Issues And Policy Review*, 6(1), 1-25. <https://doi.org/10.1111/j.1751-2409.2011.01033.x>
- Dubois-Comtois, K., Cyr, C., Tarabulsy, G. M., St-Laurent, D., Bernier, A., & Moss, E. (2017). Testing the Limits : Extending attachment-based intervention effects to infant cognitive outcome and parental stress. *Development and Psychopathology*, 29(2), 565-574. <https://doi.org/10.1017/s0954579417000189>
- Duncan, G. J., Brooks-Gunn, J., & Klebanov, P. K. (1994). Economic deprivation and early childhood development. *Child Development*, 65(2), 296. <https://doi.org/10.2307/1131385>

- Eigsti, I. M., Weitzman, C., Schuh, J., de Marchena, A., & Casey, B. J. (2011). Language and cognitive outcomes in internationally adopted children. *Development and Psychopathology*, **23**, 629–646. <https://doi.org/10.1017/S0954579411000204>
- Emonts, P., Capelle, X., Grandfils, S., Petit, P., Bucheler, V., & Rigo, V. (2019). Alcool, grossesse et allaitement. *Revue médicale de Liège*, *74*, 360-364. <https://orbi.uliege.be/handle/2268/238887>
- Enlow, M. B., Egeland, B., Blood, E. A., Wright, R. O., & Wright, R. J. (2012). Interpersonal trauma exposure and cognitive development in children to age 8 years : A longitudinal study. *J Epidemiol Community Health*, *66*(11), 1005-1010. <https://doi.org/10.1136/jech-2011-200727>
- Feldman, M. A., & Walton-Allen, N. (1997). Effects of maternal mental retardation and poverty on intellectual, academic, and behavioral status of school-age children. *PubMed*, *101*(4), 352-364. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9017082>
- Feldman, M. A., Case, L., Towns, F., & Betel, J. (1985). Parent Education Project. I: Development and nurturance of children of mentally retarded parents. *American Journal of Mental Deficiency*, *90*(3), 253-258. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2417482>
- Field, T., Hernandez-Reif, M., & Diego, M. (2006). Intrusive and withdrawn depressed mothers and their infants. *Developmental Review*, *26*(1), 15-30. <https://doi.org/10.1016/j.dr.2005.04.001>
- Firdion, J-M. (2006). Influence des événements de jeunesse et héritage social au sein de la population des utilisateurs des services d'aide aux sans-domicile. *Économie et statistique*, *391- 392*, 85-114. DOI : <https://doi.org/10.3406/estat.2006.7155>.
- Florin, A. (2016). *Le développement du langage-2e éd.* Dunod.
- Folio,R. M.,& Fewell,R. R. (2000). *Peabody Developmental Motor Scales–Second Edition.* Austin,TX:Pro-Ed.
- Fukkink, R. (2008). Video Feedback in Widescreen : A Meta-analysis of family programs. *Clinical Psychology Review*, *28*(6), 904-916. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2008.01.003>
- Garcia Quiroga, M., & Hamilton-Giachritsis, C. (2015). Attachment styles in children living in alternative care: A systematic review of the literature. *Child & ; Youth Care Forum*, *45*(4), 625– 653. <https://doi.org/10.1007/s10566-015-9342-x>

- Garelli, C., & Wendland, J. (2017). Aptitude à la mentalisation parentale, disposition à la conscience de soi et stress parental chez les mères d'enfants âgés de 1 à 4 ans. *Devenir*, Vol. 29(2), 105-123. <https://doi.org/10.3917/dev.172.0105>
- Garret-Gloanec, N. & Pernel, A. (2012). Conséquences des négligences parentales sur les bébés. *L'information psychiatrique*, 88, 195-207. <https://doi.org/10.1684/ipe.2012.0905>
- Garret-Gloanec, N., & Pernel, A. S. (2017). 33. La négligence, une forme de maltraitance. In *Psychiatrie et psychopathologie périnatales* (pp. 299-307). Dunod.
- Giese, S., & Dawes, A. (1999). Child care, developmental delay and institutional practice. *South African Journal of Psychology*, 29(1), 17– 22. <https://doi.org/10.1177/008124639902900103>
- Glennen, S. (2009). Speech and language guidelines for children adopted from abroad at older ages. *Topics in Language Disorders*, 29(1), 50-64. <https://doi.org/10.1097/tld.0b013e3181976df4>
- Gorza, M., & Cardoso, T. (2023). L'impact de la pauvreté sur le développement et la santé des jeunes enfants. *Empan*, 129(1), 28-34. <https://doi.org/10.3917/empa.129.0028>
- Govindama, Y., Ledrait, A., Charlet, A., & Garba, A. M. (2019). Différences entre des profils des effets des maltraitements physiques et psychologiques sur le développement de l'enfant de moins de 3 ans en France. *Devenir*, 31(2), 145. <https://doi.org/10.3917/dev.192.0145>
- Gravel, S., & Martin, V. (2016). *À nous de jouer ! Le développement moteur de l'enfant, un pilier important du développement global*. Ministère de l'éducation. <https://numerique.banq.qc.ca/patrimoine/details/52327/3214737>
- Greeson, J. K. P. (2013). Foster Youth and the Transition to Adulthood : The Theoretical and Conceptual Basis for Natural Mentoring. *Emerging Adulthood*, 1(1), 40-51. <https://doi.org/10.1177/2167696812467780>
- Gunnar, M. R., Bruce, J., & Grotevant, H. D. (2000). International Adoption of Institutionally Reared Children : research and policy. *Development and Psychopathology*, 12(4), 677-693. <https://doi.org/10.1017/s0954579400004077>
- Herman, J. L. (1992). Complex PTSD : A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 5(3), 377-391. <https://doi.org/10.1002/jts.2490050305>

- Hesse, E., & Main, M. (2000). Disorganized infant, child, and adult attachment: collapse in behavioral and attentional strategies. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 48(4), 1097-1127. <https://doi.org/10.1177/00030651000480041101>
- Hirsh-Pasek, K., Adamson, L. B., Bakeman, R., Owen, M. T., Golinkoff, R. M., Pace, A., ... & Suma, K. (2015). The contribution of early communication quality to low-income children's language success. *Psychological science*, 26(7), 1071-1083. <https://doi.org/10.1177/0956797615581493>
- Hirsh-Pasek, K., Golinkoff, R. M., Berk, L. et Singer, D. (2008). A mandate for playful learning in preschool: Presenting the evidence. New York, NY : Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780195382716.001.0001>
- Hussey, D. L., & Guo, S. (2002). Profile Characteristics and Behavioral Change Trajectories of Young Residential Children. *Journal of Child and Family Studies*, 11(4), 401-410. <https://doi.org/10.1023/A:1020927223517>
- Hussey, J. M., Chang, J. J., & Kotch, J. B. (2006). Child Maltreatment in the United States : Prevalence, Risk Factors, and Adolescent Health Consequences. *Pediatrics*, 118(3), 933-942. <https://doi.org/10.1542/peds.2005-2452>
- Hutchon, B. (2005). *Bayley Scales of Infant and Toddler Development* [Diapositives]. Bayley Training, Royaume-Uni.
- Iverson, J. M. (2010). Developing language in a developing body : the relationship between motor development and language development. *Journal of Child Language*, 37(2), 229-261. <https://doi.org/10.1017/s0305000909990432>
- James, S., Roesch, S., & Zhang, J. J. (2012). Characteristics and Behavioral Outcomes for Youth in Group Care and Family-Based Care : A Propensity Score Matching Approach Using National Data. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 20(3), 144-156. <https://doi.org/10.1177/1063426611409041>
- Jeong J, Franchett EE, Ramos de Oliveira CV, Rehmani K, Yousafzai AK (2021) Parenting interventions to promote early child development in the first three years of life: A global systematic review and meta-analysis. *PLoS Med* 18(5): e1003602. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003602>
- Johnson, R., Browne, K., & Hamilton-Giachritsis, C. (2006). Young children in institutional care at risk of harm. *Trauma, Violence, & Abuse*, 7(1), 34– 60. <https://doi.org/10.1177/1524838005283696>

- Johnson, S. P., Bremner, J. D., Slater, A., Mason, U., Foster, K., & Cheshire, A. (2003). Infants' Perception of Object Trajectories. *Child Development*, 74(1), 94-108. <https://doi.org/10.1111/1467-8624.00523>
- Juffer, F., Bakermans-Kranenburg, M. J., & Van IJzendoorn, M. H. (2012). *Promoting Positive Parenting : An Attachment-Based Intervention*. Routledge.
- Karmiloff-Smith, A. (1992). *Beyond modularity: A developmental perspective on cognitive science*. The MIT Press.
- Kendall-Tackett, K. (2002). The Health Effects of Childhood Abuse : Four pathways by which abuse can influence health. *Child Abuse & Neglect*, 26(6-7), 715-729. [https://doi.org/10.1016/s0145-2134\(02\)00343-5](https://doi.org/10.1016/s0145-2134(02)00343-5)
- Kessler, R. C., McLaughlin, K. A., Green, J. G., Gruber, M. J., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M., ... & Williams, D. R. (2010). Childhood adversities and adult psychopathology in the WHO World Mental Health Surveys. *The British journal of psychiatry*, 197(5), 378-385. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.080499>
- Koren-Karie, N., Oppenheim, D., Dolev, S., Sher, E., & Etzion-Carasso, A. (2002). Mothers' insightfulness regarding their infants' internal experience : Relations with maternal sensitivity and infant attachment. *Developmental Psychology*, 38(4), 534-542. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.38.4.534>
- Lafortune, D., & Gilbert, S. (2016). Analyse critique de la littérature sur les enjeux de l'intervention auprès des parents à risque de maltraitance : Cibler le facteur générationnel ? *Pratiques Psychologiques*, 22(2), 105-123. <https://doi.org/10.1016/j.prps.2015.11.003>
- Lanius, R. A., Bluhm, R., & Frewen, P. A. (2011). How understanding the neurobiology of complex post-traumatic stress disorder can inform clinical practice : A Social cognitive and affective Neuroscience approach. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 124(5), 331-348. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2011.01755.x>
- Laranjo, J., & Bernier, A. (2012). Children's expressive language in early toddlerhood : links to prior maternal mind-mindedness. *Early Child Development And Care*, 183(7), 951-962. <https://doi.org/10.1080/03004430.2012.699964>
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. New York : Springer Publishing Company.

Lee, B. R., & Thompson, R. (2008). Comparing outcomes for youth in treatment foster care and family-style group care. *Children and Youth Services Review*, 30(7), 746-757. <https://doi.org/10.1016/j.chilyouth.2007.12.002>

Legendre, R. (2005). *Dictionnaire actuel de l'éducation*. Montréal : Guérin.

Leonard, C. M. (2003). Neural substrate of speech and language development. *The cognitive neuroscience of development*, New York, Psychology Press, 127-156.

Les indicateurs de l'aide à la jeunesse : Un nouvel outil de pilotage du secteur. (s. d.). http://www.aidealajeunesse.cfwb.be/index.php?id=detail_article1&no_cache=1&tx_cfwbarticlefe_cfwbarticlefront%5Baction%5D=show&tx_cfwbarticlefe_cfwbarticlefront%5Bcontroller%5D=Document&tx_cfwbarticlefe_cfwbarticlefront%5Bpublication%5D=2861&cHash=fd467e1b1ab3bd1071d5dc2b74673197

Leslie, L. K., Landsverk, J., Ezzet-Lofstrom, R., Tschann, J. M., Slymen, D. J., & Garland, A. F. (2000). Children in foster care : Factors influencing outpatient mental health service use²¹This project was approved by the University of California, San Francisco's Human Subjects Review Committee and The Children's Hospital San Diego Institutional Review Board.²²Funding for the original data collection was provided by The National Center on Child Abuse and Neglect (90CA145804) and The National Institute of Mental Health (R01-46078-01). *Child Abuse & Neglect*, 24(4), 465-476. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(00\)00116-2](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(00)00116-2)

Lewis, M. A., Leake, B., Giovannoni, J., Rogers, K., & Monahan, G. (1995). Drugs, poverty, pregnancy, and foster care in Los Angeles, California, 1989 to 1991. *Western Journal of Medicine*, 163(5), 435-440. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8533405>

Linden, M., Baumann, K., Rotter, M., & Schippan, B. (2007). The Psychopathology of Posttraumatic Embitterment Disorders. *Psychopathology*, 40(3), 159-165. <https://doi.org/10.1159/000100005>

Lips, U. (2014). Maltraitance infantile – protection infantile : Pas uniquement du ressort des pédiatres. *PrimaryCare*, 14(07), 113-116. <https://doi.org/10.4414/pc-f.2014.00654>

Lundy, B. L., Field, T., & Pickens, J. (1996). Infants of mothers with depressive symptoms are less expressive. *Infant behav dev*, 19, 590. [https://doi.org/10.1016/s0163-6383\(96\)90644-x](https://doi.org/10.1016/s0163-6383(96)90644-x)

Lyons-Ruth, K., Repacholi, B. M., McLeod, S. H., & Silva, E. (1991). Disorganized attachment behavior in infancy : short-term stability, maternal and infant correlates, and risk-related subtypes. *Development and Psychopathology*, 3(4), 377-396. <https://doi.org/10.1017/s0954579400007586>

- Maccoby, E. E. (2000). Parenting and its Effects on children : On reading and misreading Behavior Genetics. *Annual Review of Psychology*, 51(1), 1-27. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.51.1.1>
- Mann, R. D., & Andrews, E. B. (Eds.). (2007). *Pharmacovigilance*. John Wiley & Sons.
- Mascaró, R., Dupuis-Gauthier, C., Jardri, R., & Delion, P. (2012). Evaluation des effets du placement précoce du bébé en pouponnière. *Devenir*, Vol. 24(2), 69-115. <https://doi.org/10.3917/dev.122.0069>
- McConnell, D., Feldman, M., Aunos, M., & Prasad, N. (2011). Parental cognitive impairment and child maltreatment in Canada. *Child Abuse & Neglect*, 35(8), 621-632. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2011.04.005>
- McGlade, A., Ware, R., & Crawford, M. (2009). Child Protection Outcomes for Infants of Substance-Using Mothers : A Matched-Cohort Study. *Pediatrics*, 124(1), 285-293. <https://doi.org/10.1542/peds.2008-0576>
- Merz, E. C., McCall, R. B., & Groza, V. (2013). Parent-Reported Executive Functioning in Postinstitutionalized Children : A Follow-Up Study. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 42(5), 726-733. <https://doi.org/10.1080/15374416.2013.764826>
- Milot, T., Collin-Vézina, D., & Godbout, N. (2018). *Trauma complexe : Comprendre, évaluer et intervenir*. PUQ.
- Moratal, C., Lupiáñez, J., Ballester, R., and Huertas, F. (2020). Deliberate soccer practice modulates attentional functioning in children. *Front. Psychol.* 11, 761–771. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00761>
- Moss, E., Dubois-Comtois, K., Cyr, C., Bernier, A., & St-Laurent, D. (2017). Development and validation of the attachment video-feedback intervention program. *Handbook of attachment-based interventions*, 318-338. New York, NY: Guilford.
- Moss, E., Dubois-Comtois, K., Cyr, C., Tarabulsy, G. M., St-Laurent, D., & Bernier, A. (2011). Efficacy of a home-visiting intervention aimed at improving maternal sensitivity, child attachment, and behavioral outcomes for maltreated children : a randomized control trial. *Development and Psychopathology*, 23(1), 195-210. <https://doi.org/10.1017/s0954579410000738>
- Mounier, B. (2009). Spécificités des cures d'enfants placés en famille d'accueil: réflexions sur le maintien du lien. *La psychiatrie de l'enfant*, 52(2), 517-534. <https://doi.org/10.3917/psy.522.0517>

Mulheir, G. and Browne, K. (2007). *De-Institutionalising And Transforming Children's Services: A Guide To Good Practice*. Birmingham: University of Birmingham Press.

Nelson, C. A., Zeanah, C. H., Fox, N. A., Marshall, P., Smyke, A. T., & Guthrie, D. (2007). Cognitive Recovery in Socially Deprived Young Children : The Bucharest Early Intervention Project. *Science*, 318(5858), 1937-1940. <https://doi.org/10.1126/science.1143921>

O'Connor, T. G. (2002). Annotation : The 'effects' of parenting reconsidered : findings, challenges, and applications. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43(5), 555-572. <https://doi.org/10.1111/1469-7610.00046>

O'Donnell, M., Maclean, M. J., Sims, S., Morgan, V. A., Leonard, H., & Stanley, F. J. (2015). Maternal mental health and risk of child protection involvement : mental health diagnoses associated with increased risk. *Journal Of Epidemiology & Community Health*, 69(12), 1175-1183. <https://doi.org/10.1136/jech-2014-205240>

O'Rahilly, R. R., & Müller, F. (2001). *Human Embryology & Teratology* (3^e éd.). Wiley-Liss.

Office de la Naissance et de l'Enfance. (s.d.). Accompagnement des familles en situations de vulnérabilité psychosociales. Ministère de la Fédération Wallonie-Bruxelles. https://www.one.be/fileadmin/user_upload/siteone/PRO/SOUPA/Accompagnement-des-familles-ensituation-vulnerabilites-psychosociales.pdf

Organisation mondiale de la Santé, (2019) Soins attentifs pour le développement de la petite enfance : un cadre pour aider les enfants à survivre et à s'épanouir afin de transformer la santé et le potentiel humain.

Organisation mondiale de la santé, *Préambule à la constitution de l'Organisation mondiale de la Santé*, adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19-22 juin 1946, signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 États (*Actes officiels de l'Organisation mondiale de la santé*, no 2, p. 100) et entré en vigueur le 7 avril 1948.

Palacios, J., & Sánchez-Sandoval, Y. (2005). Beyond adopted/nonadopted comparisons. In D. M. Brodzinsky & J. Palacios (Eds.), *Psychological issues in adoption: Research and practice* (pp. 117–144). Praeger Publishers/Greenwood Publishing Group.

Pallanca, D. (2008). Les caractéristiques des mères d'accueil et leur niveau de sensibilité maternelle dans le développement d'une nouvelle relation d'attachement chez les enfants placés. (Thèse de doctorat). Université du Québec à Montréal.

- Paul, R., & Elwood, T. J. (1991). Maternal Linguistic Input to Toddlers With Slow Expressive Language Development. *Journal of Speech Language and Hearing Research*, 34(5), 982-988. <https://doi.org/10.1044/jshr.3405.982>
- Perego, G., Caputi, M., & Ogliari, A. (2015). Neurobiological correlates of psychosocial deprivation in children : A Systematic review of Neuroscientific contributions. *Child & youth care forum*, 45(3), 329-352. <https://doi.org/10.1007/s10566-015-9340-z>
- Perry, B. D. (2006). Applying Principles of Neurodevelopment to Clinical Work with Maltreated and Traumatized Children: The Neurosequential Model of Therapeutics. In N. B. Webb (Ed.), *Working with traumatized youth in child welfare* (pp. 27–52). The Guilford Press.
- Pixa-Kettner, U. (1999). Follow-up study on parenting with intellectual disability in Germany. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 24(1), 75-93. <https://doi.org/10.1080/13668259900033891>
- Plaza, M. (2014). Le développement du langage oral. *Contraste*. <https://doi.org/10.3917/cont.039.0099>
- Polderman, T. J., Benyamin, B., De Leeuw, C. A., Sullivan, P. F., Van Bochoven, A., Visscher, P. M., & Posthuma, D. (2015). Meta-analysis of the heritability of human traits based on fifty years of twin studies. *Nature genetics*, 47(7), 702-709. <https://doi.org/10.1038/ng.3285>
- Posthuma, D. (2015). Meta-analysis of the heritability of human traits based on fifty years of twin studies. *Nature Genetics*, 47(7), 702-709. <https://doi.org/10.1038/ng.3285>
- Potin, E. (2013). Protection de l'enfance : parcours scolaires des enfants placés. *Revue des Politiques Sociales et Familiales*, 112(1), 89-100. <https://doi.org/10.3406/caf.2013.2824>
- Prises en charge*. (s. d.). Chiffres Clés. https://statistiques.cfwb.be/aide-a-la-jeunesse/jeunes-en-difficulte-etou-en-danger/prises-en-charge/?fbclid=IwAR0Rk2-zRlkoUSCLDmNFWq0j9D0bbcmYKCrvj-4Nn_LNpHUGAneaMtCMfxc
- Project, L. (2013, 25 novembre). *Test Review : Bayley-III / LEADERSproject*. <https://www.leadersproject.org/2013/11/25/test-review-bayley-iii/>
- Reece, E. A., & Hobbins, J. C. (2007). *Handbook of Clinical Obstetrics : The Fetus and Mother* (2^e éd.). Wiley-Blackwell.

- Reupert, A., & Maybery, D. (2016). What do we know about families where parents have a mental illness? A systematic review. *Child & Youth Services*, 37(2), 98-111. <https://doi.org/10.1080/0145935X.2016.1104037>
- Richter, L., Daelmans, B., Lombardi, J., Heymann, J., Bóo, F. L., Behrman, J. R., Lu, C., Lucas, J., Pérez-Escamilla, R., Dua, T., Bhutta, Z. A., Stenberg, K., Gertler, P., & Darmstadt, G. L. (2017). Investing in the Foundation of Sustainable Development : Pathways to Scale up for Early Childhood development. *The Lancet*, 389(10064), 103-118. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(16\)31698-1](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(16)31698-1)
- Roig, M., Nordbrandt, S., Geertsen, S. S., and Nielsen, J. B. (2013). The effects of cardiovascular exercise on human memory: a review with meta-analysis. *Neurosci. Biobehav. Rev.* 37, 1645–1666. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2013.06.012>
- Romeo RR, Segaran J, Leonard JA, Robinson ST, West MR, Mackey AP, Yendiki A, Rowe ML, Gabrieli JDE (2018) Language exposure relates to structural neural connectivity in childhood. *J Neurosci* 38:7870–7877. <https://doi.org/10.1523/JNEUROSCI.0484-18.2018>
- Rosas, J., & McCall, R. B. (2011). Characteristics of institutions, interventions, and resident children's development. *International Journal of Behavioral Development*.
- Rosenthal, R. (1974). *On the social psychology of the self-fulfilling prophecy: Further evidence for Pygmalion effects and their mediating mechanisms*. MSS Modular Publications.
- Roskam, I., Galdiolo, S., Meunier, J. C., & Stiévenart, M. (2015). *Psychologie de la parentalité. Modèles théoriques et concepts fondamentaux*. Louvain-la-Neuve: De Boeck Supérieur.
- Rovee-Collier, C. (1987). Learning and memory in infancy. In J. D. Osofsky (Ed.), *Handbook of infant development* (pp. 98–148). John Wiley & Sons.
- Rovee-Collier, C. (2001). Information Pick-Up by Infants : What Is It, and How Can We Tell ? *Journal of Experimental Child Psychology*. <https://doi.org/10.1006/jecp.2000.2601>
- Rutter, M. (2002). Nature, Nurture, and Development : From evangelism through science toward policy and practice. *Child Development*, 73(1), 1-21. <https://doi.org/10.1111/1467-8624.00388>
- Salahu-Din, S. N., & Bollman, S. R. (1994). Identity development and self-esteem of young adolescents in foster care. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 11(2), 123-135. <https://doi.org/10.1007/BF01875771>

- Scholte, E. M. (1997). Exploration of Criteria for Residential and Foster Care. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38(6), 657-666. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1997.tb01693.x>
- Scholte, E. M., & Van der Ploeg, J. D. (2010). Effectiviteit in de residentiele jeugdzorg: Doelgroepen en werkwijze van Horizon [Effectiveness in residential youth care: Target group and process in Horizon]. *Leiden: Universiteit Leiden afdeling Orthopedagogiek*.
- Scott, K. A., Roberts, J., & Glennen, S. (2011). How well do children who are internationally adopted acquire language ? A Meta-Analysis. *Journal of Speech Language and Hearing Research*, 54(4), 1153-1169. [https://doi.org/10.1044/1092-4388\(2010/10-0075](https://doi.org/10.1044/1092-4388(2010/10-0075)
- Services agréés—Portail de l'aide à la jeunesse en Fédération Wallonie-Bruxelles*. (s. d.). <http://www.aidealajeunesse.cfwb.be/index.php?id=servicesagrees>
- Sharkins, K. A., Leger, S. E., & Ernest, J. M. (2017). Examining effects of poverty, maternal depression, and Children's Self-Regulation abilities on the development of language and cognition in early childhood : An Early Head start perspective. *Early Childhood Education Journal*, 45(4), 493-498. <https://doi.org/10.1007/s10643-016-0787-9>
- Shepard, T. H., & Lemire, R. J. (2004). *Catalog of teratogenic agents* (11^e éd.). JHU Press.
- Shi P and Feng X (2022) Motor skills and cognitive benefits in children and adolescents: Relationship, mechanism and perspectives. *Front. Psychol.* 13:1017825. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.1017825>
- Shonkoff, J. P., Garner, A. S., Siegel, B. S., Dobbins, M. I., Earls, M. F., Garner, A. S., McGuinn, L., Pascoe, J. M., & Wood, D. L. (2012). The lifelong effects of early childhood adversity and toxic stress. *Pediatrics*, 129(1), e232-e246. <https://doi.org/10.1542/peds.2011-2663>
- Singer, L. T. (2002). Cognitive and motor outcomes of Cocaine-Exposed infants. *JAMA*, 287(15), 1952. <https://doi.org/10.1001/jama.287.15.1952>
- Slyter, E. M., & Jensen, J. (2019). Parents with intellectual disabilities in the child protection system. *Children and Youth Services Review*, 98, 297-304. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2019.01.013>
- Smith, J. R., Brooks-Gunn, J., & Klebanov, P. K. (1997). Consequences of living in poverty for young children's cognitive and verbal ability and early school achievement. *Consequences of growing up poor*, 132, 189.

- Smyke, A. T., Koga, S. F., Johnson, D. E., Fox, N. A., Marshall, P., Nelson, C. A., & Zeanah, C. H. (2007). The caregiving context in institution-reared and family-reared infants and toddlers in Romania. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48(2), 210-218. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2006.01694.x>
- Snow, C. E. (1972). Mothers' Speech to Children Learning Language. *Child Development*, 43(2), 549. <https://doi.org/10.2307/1127555>
- Sonuga-Barke, E., Schlotz, W., & Rutter, M. (2010). VII. PHYSICAL GROWTH AND MATURATION FOLLOWING EARLY SEVERE INSTITUTIONAL DEPRIVATION : DO THEY MEDIATE SPECIFIC PSYCHOPATHOLOGICAL EFFECTS ? *Monographs of The Society for Research in Child Development*, 75(1), 143-166. <https://doi.org/10.1111/j.1540-5834.2010.00554.x>
- Sparling, J., Dragomir, C., Ramey, S. L., & Florescu, L. (2005). An educational intervention improves developmental progress of young children in a Romanian orphanage. *Infant mental health journal*, 26(2), 127-142. <https://doi.org/10.1002/imhj.20040>
- Spelke, E. S. (1993). Object Perception. *Readings in philosophy and cognitive science*, Cambridge (MA), MIT Press, 447-460. <https://doi.org/10.7551/mitpress/5782.003.0025>
- Spieker, S. J., Nelson, D. C., Petras, A., Jolley, S. N., & Barnard, K. E. (2003). Joint influence of child care and infant attachment Security for cognitive and language outcomes of low-income toddlers. *Infant Behavior & Development*, 26(3), 326-344. [https://doi.org/10.1016/s0163-6383\(03\)00034-1](https://doi.org/10.1016/s0163-6383(03)00034-1)
- Stams, G. J. J. M., Juffer, F., Van IJzendoorn, M. H., & Hoksbergen, R. A. C. (2001). Attachment-based intervention in adoptive families in infancy and children's development at age 7 : Two follow-up studies. *British Journal of Development Psychology*, 19(2), 159-180. <https://doi.org/10.1348/026151001166010>
- Staudinger, U. M., & Lindenberger, U. (2003). Why Read Another Book on Human Development ? Understanding Human Development Takes a Metatheory and Multiple Disciplines. Dans *Springer eBooks* (p. 1-13). https://doi.org/10.1007/978-1-4615-0357-6_1
- Steinhauer, P. (1991). *The Least Detrimental Alternative: A Systematic Guide to Case Planning and Decision Making for Children in Care*, Toronto, University of Toronto Press.

- Stewart, D., Gossop, M., & Trakada, K. (2007). Drug dependent parents : Childcare responsibilities, involvement with treatment services, and treatment outcomes. *Addictive Behaviors*, 32(8), 1657-1668. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2006.11.019>
- Strijker, J., Knorth, E. J., & Knot-Dickscheit, J. (2008). Placement history of foster children : a study of placement history and outcomes in long-term family foster care. *PubMed*, 87(5), 107-124. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19402362>
- Sullivan, P. M., & Knutson, J. F. (2000). Maltreatment and disabilities : A population-based epidemiological study. *Child Abuse & Neglect*, 24(10), 1257-1273. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(00\)00190-3](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(00)00190-3)
- Swaluë, A. (2013). Du placement d'enfants : Définir et quantifier pour réaliser les droits des enfants placés. *En'jeux*, 1. OEJAJ, Bruxelles.
- Tarabulsy, G. M., Dubois-Comtois, K., Baudry, C., Moss, E., Roberge, A., Savage, L., Cyr, C., St-Laurent, D., & Bernier, A. (2018). A case study illustrating the use of an attachment video-feedback intervention strategy. *Journal of Clinical Psychology*. <https://doi.org/10.1002/jclp.22646>
- Tarabulsy, G., Provost, M., Lemelin, J.-P., Moss, E., Moran, G., Bernier, A., Dubé, J. (2008). L'observation de la sensibilité parentale et la sécurité d'attachement lors de visites à domicile. Dans G. Tarabulsy, M. Provost, S. Drapeau, É. Rochette, & L. p. Québec (Éd.), *L'évaluation psychosociale auprès de familles vulnérables* (pp. 111-144). Québec. <https://doi.org/10.2307/j.ctv18ph42k.9>
- Tarabulsy, G.M., Baudry, C., Pearson, J., & Turgeon, K. (2016). An evaluation of the implementation of an attachment-based intervention strategy within child protection services. Report to the National Institute for Excellence in Health and Social Services. Québec, Canada: Ministry of Health and Social Services.
- The St. Petersburg-USA Orphanage Research Team (2008). The effects of early social-emotional and relationship experience on the development of young orphanage children. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 73, 1–262. <https://doi.org/10.1111%2Fj.1540-5834.2008.00483.x>
- The St. Petersburg-USA Orphanage Research Team (2009). *The effects of early Social-Emotional and relationship experience on the development of young orphanage children*. <https://doi.org/10.1002/9781444309683>
- Twardosz, S. (2007). Exploring Neuroscience : A Guide for Getting Started. *Early Education and Development*, 18(2), 171-182. <https://doi.org/10.1080/10409280701280516>

- Twardosz, S., & Lutzker, J. R. (2010). Child maltreatment and the developing brain : A review of neuroscience perspectives. *Aggression and Violent Behavior*, 15(1), 59-68. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2009.08.003>
- United Nations General Assembly. (1989). Convention on the Rights of the Child, UN document A/RES/44/25. New York, NY: United Nations. Retrieved from. <http://www.un.org/documents/ga/res/44/a44r025.htm>
- Van Den Dries, L., Juffer, F., Van IJzendoorn, M. H., & Bakermans-Kranenburg, M. J. (2010). Infants' physical and cognitive development after international adoption from foster care or institutions in China. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 31(2), 144-150. <https://doi.org/10.1097/dbp.0b013e3181cdaa3a>
- Van Der Kolk, B. A. (2005). Developmental Trauma Disorder : Toward a rational diagnosis for children with complex trauma histories. *Psychiatric Annals*, 35(5), 401-408. <https://doi.org/10.3928/00485713-20050501-06>
- Van IJzendoorn, M. H., Bakermans-Kranenburg, M. J., & Juffer, F. (2007). Plasticity of growth in height, weight, and head circumference : meta-analytic evidence of massive catch-up after international adoption. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 28(4), 334-343. <https://doi.org/10.1097/dbp.0b013e31811320aa>
- Van IJzendoorn, M. H., Luijk, M. P., & Juffer, F. (2008). IQ of Children Growing Up in Children's Homes : A Meta-Analysis on IQ Delays in Orphanages. *Merrill-palmer Quarterly-journal of Developmental Psychology*, 54(3), 341-366. <https://doi.org/10.1353/mpq.0.0002>
- Van IJzendoorn, M. H., Palacios, J., Sonuga-Barke, E., Gunnar, M. R., Vorria, P., McCall, R. B., Mare, L. L., Bakermans-Kranenburg, M. J., Dobrova-Krol, N. A., & Juffer, F. (2011). Children in institutional care : delayed development and resilience. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 76(4), 8-30. <https://doi.org/10.1111/j.1540-5834.2011.00626.x>
- Van IJzendoorn, M., Dijkstra, J., & Bus, A. G. (1995). Attachment, Intelligence, and Language : A Meta-analysis+. *Social Development*, 4(2), 115-128. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9507.1995.tb00055.x>
- Van Londen, W., Juffer, F., & Van IJzendoorn, M. H. (2007). Attachment, Cognitive, and Motor Development in Adopted Children : Short-term outcomes after International adoption. *Journal of Pediatric Psychology*, 32(10), 1249-1258. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsm062>

- Vandentorren, S. Darbeda, S., Roze, M. Melchior, M. Falissard, B. (2019) Grandir sans chez-soi, *Santé en action*, 447, 23-26. <https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/222454/2471546?version=1>
- Vigneau, M., Beaucousin, V., Hervé, P., Duffau, H., Crivello, F., Houdé, O., Mazoyer, B., & Tzourio-Mazoyer, N. (2006). Meta-analyzing left hemisphere language areas : Phonology, semantics, and sentence processing. *NeuroImage*, 30(4), 1414-1432. <https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2005.11.002>
- Vorria, P., Papaligoura, Z., Dunn, J., Van IJzendoorn, M. H., Steele, H., Kontopoulou, A., & Sarafidou, Y. (2003). Early experiences and attachment relationships of Greek infants raised in residential group care. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44(8), 1208-1220. <https://doi.org/10.1111/1469-7610.00202>
- Walker, S. P., Wachs, T. D., Grantham-McGregor, S., Black, M. M., Nelson, C. A., Huffman, S. L., Baker-Henningham, H., Chang, S. M., Hamadani, J. D., Lozoff, B., Gardner, J. M. M., Powell, C. A., Rahman, A., & Richter, L. (2011). Inequality in early childhood: Risk and protective factors for early child development. *The Lancet*, 378(9799), 1325–1338. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(11\)60555-2](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(11)60555-2)
- Wechsler, D. (2002). *Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence—Third Edition*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation. <https://doi.org/10.1037/t15177-000>
- Weisleder, A., & Fernald, A. (2013). Talking to children matters: Early language experience strengthens processing and builds vocabulary. *Psychological science*, 24(11), 2143-2152. <https://doi.org/10.1177/0956797613488145>
- West, D., Gypen, L., Stas, L., Van Holen, F., & Vanderfaeillie, J. (2024). The cognitive and language development of young Flemish foster children. *Developmental Child Welfare*. <https://doi.org/10.1177/25161032241288478>
- Windsor, J., Benigno, J. P., Wing, C. A., Carroll, P. J., Koga, S. F., Nelson, C. A., Fox, N. A., & Zeanah, C. H. (2011). Effect of foster care on young children’s language learning. *Child Development*, 82(4), 1040-1046. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2011.01604.x>
- Windsor, J., Glaze, L. E., & Koga, S. F. (2007). Language acquisition with limited input : Romanian institution and foster care. *Journal of Speech Language and Hearing Research*, 50(5), 1365-1381. [https://doi.org/10.1044/1092-4388\(2007\)095](https://doi.org/10.1044/1092-4388(2007)095)

- Windsor, J., Moraru, A., Nelson, C. A., Fox, N. A., & Zeanah, C. H. (2013). Effect of foster care on language learning at eight years : Findings from the Bucharest Early Intervention Project. *Journal of Child Language*, 40(3), 605-627. <https://doi.org/10.1017/s0305000912000177>
- Xue, Y., Yang, Y., and Huang, T. (2019). Effects of chronic exercise interventions on executive function among children and adolescents: a systematic review with meta-analysis. *Br. J. Sports Med.* 53, 1397–1404. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2018-099825>
- Yampolskaya, S., Sharrock, P., Armstrong, M. I., Strozier, A., & Swanke, J. (2014). Profile of children placed in out-ofhome care : Association with permanency outcomes. *Children and Youth Services Review*, 36, 195-200. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2013.11.018>
- Zeanah, C. H., Smyke, A. T., Koga, S. F., & Carlson, E. A. (2005). Attachment in institutionalized and community children in Romania. *Child Development*, 76(5), 1015-1028. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2005.00894.x>
- Zhukova, M. A., Kornilov, S. A., TSeĭtlin, S. N., Eliseeva, M. B., Vershinina, E. A., Muhamedrahimov, R. J., & Grigorenko, E. L. (2019). Early lexical development of children raised in institutional care in Russia. *British Journal of Development Psychology*, 38(2), 239-254. <https://doi.org/10.1111/bjdp.12314>
- Zhukova, M. A., Ovchinnikova, I. V., Logvinenko, T., & Grigorenko, E. L. (2020). Language development of children raised in institutional settings : behavioral and neurophysiological findings. *New Directions for Child and Adolescent Development*, 2020(169), 75-96. <https://doi.org/10.1002/cad.20333>
- Zimmerman, I. L., Steiner, V. G., & Pond, R. E. (2002). *Preschool Language Scale—Fourth Edition*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation. <https://doi.org/10.1037/t15140-000>

X. Annexes

A. Annexe A : Présentation des compétences évaluées par les échelles BSID-III par groupe d'âge

Tableau A1 : *Compétences évaluées par les échelles BSID-III en fonction de l'âge de l'enfant*

	Enfant âgé de moins d'un an	Enfant âgé d'un à deux ans	Enfant âgé de plus de deux ans
Echelle de développement cognitif	Intérêt pour les choses nouvelles, attention portée aux objets familiers et non familiers, capacité à déployer du jeu avec divers objets.	Exploration de nouveaux objets et de nouvelles expériences, résolution de problèmes, réalisation de puzzles	Jeu symbolique, apprentissage de concepts, réalisation de constructions, d'association de couleurs, ou encore de comptage.
Echelle de développement du langage réceptif	Reconnaissance des sons, des objets et des personnes présentes dans l'environnement	Reconnaissance de photos et d'objets, suivi de consignes simples, routines sociales	Suivi de consignes complexes, identification d'actions sur des photos, compréhension des règles grammaticales de base.
Echelle de développement du langage expressif	Expressions non verbales.	Utilisation de mots pour décrire des objets ou des photos, capacité à répondre à des questions.	Capacité à utiliser les mots et à répondre à des questions complexes.
Echelle de développement de la motricité fine	Contrôle musculaire, capacité à suivre du regard un objet en mouvement, à amener sa main en bouche, à atteindre et saisir un objet.	Capacité à empiler des blocs, à dessiner des formes simples et à manipuler de petits objets.	Capacité à dessiner des formes complexes et à réaliser des constructions de blocs
Echelle de développement de la motricité globale	Contrôle des mouvements de la tête, réflexes primitifs, capacité à rouler d'un côté à l'autre, à tenir assis et droit, mouvements de reptation.	Capacité à ramper, à faire des pas, à supporter son propre poids, à rester debout et à marcher sans support.	Capacité à se déplacer dans un escalier, à courir, à rester en équilibre et à contrôler les mouvements de son corps tout entier

B. Annexe B : Questionnaire d'anamnèse³

Questions concernant l'enfant :

1. Genre :

- 1. Fille
- 2. Garçon
- 3. Autre

2. Nationalité :

3. Date de naissance :/...../.....

4. Âge en mois au moment du test :

5. Naissance à terme :

- 1. Oui
- 2. Non

6. Si prématuré, né à semaines.

7. Poids au moment de la naissance :

8. Diagnostic médical/psychologique à la naissance :

- 1. Oui

→ Le(s)quel(s) :

.....
.....
.....

- 2. Non

9. Diagnostic médical/psychologique actuel :

- 1. Oui

→ Le(s)quel(s) :

.....
.....
.....

- 2. Non

10. Services individuels dont l'enfant bénéficie :

- 1. Psychothérapie
- 2. Psychomotricité relationnelle
- 3. Kinésithérapeute/ostéopathe
- 4. Logopède
- 5. Suivi psychiatrique
- 6. Autre :

Questions concernant le placement :

11. Contexte du placement et éléments déclencheurs :

.....
.....

12. Date de début du placement actuel :

.....

→ **Durée du placement actuel :**

→ **Nombre de groupes différents fréquentés au sein de l'institution :**

³ Note. Certaines questions de ce questionnaire proviennent des travaux de Chartier (2022)

13. Situations antérieures au placement (dans la mesure du possible, merci d'indiquer le temps de chaque placement) :

- N°.... Domicile familial (durée :)
- N°.... Hôpital (raison médicale) (durée :)
- N°.... Hôpital (en attente de placement) (durée :)
- N°.... Unité mère-enfant (durée :)
- N°.... Service Résidentiel d'Urgence (durée :)
- N°.... Famille d'accueil d'urgence (durée :)
- N°.... Famille d'accueil à court terme (durée :)
- N°.... Famille d'accueil à long terme (durée :)
- N°.... Retour chez les parents (durée :)
- N°.... Autre : (durée :)

14. Nombre de placement(s) :

15. Durée de vie maximum avec le(s) parent(s) :

Difficultés présentées par :

16. Mère	17. Père
<p><i>a. Maltraitance :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 1. Oui <ul style="list-style-type: none"> o A. Négligence physique o B. Négligence émotionnelle o C. Violence physique o D. Violence émotionnelle o E. Abus sexuel o F Autre : <input type="checkbox"/> 2. Non 	<p><i>a. Maltraitance :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 1. Oui <ul style="list-style-type: none"> o A. Négligence physique o B. Négligence émotionnelle o C. Violence physique o D. Violence émotionnelle o E. Abus sexuel o F Autre : <input type="checkbox"/> 2. Non
<p><i>b. Suspicion de maltraitance :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 1. Oui <ul style="list-style-type: none"> o A. Négligence physique o B. Négligence émotionnelle o C. Violence physique o D. Violence émotionnelle o E. Abus sexuel o F Autre : <input type="checkbox"/> 2. Non 	<p><i>b. Suspicion de maltraitance :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 1. Oui <ul style="list-style-type: none"> o A. Négligence physique o B. Négligence émotionnelle o C. Violence physique o D. Violence émotionnelle o E. Abus sexuel o F Autre : <input type="checkbox"/> 2. Non
<p><i>c. Difficultés à assumer son rôle parental :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 1. Oui <ul style="list-style-type: none"> o A. Attitudes éducatives inadéquates 	<p><i>c. Difficultés à assumer son rôle parental :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 1. Oui <ul style="list-style-type: none"> o A. Attitudes éducatives inadéquates

<ul style="list-style-type: none"> o B. Parent dépassé o C Autre : <input type="checkbox"/> 2. Non 	<ul style="list-style-type: none"> o B. Parent dépassé o C Autre : <input type="checkbox"/> 2. Non
<p><i>d. Difficultés logistiques ou administratives :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 1. Oui <ul style="list-style-type: none"> o A. Difficultés financière/matérielles o B. Problème de logement (avec papiers) o C. Problèmes de logement (sans Papiers) <input type="checkbox"/> 2. Non 	<p><i>d. Difficultés logistiques ou administratives :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 1. Oui <ul style="list-style-type: none"> o A. Difficultés financière/matérielles o B. Problème de logement (avec papiers) o C. Problèmes de logement (sans Papiers) <input type="checkbox"/> 2. Non
<p><i>e. Difficultés personnelles de parents ::</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 1. Oui <ul style="list-style-type: none"> o A. Assuétudes (toxicomanie) o B. Assuétudes (alcool) o C. Difficultés psychologiques <ul style="list-style-type: none"> ▪ Laquelle/lesquelles : o D. Limite intellectuelle <input type="checkbox"/> 2. Non 	<p><i>e. Difficultés personnelles de parents ::</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 1. Oui <ul style="list-style-type: none"> o A. Assuétudes (toxicomanie) o B. Assuétudes (alcool) o C. Difficultés psychologiques <ul style="list-style-type: none"> ▪ Laquelle/lesquelles : o D. Limite intellectuelle <input type="checkbox"/> 2. Non
<p><i>f. Problèmes relationnels dans la famille :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 1. Oui <ul style="list-style-type: none"> o A. Séparation parentale conflictuelle o B. Violence domestique o C Autre : <input type="checkbox"/> 2. Non 	<p><i>f. Problèmes relationnels dans la famille :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 1. Oui <ul style="list-style-type: none"> o A. Séparation parentale conflictuelle o B. Violence domestique o C Autre : <input type="checkbox"/> 2. Non
<p><i>g. Abandon de l'enfant :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 1. Oui <input type="checkbox"/> 2. Non 	<p><i>g. Abandon de l'enfant :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 1. Oui <input type="checkbox"/> 2. Non
<p><i>h. Autres ou commentaires :</i></p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p><i>h. Autres ou commentaires :</i></p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

Questions en lien avec les visites :

18. L'enfant bénéficie de visite parentale :

- 1. Oui
- 2. Non

Si l'enfant bénéficie de visites ou des contacts, remplir cette section

19. Personne(s) présente(s) aux visites :

- 1. Père
- 2. Mère
- 3. Autre :

Fréquence des visites :

20. Nombre de rencontre(s) par semaine

- 1. En institution :
- 2. Hors institution :
- 3. Nuitée par semaine :

21. Lieu de la visite :

- 1. Au sein de l'institution
- 2. A domicile
- 3. Autre :

Régularité des visites :

22. Sur une échelle de 0 à 10, à combien estimez-vous que le parent soit régulier aux visites ? (0 = pas du tout, 10 = beaucoup) :

Qualité des visites :

23. Sur une échelle de 0 à 10, à combien estimez-vous la qualité de la relation entre **la mère** et l'enfant ?

- 8 à 10 : La relation est excellente. Le père répond adéquatement aux signaux et aux besoins de l'enfant. Il exerce une autorité parentale.
- 6 à 7 : La relation est bonne, mais le père ne répond pas toujours adéquatement aux signaux et aux besoins de l'enfant.
- 5 : La relation n'est ni bonne ni mauvaise. Elle est neutre.
- 3 à 4 : La relation n'est pas bonne. Le père ne répond pas adéquatement aux besoins de l'enfant.
- 0 à 2 : La relation est toxique pour l'enfant.

24. Sur une échelle de 0 à 10, à combien estimez-vous la qualité de la relation entre **le père** et l'enfant ?

- 8 à 10 : La relation est excellente. Le père répond adéquatement aux signaux et aux besoins de l'enfant. Il exerce une autorité parentale.
- 6 à 7 : La relation est bonne, mais le père ne répond pas toujours adéquatement aux signaux et aux besoins de l'enfant.
- 5 : La relation n'est ni bonne ni mauvaise. Elle est neutre.
- 3 à 4 : La relation n'est pas bonne. Le père ne répond pas adéquatement aux besoins de l'enfant.

- 0 à 2 : La relation est toxique pour l'enfant.

Type d'encadrement :

25. Quel est le type d'encadrement de la visite ?

- 1. Encadrement individuel
- 2. Semi-encadrement (plusieurs familles)
- 3. Semi-encadrement (individuel mais pas tout le temps avec la famille)
- 4. Sans encadrement à l'extérieur
- 5. Sans encadrement à l'intérieur
- 6. Dans un service extérieur
- 7. Retour à la maison (min. 1 nuit)
- 8. Autre :

26. Personne encadrant la visite :

- 1. Psychologue spécifique encadrement des visites
- 2. Psychologue référente de l'enfant
- 3. Psychologue non spécifique
- 4. AS spécifique encadrement
- 5. AS référent(e) de l'enfant
- 6. AS non spécifique
- 7. Éducateur spécifique encadrement des visites
- 8. Éducateur référent de l'enfant
- 9. Éducateur non spécifique
- 10. Stagiaire
- 11. Autre

27. Même personne d'une semaine à l'autre ?

- 1. Oui
- 2. Non

28. Formation de l'encadrant :

Une formation ou une approche standardisée spécifique à l'encadrement des visites a été fournie :

- 1. Oui
- 2. Non

29. Outil spécifique à l'encadrement des visites :

- 1. Oui
- 2. Non

→ *Le ou lesquels :*

.....
.....
.....
.....

Questions en lien avec l'éducateur

30. L'enfant a-t-il un éducateur de référence ?

- 1. Oui
- 2. Non

31. Est-ce le même que l'éducateur avec lequel il s'entend le mieux ?

- 1. Oui
- 2. Non

32. Sur une échelle de 0 à 10, à combien estimez-vous la qualité de la relation entre l'enfant et l'ensemble des éducateurs ?

- 8 à 10 : La qualité des relations est excellente. Les difficultés rencontrées sont identiques à celle d'une famille ordinaire.
- 6 à 7 : Les relations sont bonnes, mais il y a plus de tensions, de crises que dans une famille "ordinaire"
- 5 : Les relations sont moyennes, elles sont en dents de scie, parsemées de crises et de périodes d'accalmie.
- 3 à 4 : Les relations sont mauvaises, conflits permanents, peu d'attachement, etc.
- 0 à 2 : Les relations sont très mauvaises. Il y a un risque de mettre fin à l'accueil.

33. Combien d'éducateurs différents l'enfant a-t-il eu depuis le début de son séjour en institution ?

34. Sur une échelle de 0 à 10, à combien estimeriez-vous l'état psychologique de l'enfant ?

- 8 à 10 : L'enfant ne manifeste aucun trouble psychologique.
- 6 à 7 : L'enfant va bien, toutefois il manifeste par moment des difficultés psychologiques : anxiété, énurésie, troubles alimentaires, insomnie, etc. qui ne nécessitent pas absolument un suivi thérapeutique
- 5 : L'enfant va moyennement bien, il manifeste des troubles psychologiques importants qui nécessitent un suivi thérapeutique.
- 3 à 4 : L'enfant n'est pas bien. Il manifeste de gros troubles psychologiques. Il doit être suivi par un pédopsychiatre.
- 0 à 2 : L'enfant n'est pas bien du tout. Ses troubles sont généralisés et envahissants.

C. Annexe C : Distribution des scores composites

Figure C1 : *Distribution des scores composites globales en cognition au T1*

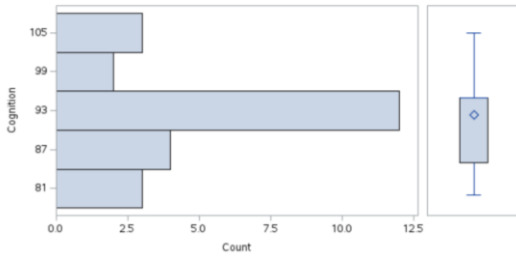


Figure C2 : *Distribution des scores composites globales en langage au T1*

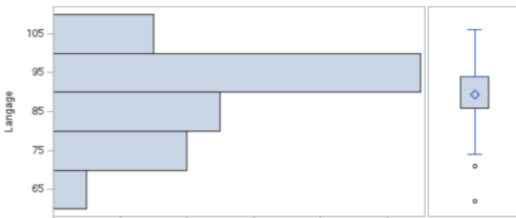


Figure C3 : *Distribution des scores composites globales en motricité au T1*

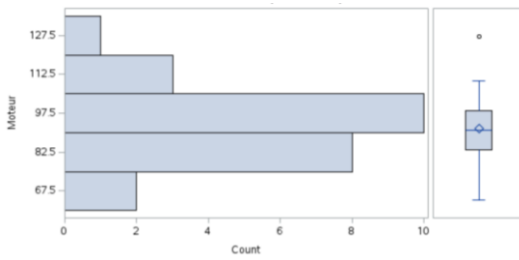


Figure C4 : *Distribution des scores composites en cognition dans le groupe intervention au T1*

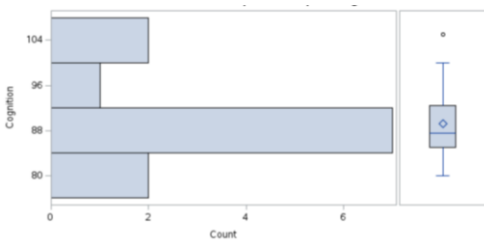


Figure C5 : *Distribution des scores composites en langage dans le groupe intervention au T1*

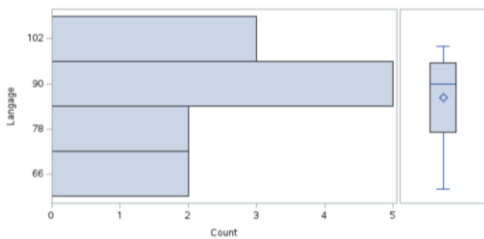


Figure C6 : *Distribution des scores composites en motricité dans le groupe intervention au T1*

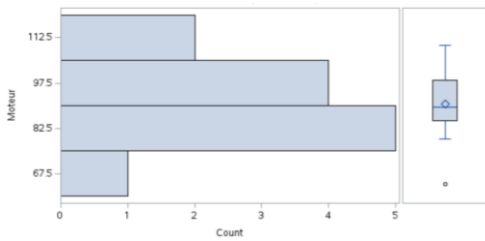


Figure C7 : *Distribution des scores composites en cognition dans le groupe contrôle au T1*

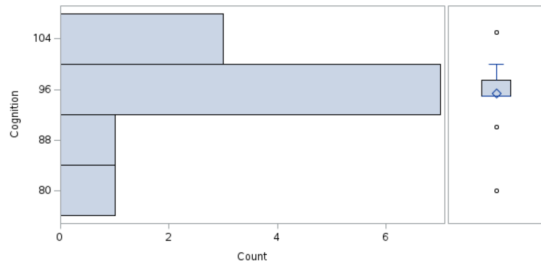


Figure C8 : *Distribution des scores composites en langage dans le groupe contrôle au T1*

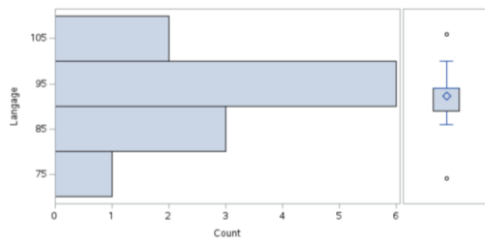


Figure C9 : *Distribution des scores composites en motricité dans le groupe contrôle au T1*

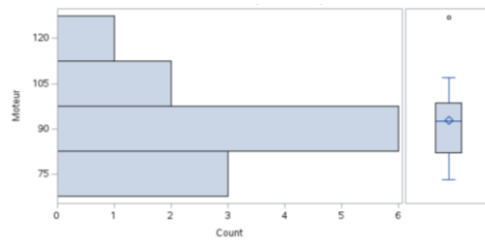


Figure C10 : *Distribution des scores composites globales en cognition au T2*

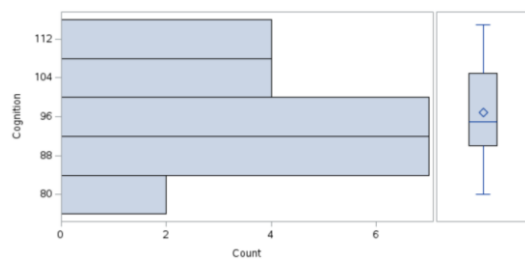


Figure C11 : *Distribution des scores composites globales en langage au T2*

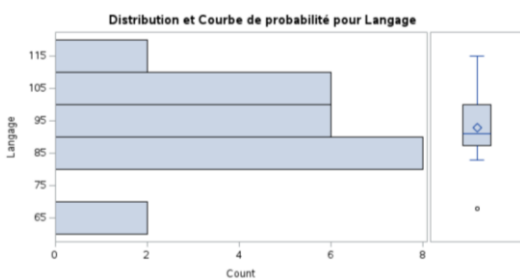


Figure C12 : *Distribution des scores composites globales en motricité au T2*

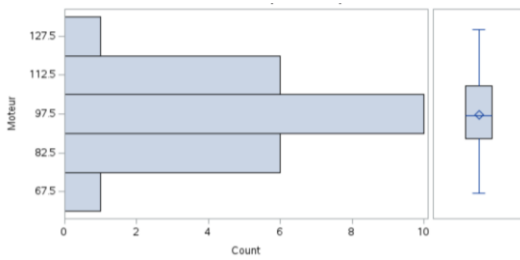


Figure C13 : *Distribution des scores composites en cognition dans le groupe intervention au T2*

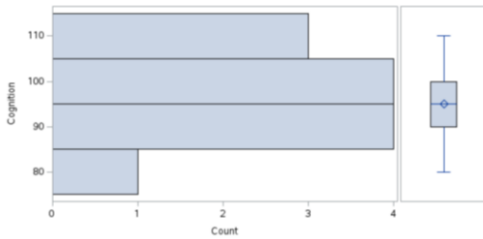


Figure C14 : *Distribution des scores composites en langage dans le groupe intervention au T2*

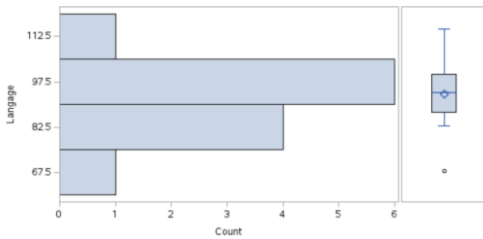


Figure C15 : *Distribution des scores composites en motricité dans le groupe intervention au T2*

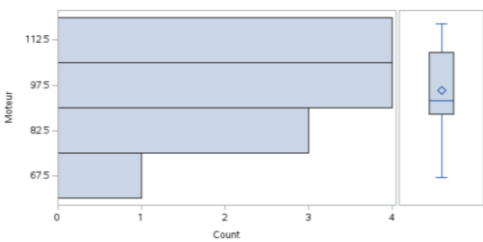


Figure C16 : *Distribution des scores composites en cognition dans le groupe contrôle au T2*

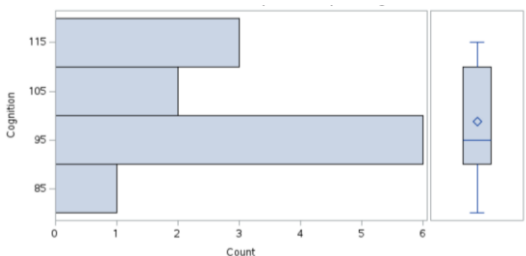


Figure C17 : *Distribution des scores composites en langage dans le groupe contrôle au T2*

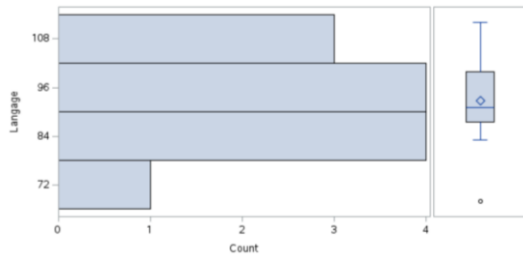
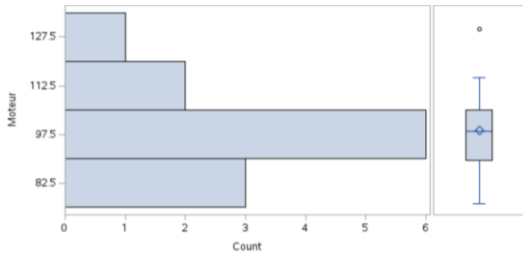


Figure C18 : *Distribution des scores composites en motricité dans le groupe contrôle au T2*



D. Annexe D : Echelle de gravité des motifs de prise en charge développée par l'administration de l'Aide à la jeunesse

DANGER : POUR LE JEUNE							
Catégorie	MOTIF	0-3 ans	3-6 ans	6-12 ans	12-18 ans		
DIFFICULTÉS DU JEUNE							
Problème de santé physique	Problème de santé physique	1	1	1	1	1 = Pas de danger / vulnérabilité présentée par le jeune	
Handicap, retard mental, limites	Handicap/retard mental, limites intellectuelles	1	1	1	1	3 = Danger faible	
	Retard mental	1	1	1	1	5 = Danger important	
	Limites intellectuelles	1	1	1	1	7 = Danger extrême / vital	
Difficultés psychologiques	Difficultés psychologiques du jeune	1	1	1	1		
	Tentative de suicide du jeune	6	6	6	6		
	Comportements d'auto-destruction du jeune	5	5	5	5		
	Mal-être à connotation dépressive du jeune	3	3	3	3		
	Problèmes psychiatriques du jeune	4	4	4	4		
	Trouble du lien/attachement	4	4	4	4		
	Enfant victime	4	4	4	4		
	Autres difficultés psychologiques du jeune	1	1	1	1		
	Assuétudes du jeune	Assuétudes du jeune	3	3	3	3	
		Toxicomanie du jeune	3	3	3	3	
Toxicomanie douce ou occasionnelle du jeune		2	2	2	2		
Toxicomanie dure du jeune		5	5	5	5		
Alcoolisme du jeune		5	5	5	5		
Assuétude aux médicaments du jeune		5	5	5	5		
Assuétude à internet, aux jeux vidéo, au GSM du jeune		4	4	4	4		
Autre forme d'assuétude du jeune		3	3	3	3		
Problèmes de comportements du jeune	Intolérance à la frustration du jeune	2	2	2	2		
	Refus de l'autorité de la part du jeune	2	2	2	2		
	Menaces verbales de la part du jeune	1	1	1	1		
	Menaces verbales du jeune à l'égard des parents	1	1	1	1		
	Menaces verbales du jeune à l'égard de la fratrie	1	1	1	1		
	Menaces verbales du jeune à l'égard de pairs	1	1	1	1		
	Violence physique exercée par le jeune	2	2	2	2		
	Violence physique du jeune à l'égard des parents	3	3	3	3		
	Violence physique du jeune à l'égard de la fratrie	3	3	3	3		
	Violence physique du jeune à l'égard des pairs	3	3	3	3		
	Atteintes sexuelles entre enfants	4	4	4	4		
	Comportements en conflit avec la loi, non qualifié	3	3	3	3		
	Autres problèmes de comportement du jeune	1	1	1	1		
Problèmes liés à la scolarité	Problèmes liés à la scolarité	1	1	1	1		
	Absentéisme scolaire	1	1	1	1		
	Renvoi scolaire	1	1	1	1		
	Refus d'inscription scolaire	1	1	1	1		
	Phobie scolaire	1	1	1	1		
	Autres difficultés en lien avec la scolarité	1	1	1	1		
	Autres difficultés liées à la situation du jeune	1	1	1	1		
Autres	MENA	1	1	1	1		
	SMEV (MENA européen)	1	1	1	1		
	Prostitution du jeune	5	5	5	5		
	Conflits de valeurs culturelles du jeune	1	1	1	1		
	Mariage forcé du jeune	5	5	5	5		
	Jeune victime de violences liées à l'honneur	7	7	7	7		
	Jeune victime de mutilation génitale féminine	7	7	7	7		
	Mineur victime de la traite des êtres humains	7	7	7	7		
	Le jeune fait partie d'une secte	5	5	5	5		
	Mineure enceinte	2	2	6	2		
	Le jeune est parent lui-même	1	1	6	1		
	Jeune abandonné	1	1	1	1		
	Suspicion de radicalisation du jeune	4	4	4	4		
	Mineur combattant "returnee"	6	6	6	6		
	Jeune aidant proche	1	5	5	2		
	Fugue	1	1	6	3		
	Fugue occasionnelle	1	1	6	3		
	Fugues répétitives	1	1	6	3		
	Refus de prise en charge par un intervenant	1	1	1	1		

FQI	0	0	0	0
Atteintes aux biens	0	0	0	0
Vols et extorsions non aggravés	0	0	0	0
Vol simple	0	0	0	0
Vol à l'étalage	0	0	0	0
Vol simple de vélo ou moto	0	0	0	0
Vol simple de voiture	0	0	0	0
Vol à la tire	0	0	0	0
Vol domestique	0	0	0	0
Autres (maraudage qualifié, raccordement illicite)	0	0	0	0
Vols et extorsions aggravés	0	0	0	0
Vol à l'aide d'effraction	0	0	0	0
Vol de voiture à l'aide d'effraction	0	0	0	0
Vol de vélo ou moto à l'aide d'effraction	0	0	0	0
Vol avec violence ou menace ET avec armes	0	0	0	0
Vol à l'aide de violence ou menace	0	0	0	0
Vol avec armes	0	0	0	0
Atteintes violentes à la propriété	0	0	0	0
Bris de clôture ET dégradation	0	0	0	0
Bris de clôture	0	0	0	0
Dégradation	0	0	0	0
Inscriptions sur voie publique/sur les bâtiments	0	0	0	0
Incendie volontaire	0	0	0	0
Atteintes astucieuses à la propriété	0	0	0	0
Détournement	0	0	0	0
Abus de confiance	0	0	0	0
Escroquerie	0	0	0	0
Délit informatique	0	0	0	0
Recel	0	0	0	0
Grivelerie	0	0	0	0
Autres (blanchiment, cel frauduleux, ...)	0	0	0	0
Atteintes aux personnes	0	0	0	0
Homicide volontaire	0	0	0	0
Assassinat	0	0	0	0
Meurtre	0	0	0	0
Coups et blessures volontaires	0	0	0	0
Coups et blessures volontaires	0	0	0	0
Abstention coupable de porter secours	0	0	0	0
Agression	0	0	0	0
Autres (mauvais traitement d'enfants, ...)	0	0	0	0
Atteintes à l'honneur et à la considération	0	0	0	0
Injures	0	0	0	0
Calomnies	0	0	0	0
Violation de domicile, violation de sépulture	0	0	0	0
Atteinte à la vie privée	0	0	0	0
Autres (diffamation, dénonciation calomnieuse, ...)	0	0	0	0
Atteintes sexuelles	0	0	0	0
Affaires de mœurs	0	0	0	0
Agression sexuelle	0	0	0	0
Viol	0	0	0	0
Viol sur mineur	0	0	0	0
Attentat à la pudeur	0	0	0	0
Outrage aux mœurs	0	0	0	0
Incitation à la débauche	0	0	0	0
Autres	0	0	0	0
Racisme et Xénophobie	0	0	0	0
Homicide et coups involontaires	0	0	0	0
Homicide involontaire	0	0	0	0
Coups et blessures involontaires	0	0	0	0
Stupéfiants	0	0	0	0
Possession drogue	0	0	0	0
Usage drogue	0	0	0	0
Vente drogue	0	0	0	0
Consommation problématique	0	0	0	0
Consommation problématique ET vente	0	0	0	0
Cons., usage, possession ou vente de drogue dure	0	0	0	0
Autres (ex: doping)	0	0	0	0
Autres	0	0	0	0
Association de malfaiteurs	0	0	0	0
Possession d'armes	0	0	0	0
Menaces	0	0	0	0
Outrage	0	0	0	0
Rébellion	0	0	0	0
Séquestration, enlèvement de majeurs ou de mineurs	0	0	0	0
Carte d'identité (défaut), faux nom	0	0	0	0
Faux et usage de faux	0	0	0	0
Roulage	0	0	0	0
FQI inconnu	0	0	0	0

DIFFICULTÉS PARENT, PARENTALITÉ, DYNAMIQUE FAMILIALE					
Problème de santé physique	Problèmes de santé physique d'un parent	1	1	1	1
Difficultés intellectuelles, cognitives et immaturité	Difficultés intellectuelles ou cognitives d'un parent	2	2	2	2
	Immaturité des parents	2	2	2	2
Difficultés psychologiques	Difficultés psychologiques du parent	2	2	2	2
	Tentative suicide du parent	3	3	3	3
	Comportements d'auto-destruction du parent	3	3	3	3
	Mal-être à connotation dépressive du parent	2	2	2	2
	Trouble du lien chez le parent	3	3	3	3
	Problème de nature psychiatrique chez le parent	3	3	3	3
	Sentiment de solitude et d'isolement du parent	2	2	2	2
	Instabilité affective du parent	2	2	2	2
Problèmes de comportements	Autres difficultés psychologique du parent	1	1	1	1
	Problèmes de comportements du parent	1	1	1	1
	Intolérance frustration du parent	2	2	2	2
	Refus de l'autorité de la part du parent	2	2	2	2
	Comportements violents de la part du parent	5	5	5	5
Assuétudes	Parent poursuivi pour des infractions	2	2	2	2
	Assuétudes du parent	5	5	5	5
	Toxicomanie du parent	5	5	5	5
	Toxicomanie douce ou occasionnelle du parent	3	3	3	3
	Toxicomanie dure du parent	5	5	5	5
	Alcoolisme du parent	5	5	5	5
	Assuétude aux médicaments du parent	5	5	5	5
Parents « absents »	Assuétude à internet, aux jeux vidéo, au GSM du parent	4	4	4	4
	Autres assuétudes du parent	4	4	4	4
	Parents « absents »	4	4	4	4
	Parent incarcéré	4	4	4	4
	Parent mis sous protection psychiatrique	4	4	4	4
Autres	Parent décédé	3	3	3	3
	Parent disparu de la vie de l'enfant / abandon	3	3	3	3
	Autres difficultés des parents	1	1	1	1
	Illettrisme	1	1	1	1
	Parent ne parle pas le français	1	1	1	1
	Conflits de valeurs culturelles	2	2	2	2
	Mariage forcé du parent	2	2	2	2
	Parent victime de violences liées à l'honneur	4	4	4	4
	Parent victime de mutilation génitale féminine	4	4	4	4
	Le parent fait partie d'une secte	5	5	5	5
	Suspicion de radicalisation des parents/entourage familial	5	5	5	5
Enfant mineur de parent combattant "returnee"	5	5	5	5	
Difficultés liées à la parentalité	Déchéance de l'autorité parentale	4	4	4	4
	Autres	1	1	1	1
	Difficultés des parents à assumer leur rôle de parent	3	3	3	3
	Parents dépassés	3	3	3	3
	Difficulté à faire preuve d'autorité, à mettre limites	3	3	3	3
	Abandon du rôle d'autorité	4	4	4	4
	Attitudes éducatives inadéquates	4	4	4	4
	Attentes inadéquates par rapport à l'enfant	4	4	4	4
	Parentification	4	4	4	4
	Incohérence éducative	3	3	3	3
Non liberté de choix (scolarité, relations, sport,...)	3	3	3	3	

Problèmes relationnels au sein de la famille	Problèmes relationnels au sein de la famille	2	2	2	2
	Conflits au sein de la famille	2	2	2	2
	Conflit verbal entre les parents non séparés	3	3	3	3
	conflits au sein de la famille élargie	2	2	2	2
	Conflits entre parents et grands-parents	2	2	2	2
	Conflits parents et famille élargie	2	2	2	2
	Séparation parentale conflictuelle	4	4	4	4
	Violence intra-familiale	5	5	5	5
	Violence conjugale	5	5	5	5
	Violence au sein de la famille élargie	4	4	4	4
Difficultés financières et matérielles	Difficultés financières et matérielles	1	1	1	1
	Problèmes de logement	2	2	2	2
	Surendettement	1	1	1	1
	Absence de statut des parents	2	2	2	2
	Revenu insuffisant	1	1	1	1
	Isolement géographique	1	1	1	1
	Autres difficultés financières	1	1	1	1
	Autres difficultés matérielles	1	1	1	1
Maltraitance et négligence	Maltraitance	6	6	6	6
	Maltraitance physique	7	7	7	7
	Suspicion de maltraitance physique	5	5	5	5
	Maltraitance physique avérée	7	7	7	7
	Maltraitance psychologique	7	7	7	7
	Suspicion de maltraitance psychologique	5	5	5	5
	Maltraitance psychologique avérée	7	7	7	7
	Enfant témoin de violence conjugale	6	6	6	5
	Maltraitance sexuelle	7	7	7	7
	Abus sexuel intra-familial	7	7	7	7
	Suspicion d'inceste	5	5	5	5
	Suspicion d'abus sexuels par conjoint du parent	5	5	5	5
	Suspicion d'abus sexuel par un jeune de la fratrie	5	6	6	6
	Suspicion d'abus sexuel par adulte de la famille élargie	5	5	5	6
	Inceste avéré	7	7	7	7
	Abus sexuels par le conjoint du parent	7	7	7	7
	Abus sexuel par un jeune de la fratrie	7	7	7	7
	Abus sexuel par un adulte de la famille élargie	7	7	7	7
	Abus sexuel extra-familial	5	5	5	5
	Suspicion d'abus sexuel par un abuseur connu de l'enfant	5	5	5	5
	Suspicion d'abus sexuel par un abuseur inconnu de l'enfant	4	4	4	4
	Suspicion d'abus sexuel par un pair	4	4	4	4
	Abus sexuel par un abuseur connu de l'enfant	6	6	6	6
	Abus sexuel par un pair	5	5	5	5
	Abus sexuel par un abuseur inconnu de l'enfant	5	5	5	5
	Négligence	5	5	5	5
	Négligence physique	5	5	5	5
	Négligence éducative	5	5	5	5
	Négligence affective	5	5	5	5

E. Annexe E : Résultats des scores standards et des scores composites des sous-échelles de Bayley-III

Tableau E1 : Scores standards des sous-échelles de Bayley-III de l'échantillon global au T1

	n	Moyenne	Ecart-type	Valeur minimum	Valeur maximum	n (p<25) (%)
Cognition	24	8,46	1,53	6	11	7 (29,17)
Langage réceptif	24	8,42	2,08	3	11	10 (41,67)
Langage expressif	24	7,88	2,11	4	12	
Motricité fine	24	9,38	2,32	5	14	10 (41,67)
Motricité globale	24	7,83	2,70	3	15	

Tableau E2 : Scores standards des sous-échelles de Bayley-III dans le groupe intervention au T1

	n	Moyenne	Ecart-type	Valeur minimum	Valeur maximum	n (p<25) (%)
Cognition	12	7,83	1,53	6	11	6 (50)
Langage réceptif	12	7,67	2,5	3	10	6 (50)
Langage expressif	12	7,58	2,02	4	10	
Motricité fine	12	9	2,22	5	13	6 (50)
Motricité globale	12	7,83	2,55	3	11	

Tableau E3 : Scores standards des sous-échelles de Bayley-III dans le groupe contrôle au T1

	n	Moyenne	Ecart-type	Valeur minimum	Valeur maximum	n (p<25) (%)
Cognition	12	9,08	1,31	6	11	1 (8,33)
Langage réceptif	12	9,17	1,27	6	11	4 (33,33)
Langage expressif	12	8,17	2,25	5	12	
Motricité fine	12	9,75	2,45	5	14	4 (33,33)
Motricité globale	12	7,83	2,95	3	15	

Tableau E4 : Scores standards des sous-échelles de Bayley-III pour l'échantillon global au T2

	n	Moyenne	Ecart-type	Valeur minimum	Valeur maximum	n (p<25) (%)
Cognition	24	9,38	1,99	6	13	7 (29,17)
Langage réceptif	24	9,04	2,2	4	12	10 (41,67)
Langage expressif	24	8,5	2,17	4	13	

Motricité fine	24	10,42	2,38	5	15	10 (41,67)
Motricité globale	24	8,58	2,99	2	15	

Tableau E5 : Scores standards des sous-échelles de Bayley-III dans le groupe intervention au T2

	n	Moyenne	Ecart-type	Valeur minimum	Valeur maximum	n (p<25) (%)
Cognition	12	9	1,65	6	12	1 (8,33)
Langage réceptif	12	9	2,48	4	12	5 (41,67)
Langage expressif	12	8,67	2,06	5	13	
Motricité fine	12	10	2,45	5	14	4 (33,33)
Motricité globale	12	8,5	2,61	4	14	

Tableau E6 : Scores standards des sous-échelles de Bayley-III dans le groupe contrôle au T2

	n	Moyenne	Ecart-type	Valeur minimum	Valeur maximum	n (p<25) (%)
Cognition	12	9,75	2,3	6	13	1 (8,33)
Langage réceptif	12	9,08	1,98	5	12	5 (41,67)
Langage expressif	12	8,33	2,35	4	12	
Motricité fine	12	10,83	2,33	8	15	3 (25)
Motricité globale	12	8,67	3,45	2	15	