



LE SÉJOUR EN CRÈCHE DES JEUNES ENFANTS : SÉCURITÉ DE L'ATTACHEMENT, TEMPÉRAMENT ET FRÉQUENCE DES MALADIES

[Antoine Guédénéy](#), [Francesco Grasso](#), [Nafsica Starakis](#)

Presses Universitaires de France | « La psychiatrie de l'enfant »

2004/1 Vol. 47 | pages 259 à 312

ISSN 0079-726X

ISBN 213054763X

Article disponible en ligne à l'adresse :

<https://www.cairn.info/revue-la-psychiatrie-de-l-enfant-2004-1-page-259.htm>

Distribution électronique Cairn.info pour Presses Universitaires de France.

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

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

LE SÉJOUR EN CRÈCHE DES JEUNES ENFANTS : SÉCURITÉ DE L'ATTACHEMENT, TEMPÉRAMENT ET FRÉQUENCE DES MALADIES

Antoine GUEDENEY¹,
Francesco GRASSO², Nafsica STARAKIS³

LE SÉJOUR EN CRÈCHE DES JEUNES ENFANTS :
SÉCURITÉ DE L'ATTACHEMENT, TEMPÉRAMENT
ET FRÉQUENCE DES MALADIES

Ce travail présente une revue de la littérature concernant les effets de l'entrée en crèche des jeunes enfants sur la sécurité de l'attachement, sur la fréquence des infections et sur leur développement social, en fonction de leur âge d'entrée, de la durée de leur séjour hebdomadaire et de la qualité de la crèche. De nombreuses études ont cherché à préciser ces influences, surtout aux États-Unis, en tentant de limiter les biais et de contrôler les différents facteurs. Cette étude, réalisée dans une crèche parisienne de taille moyenne et de bonne qualité du 15^e arrondissement de Paris, a cherché à préciser les liens qui existent entre la sécurité de l'attachement du jeune enfant à ses parents et son tempérament, d'une part, et le fait d'être souvent malade après l'entrée en crèche. L'observation longitudinale a duré neuf mois après l'entrée des enfants en crèche. Elle a été l'occasion de tester l'utilisation d'outils de recherche et d'évaluation en crèche (échelle d'alarme détresse bébé – ADBB –, situation étrange, questionnaires de tempérament). Aucune corrélation nette n'est retrouvée sur ce petit échantillon entre sécurité de l'attachement, tempérament difficile et fréquence accrue de pathologies après l'entrée en crèche. On note aussi que ce sont les enfants sécurisés qui mon-

1. PU-PH, Service de psychopathologie du jeune enfant et de l'adolescent Hôpital Bichat - Claude-Bernard, faculté de médecine Xavier-Bichat, Polyclinique Ney, 124, bd Ney, 75018 Paris.

2. Psychologue, chercheur sous contrat, Université de Sienna.

3. Psychologue en PMI, DASES de Paris.

trent le taux le plus fort de retrait relationnel à l'échelle ADBB, lors de l'examen régulier en crèche. Enfin, les maladies surviennent au retour à la crèche, après une période de vacances, et non de façon saisonnière, ce qui renforce l'idée que certains des enfants sécures sont mis en difficulté par le séjour en crèche. L'étude confirme la bonne corrélation de la mesure du tempérament par les auxiliaires entre elles, et la moins bonne corrélation de cette mesure entre les deux parents.

INFANTS IN DAY-CARE: SECURE ATTACHMENT,
CHARACTER AND FREQUENCY OF ILLNESS

This study presents a review of the literature concerning how entry into day-care for young children affects the quality of attachment, the frequency of infections and social development as a function of their age at entry, the time spent weekly in day-care and the quality of the day-care center. Numerous studies have attempted to evaluate these influences, especially in the United States by trying to limit the bias and to control different factors. This study, carried out in a medium-sized Parisian day-care center clarified the connexions that exist between secure attachment of a young child to his parents and his character on one hand, and the fact of often being sick after entry into day-care. The longitudinal observation lasted nine months after the children's first entry into day-care. It was the occasion to test research tools and tools to evaluate the day-care center (baby distress alarm scale ADBB, the strange situation, character questionnaires). No clear correlation was found in this small sample between security of attachment, difficult character and increased frequency of pathologies after entry into day-care. We also observe that the secure children show the highest level of relational withdrawal in the ADBB, during the regular exam carried out in the day-care center. Finally, illnesses appear upon returning to the day-care center after periods of vacation and not in a seasonal way, something which reinforces the idea that some secure children are made uncomfortable by their stays in the day-care center. The study confirms the high correlation of the measurement of character by assistants among themselves and the not so high correlation of this measurement between the two parents.

LOS NIÑOS EN LA GUARDERÍA: LA SEGURIDAD DEL APEGO,
EL TEMPERAMENTO Y LA FRECUENCIA DE LAS ENFERMEDADES

Este trabajo presenta una revista de la bibliografía relativa al efecto que produce en los niños el ingreso en la guardería en relación a la seguridad del apego, la frecuencia de las infecciones y el desarrollo social en función de la edad de su ingreso, de la duración de su estancia y de la calidad de la guardería. Numerosos estudios han intentado localizar estas influencias, especialmente en los Estados Unidos, tratando de limitar los sesgos y de controlar los distintos factores. Este estudio, realizado en una guardería parisina de media dimensión y de buena

calidad en el distrito 15 de Paris, investiga las relaciones existentes entre la seguridad del apego del niño a sus padres y su temperamento y el hecho de enfermar frecuentemente después de incorporarse a la guardería. La observación longitudinal se ha desarrollado durante nueve meses a partir del ingreso de los niños en la guardería. Ha supuesto la ocasión de evaluar la utilización de los instrumentos de investigación y de evaluación en la guardería (escala de alarma desvalimiento del bebé - ADBB) situación extraña, cuestionarios de temperamento) L. Dado el pequeño muestrario no se señala ninguna correlación clara entre seguridad y apego. Se observa que los niños seguros muestran una mayor tasa de retraimiento relacional en la prueba habitual en la guardería en la escala ADBB. Finalmente, las enfermedades aparecen al volver a la guardería después de las vacaciones y no de forma estacional, lo que refuerza la idea de que algunos niños seguros encuentran dificultades en la guardería. El estudio confirma la buena correlación de la medida del temperamento entre las auxiliares y una correlación peor de esta medida entre los dos padres.

Un nombre croissant de jeunes enfants des pays développés sont gardés en collectivité dans les trois premières années de leur vie. Cette pratique tend à se répandre, et la durée du séjour hebdomadaire en crèche, familiale ou collective tend à s'accroître. Cela est lié à la généralisation du travail des femmes, mais aussi, pour nombre de familles, à un choix délibéré pour leur enfant. Au regard de l'importance de ce phénomène, on est frappé de la rareté des études sur la qualité de la vie en crèche, sur les effets bénéfiques ou négatifs du séjour en collectivité sur le développement et sur la santé mentale, particulièrement dans notre pays. En France, un nombre important d'enfants rentrent en crèche collective très tôt dans leur vie, y restent jusqu'à l'entrée à l'école

Remerciements

L'Équipe de la crèche Dupré a rendu cette étude possible, par son intérêt et sa disponibilité ; nous remercions Mme Hamayon, alors directrice de la crèche, le pédiatre de la crèche, Madame le D^r Glaude, le D^r Benhamou, médecin chef de la PMI du 15^e arrondissement de Paris, ainsi que les parents des enfants. Le D^r Marcelle Delour, médecin chef de la PMI de Paris a permis le déroulement de cette étude. Nafisa Starakis a réalisé ce travail en crèche dans le cadre d'un DEA de psychologie clinique sous la direction du P^r B. Golse.

Le D^r Isabelle Boutron, Laurence Joubin, le P^r France Mentré, du département d'Épidémiologie, de Biostatistique et de Recherche clinique, et du département d'Épidémiologie, Biostatistique et de Recherche clinique, Groupe hospitalier Bichat - Claude Bernard (AP-HP), faculté de médecine Xavier-Bichat, Université Paris VII-Denis-Diderot ont apporté une aide précieuse à l'entrée des données, à l'exploitation et à l'analyse des données statistiques de l'étude.

maternelle, à trois ans, et passent jusqu'à huit heures par jour, voire plus, en collectivité. Le débat sur les effets possibles du séjour en collectivité sur la sécurité de l'attachement a été très intense aux États-Unis, mais il a été quasiment escamoté en France. Il est courant pour les familles et pour les professionnels de la petite enfance d'établir un lien entre les séjours en crèche, surtout collective, et le fait de tomber souvent malade, ou de le rester, alors même que le risque de contamination infectieuse semble à peu près le même pour tous. Ce fait porte même un nom commun, celui de « crèche » qui définit une sorte de maladie d'adaptation à la collectivité. Les lieux d'accueil de la petite enfance ont depuis plusieurs années réfléchi aux moyens de s'adapter à l'enfant et à ses besoins affectifs et relationnels, et nombre d'entre eux se sont dotés de formations spécifiques sur l'observation de l'enfant, sur le développement et sur la psychopathologie précoce. Des réflexions ont été menées sur les moments de transition, à l'entrée et à la sortie de la crèche, et sur les façons de les préparer.

Ce travail se propose de passer en revue une partie de la littérature concernant la qualité de la vie en crèche, les liens entre le séjour en collectivité et l'attachement, la fréquence et l'étiologie des diverses infections et des troubles fonctionnels qui touchent les enfants dans ce milieu, et les types de facteurs de risque qui sont invoqués. Notre hypothèse était qu'un attachement dit sécure aux parents a un effet sur la santé physique de l'enfant et sur ses capacités d'adaptation aux stress constitués par l'entrée en collectivité. Le système d'attachement agirait ainsi comme facteur de résilience. Le style d'attachement de l'enfant témoigne de la stratégie qu'il met en œuvre pour s'adapter à la séparation et aux stress de la vie en collectivité. Ce travail est aussi une étude pilote, réalisée avec le concours de la PMI de Paris, et qui visait à mettre à l'épreuve les outils nécessaires à une telle recherche. Les résultats de cette étude sont présentés et discutés, et comparés à ceux des études antérieures.

LA CRÈCHE, LE DÉVELOPPEMENT
ET LA SANTÉ DU JEUNE ENFANT :
ATTACHEMENT, TEMPÉRAMENT, SANTÉ

Un bref rappel historique de la situation en France

Les modes d'accueil sont au cœur des évolutions de société, au cœur des débats et des enjeux sociaux. En effet, les modes d'accueil du jeune enfant ont à voir avec la natalité, la place de la femme dans la société – ou plutôt l'égalité de l'homme et de la femme dans le monde du travail – et aussi la place effective de l'enfant dans la société, au travers des efforts financiers que celle-ci est prête à consentir pour les familles et pour les institutions qui accueillent les jeunes enfants (Leroux, 1999). À Paris, les premières crèches ont été créées dans les années 1850, dans la mouvance du catholicisme social, d'où le nom de « crèche ». Les premières ont été instituées pour accueillir la population des campagnes poussées par la misère dans la grande ville. L'objectif était alors d'apporter des « soins » à l'enfant, dans une structure répondant à l'hygiène et avec le souci de diminuer la mortalité infantile, mais aussi avec l'arrière-pensée de favoriser le développement moral des enfants de ces familles nécessiteuses. Ainsi, la crèche favorise-t-elle d'abord le travail des femmes, mais elle indique aussi à la mère qu'il faudrait à l'enfant plus que ce qu'elle ne peut lui donner seule. La devise du magistrat de l'époque était de « secourir à peu de frais l'enfant, sa mère, sa famille, par le travail sans humiliation, et moraliser en secourant » (Davidson et Maguin, 1998). L'absence de qualification du personnel des crèches, les conditions matérielles médiocres et le niveau socio-économique très bas des enfants reçus étaient en grande partie responsables des épidémies importantes qui ravageaient ces institutions, et du retard de développement psychomoteur, voire des carences nutritionnelles dont souffraient certains de ces enfants.

Jusqu'en 1918, le mode d'accueil collectif est largement utilisé par les classes ouvrières, parallèlement à la pratique de

la garde individuelle de l'enfant, chez une voisine ou un proche parent. La pratique de la nourrice existait quant à elle depuis fort longtemps, mais plutôt en province. Entre les deux guerres, une politique familiale de retour de la femme au foyer se développe ; avant la Seconde Guerre mondiale, les crèches sont moins fréquentées et leurs subventions diminuent. Avec les années 1960 à 1970, et sous l'influence du mouvement féministe et de l'entrée croissante des femmes dans la vie professionnelle, de nombreuses crèches collectives vont voir le jour. Les crèches familiales seront instaurées dans les années 1970, avec un texte de référence qui paraît en 1975. Un statut est instauré pour les assistantes maternelles agréées en 1977 et révisé en 1992.

Le personnel des crèches est de plus en plus sensibilisé aux effets d'une séparation mère/enfant et à la nécessité de nouer avec lui une relation stable et chaleureuse. Il est par ailleurs peu à peu formé à une écoute et un regard particulier de l'enfant. Les travaux de Myriam David et de Geneviève Appell, en France, ainsi que ceux du D^r E. Pikler, en Hongrie, ont grandement contribué à l'amélioration de la prise en charge des enfants en collectivité. Dès 1960, Myriam David s'interrogeait déjà sur les besoins affectifs des enfants en crèche. Il faut, selon elle, porter toute son attention sur le développement et l'adaptation des enfants en crèche (les progressions, les stagnations, les régressions). Elle parle aussi de l'importance de la relation affective continue que le personnel doit mettre en place avec l'enfant. Elle insiste sur ce point en soulevant certains problèmes que pose la vie en collectivité : la solitude et la monotonie pour les plus petits, la peur des inconnus, le risque de se faire agresser par le voisin... Elle insiste également sur le fait qu'être séparé de sa mère toute une journée n'est pas en soi une source de problèmes. Encore faut-il que l'enfant puisse profiter pleinement de sa mère quand ils sont ensemble et qu'en son absence, une autre personne lui apporte une relation affective riche et continue.

Quelques données actuelles sur les modes de garde en France

À peu près la moitié des 2,2 millions d'enfants de moins de 3 ans sont gardés par un parent au foyer, plus souvent la

mère. En 1997, on comptait un peu moins de 200 000 places de crèche pour les enfants de moins de 3 ans (SESI, 1997). Les femmes françaises ont la particularité d'être, parmi les Européennes, les plus nombreuses à travailler (80 %, soit le double du pourcentage de femmes travaillant en 1960). Cela ne freine pas la fécondité, bien au contraire, puisque ce taux est actuellement proche de deux enfants par famille. D'autre part, l'âge des parents est en hausse, l'âge moyen des mères étant en 2002 de 29 ans alors qu'il était de 28,3 en 1990. Cet âge coïncide avec celui du plus fort investissement professionnel, ce qui signifie que les mères ont à mener de front la vie de famille et la vie professionnelle. Ainsi, plus de 80 % des parents sont confrontés à la recherche d'un mode d'accueil pour leur enfant à un moment ou un autre de leur vie, et près de 60 % des enfants de moins de 3 ans ont deux parents actifs. Cependant, l'instauration de l'Allocation parentale d'éducation (APE) a contribué à modifier un peu la situation au cours des cinq dernières années, puisque le taux d'activité des parents de deux enfants de moins de 3 ans a baissé de 10 %. Dans une enquête de 1999, le CREDOC montre que la crèche est le mode d'accueil considéré comme le plus profitable à l'enfant : 30 % des enquêtés, suivi des grands-parents (29 %) puis de l'assistante maternelle (26 %). Cependant, l'opinion à l'égard de la crèche n'est pas univoque : cette structure est classée par un tiers des parents comme le mode de garde présentant le plus d'inconvénients (horaires, infections...) et le mode d'accueil jugé finalement le plus satisfaisant est l'assistante maternelle (32 %), puis les grands-parents (24 %), avant la crèche (22 %). La crèche est surtout utilisée par les familles ayant un seul enfant et par les mères plus âgées, plus diplômées et vivant en zone urbaine (Dubouchet, 2003). Le recours à l'assistante maternelle concerne les mères les plus jeunes, vivant dans des villes de moins de 10 000 habitants ou en zone rurale. La garde à domicile concerne les ménages les plus aisés, elle est très rare en zone rurale. Le mode d'accueil finalement retenu est rarement en adéquation avec les besoins émis initialement par les parents. Le choix final est souvent influencé par les contraintes matérielles (horaires, coût, proximité) et par les représentations que les familles se font des modes d'accueil locaux. Les

parents qui ont le plus de problèmes pour trouver un lieu d'accueil sont ceux qui ont des horaires atypiques, qui travaillent à temps partiel, qui ont un enfant porteur de handicap ou de maladies chroniques.

*Influence du mode de garde
sur le développement de l'enfant :
les modèles d'effets positifs, compensateurs ou négatifs*

La revue de la littérature récente sur les lieux d'accueil des jeunes enfants (Barton et Williams, 1993 ; Hayes, Palem et Zaslou, 1990 ; Lamb, 1998) indique bien que se demander si la garde de ces enfants en dehors de leur famille est une bonne chose pour leur développement est une question trop globalement formulée pour l'état actuel de nos connaissances. La garde de l'enfant se situe dans un contexte complexe, familial, culturel, social et historique, et les modes de garde sont eux-mêmes divers. La question devient celle de savoir quelles sont donc les circonstances dans lesquelles les enfants se développent favorablement, ou au contraire souffrent, au sein de ces structures, et comment ces diverses influences modèlent le développement. Les réponses sont nécessairement nuancées : la garde précoce de l'enfant en dehors de sa famille est devenue un fait d'importance sociale croissante. Si elle n'est pas inévitablement mauvaise, elle n'est pas non plus inévitablement bénéfique, et elle peut l'être inégalement pour des enfants différents. Cependant, on ne sait pas encore clairement dans quelles conditions la garde de l'enfant accroît le risque vis-à-vis du développement, ou au contraire peut jouer un rôle protecteur, en particulier quand le mode de garde commence tôt dans la petite enfance.

Les études les plus récentes sur le sujet sont américaines. Aux États-Unis, la moitié des mères d'enfants de moins de 12 mois sont maintenant au travail, ce qui représente une évolution importante des vingt dernières années. Une étude de 1997 du *National Institute for Child Health and Development* (NICHD), portant sur 1 200 familles issues de l'ensemble du pays, a montré que 58 % des enfants de moins de 12 mois étaient en garde pour une durée de trente heures ou plus par semaine et que 74 % l'étaient pour au moins six heures par

semaine, la plupart étant aux États-Unis dans des crèches familiales et seulement 12 % dans des crèches collectives. Comme le note Scarr (1998), le choix des parents pour un mode de garde dépend de variables économiques et psychosociales nombreuses ; de nombreux facteurs peuvent donc influencer les différences entre groupes d'enfants qui vivent des expériences diverses de mode de garde. Dès lors, un écart significatif entre ces différents groupes peut être difficile à interpréter.

Aux États-Unis, la recherche sur les effets des modes de garde a débuté dans les années 1960 à 1970 par l'étude d'enfants dans des crèches universitaires de grande qualité, ou dans des programmes d'intervention précoce sur des populations à risque. Dans les années 1980, la recherche a pris en compte de façon croissante l'importance de la variable qualité dans le mode de garde. Cette période a vu se développer les mesures de cette qualité du soin : la taille du groupe, le nombre de professionnels par enfant, leur degré de formation et d'éducation, l'importance de la rotation du personnel, la qualité et la propreté des lieux. D'autres mesures cherchaient à évaluer de façon plus directe la quantité et le type de stimulations apportées par les professionnels aux enfants, et la nature de leurs relations. Un certain nombre d'études a maintenant démontré des relations entre diverses mesures de la qualité du mode de garde et divers aspects du développement de l'enfant (Lamb, 1998).

Il est vrai que la qualité du mode de garde d'un enfant n'est pas indépendante de ses autres types d'expériences vécues au-dehors de ce dernier. Les caractéristiques familiales, le niveau social et d'éducation, les attitudes vis-à-vis de l'éducation des jeunes enfants ont une influence sur l'âge d'entrée des enfants dans leur lieu d'accueil, sur le type de mode de garde choisi, sur la quantité et la qualité des lieux de garde trouvés pour l'enfant (NICHD, 1997 ; Scarr, 1998). Ainsi, ce que vit un enfant dans une collectivité, par exemple, ne peut être totalement indépendant de ce qu'il vit à la maison. C'est le modèle dit transactionnel et écologique de la recherche sur les effets du mode de garde (Hungerford, Brownell, Campbell, 2000). Si l'on détecte des effets du mode de garde, doivent-ils être mis en relation seulement avec les

paramètres de ce mode de garde, ou dépendent-ils de différence préexistante entre les familles, différences dont dépend le choix des modes de garde ? Ces différences traduisent-elles un effet de l'environnement familial qui jouerait un rôle médiateur sur les effets du mode de garde, comme par exemple la qualité de la relation mère/enfant ou la stabilité de la famille ? (Crockenberg et Litman, 1991 ; Engeland et Hiester, 1995). Quels rôles médiateurs peuvent également jouer les caractéristiques de l'enfant comme le sexe ou le tempérament ?

Le second modèle est celui des risques cumulatifs. Ce modèle joue un rôle important dans la compréhension de la psychopathologie du développement (Sameroff, Seifer, Baldwin et Baldwin, 1993). Un mode de garde de qualité insuffisante représente un facteur de risque additionnel pour des enfants déjà en situation précaire du fait d'une vulnérabilité biologique ou de risques psychosociaux. À cet égard, ce sont clairement les enfants les plus exposés, par exemple vivant avec une mère déprimée, ou ceux qui ont développé un attachement de type insécure ou, pire, de type désorganisé, qui ont le plus besoin d'un mode de garde de qualité, faute de quoi l'impact de la situation à la maison et à la crèche risque d'être cumulatif. Et cet impact est en général plus net pour les jeunes garçons que pour les filles, pour les enfants de tempérament difficile que pour ceux qui sont plus facilement adaptables.

La conception alternative est celle selon laquelle un mode de garde de qualité représente un facteur de compensation, de résilience, et tamponne les effets d'une relation précoce inadéquate. Dans cette perspective, le mode de garde est garant de la sécurité et elle aide le jeune enfant à développer des stratégies d'adaptation, des stratégies cognitives et des compétences sociales qui vont favoriser son développement précoce, malgré des circonstances familiales peu favorables. C'est ce qu'ont observé Choquet, Davidson, Facy et Laurent dans leur étude de 1982 sur les facteurs de risque psychosociaux précoces.

Enfin, le troisième modèle de l'effet du mode de garde est celui dit des ressources perdues (*lost resources*), dans lequel il se pourrait que les enfants issus de milieux plutôt favorisés,

stimulants et fonctionnant bien, soient ceux qui ont le plus à perdre en se trouvant dans un milieu de garde non parental (Egeland et Hiester, 1995). Les enfants qui restent à la maison, avec des mères convenablement stimulantes et en bonne santé mentale, peuvent avoir un meilleur fonctionnement que les enfants issus du même type de foyers et qui vont en crèche, en particulier si la crèche n'est pas de qualité optimale (Caughy *et al.*, 1994). Là encore, l'impact pourrait être plus sévère sur les jeunes garçons que sur les filles, et sur les enfants qui sont déjà difficiles ou irritables, et qui peuvent réagir de façon plus négative au changement de leurs habitudes. Ces différentes hypothèses montrent la difficulté à séparer les effets de la garde en soi des facteurs propres à l'enfant et des facteurs liés à l'environnement familial, et qui tous ont un rôle et un effet sur le développement. Jusqu'à présent, bien peu d'études ont pris simultanément en compte ces influences ou ont inclus suffisamment d'enfants, de façon à permettre l'analyse de ces facteurs multiples.

L'étude du NICHD (1997) avait été prévue pour répondre à ces questions, d'une façon écologique et transactionnelle. Elle a le grand intérêt d'être longitudinale, de porter sur une large population d'enfants (plus de 1 000) provenant de diverses régions (urbaines, rurales, banlieues), de prendre en compte l'âge, le sexe de l'enfant, le tempérament, les variables familiales (niveau social et économique, niveau de dépression maternelle, sensibilité maternelle et parentale aux besoins de l'enfant) et d'évaluer la part des divers types de garde non maternelle (crèche collective, familiale, garde à la maison). La sécurité de l'attachement était mesurée à 14 mois et à 3 ans par la « Situation étrange » d'Ainsworth (Ainsworth, Blehar, Waters et Wall, 1978). Cette étude est importante du fait de son ampleur et de sa méthodologie, et continue de donner des résultats sur divers aspects du fonctionnement de l'enfant, comme la sécurité d'attachement, l'obéissance et le contrôle de soi, le développement du langage et les problèmes précoces de comportement, en lien avec le mode de garde.

LA SÉCURITÉ DE L'ATTACHEMENT,
LES TROUBLES DU COMPORTEMENT ET LE MODE DE GARDE

Un des aspects les plus controversés des effets du mode de garde concerne la sécurité de l'attachement. À partir des années 1980, plusieurs études ont noté des taux élevés d'attachement insécure mesurés dans la « Situation étrange » (Ainsworth, Blehar, Waters et Wall, 1978) chez les enfants élevés en crèche, comparés à ceux gardés par leurs parents à la maison. Cependant, les résultats de ces études précoces étaient parfois contradictoires et plusieurs chercheurs ont procédé à des méta-analyses (Belsky, 1988 ; Clarke-Stewart, 1989 ; Lamb, Srenberg et Prodromidis, 1992). Ces analyses allaient dans le sens d'une association entre l'enfant gardé en crèche et l'attachement insécure, bien que l'amplitude de l'effet (*size effect*) soit limitée et que l'interprétation des résultats laisse place à la discussion. La controverse a été chaude, particulièrement entre Belsky et Scarr (voir Karen, 1994). On a discuté sur la signification différente que peut prendre la « Situation étrange » pour les enfants élevés à la maison et en crèche (Clarke-Stewart, 1989). Chez les enfants en crèche, la « Situation étrange » pourrait n'être pas suffisamment stressante pour activer le système d'attachement. Cependant, cet argument n'a pas reçu beaucoup de support expérimental. Lamb (1998) note que si les enfants avec une expérience de garde sont significativement plus évitants que ceux élevés à la maison, la différence moyenne entre les deux groupes reste faible. Si le taux de sécurité est moins élevé chez les enfants en crèche, la distribution générale des classifications des types d'attachement reste la même que celle des enfants élevés à la maison. C'est dire que la majorité des enfants gardés en dehors de leur domicile ont un attachement sécurisé à leur mère.

Un certain nombre de travaux se sont attachés à montrer la hiérarchisation des relations d'attachement entre le bébé, ses parents et les autres personnes qui s'occupent de lui, en l'occurrence les professionnelles de la crèche. Les relations

d'attachement du bébé ne se substituent pas les unes aux autres, mais entretiennent des rapports hiérarchiques en fonction de leur ordre de survenue, de la sensibilité de la personne vis-à-vis du bébé et de la durée et de l'importance de la relation au bébé. La notion difficile à traduire de *caregiving*, de personne qui donne ses soins au jeune enfant, joue un rôle important dans le système d'attachement et donc dans les effets du mode de garde sur le développement de l'enfant. Le système de *caregiving* est la réciproque du système d'attachement, du côté des parents et de ceux qui s'occupent de l'enfant, qui se maintiennent à proximité de lui et le réconfortent quand ils perçoivent que l'enfant est en danger ou en détresse (George et Solomon, 1999). Deux dimensions du *caregiving* ont été particulièrement étudiées et reliées à la sécurité de l'attachement : la *sensitivity*, sensibilité, capacité à percevoir les signaux de l'enfant, et la *responsiveness*, la capacité de réponse à ces signaux. Pour Howes (1990), les critères définissant qui est un *caregiver* pouvant devenir une figure d'attachement pour l'enfant, parmi le réseau des personnes qui l'entourent, sont au nombre de trois : la personne prend soin physiquement et émotionnellement du jeune enfant, elle a une présence importante et régulière dans sa vie et elle investit l'enfant émotionnellement. On voit que ces critères devraient être réunis, et le sont souvent, par les auxiliaires de puériculture ou les nourrices qui s'occupent des enfants à domicile ou en crèche. Quelques travaux seulement concernent les liens d'attachement entre le jeune enfant et les personnels de crèche. Un travail récent a montré que l'attachement des enfants pouvait être sécure avec eux, et ce même quand l'état d'esprit vis-à-vis de l'attachement de ces professionnels n'est pas équilibré, au sens de l'*Adult Attachment Interview* (AAI, Main et Goldwyn, 1984).

Danner, faisant une méta-analyse en 1994, ne retrouve pas les conclusions de l'analyse de Belsky de 1978 sur les relations entre le mode de garde et la sécurité d'attachement. Il invoque le fait que les études avec des résultats négatifs ont moins de chance d'être publiées, et qu'il pourrait exister une tendance à surestimer les relations entre le mode de garde et l'attachement insécure. L'étude du NICHD de 1997 n'indiquait aucun effet majeur du mode de garde sur la sécurité de

l'attachement à 15 mois, et ce résultat a été largement diffusé aux États-Unis. Cette étude confirmait que la sensibilité maternelle observée à 6 et à 15 mois était, elle, en relation avec la sécurité d'attachement. L'étude confirmait qu'une faible sensibilité maternelle associée à un mode de garde de basse qualité, à un temps de garde étendu, ou à un mode de garde instable était prédictive d'un taux élevé d'attachement insécure. Cependant, des effets compensatoires du mode de garde étaient aussi mis en évidence : quand la sensibilité maternelle était basse mais que la qualité du mode de garde hors de la maison était élevée, les enfants avaient plus de chance d'être attachés de façon sécuritaire à leur mère que lorsque la qualité des soins était basse en toutes circonstances.

Effets sur les troubles du comportement

L'obéissance, la capacité de contrôle de soi et les troubles du comportement sont parmi les éléments de devenir les plus étudiés dans la petite enfance. Cependant, très peu d'études les ont mis en rapport avec le mode de garde dans la petite enfance. Les mères qui travaillent et qui ont une attitude critique vis-à-vis de l'enfant ont des enfants moins obéissants et qui se situent plus dans le défi (Macoby et Martin, 1983), mais un certain nombre de mères qui travaillent sont moins critiques et plus sensibles que des mères à la maison, quand on évalue cette attitude au cours du repas du soir. Engeland et Hiester (1995) ont étudié des mères à difficultés multiples et leurs enfants de façon longitudinale, et ont décrit les relations mutuelles de la sécurité de l'attachement avec les expériences de mode de garde, dans la prédiction du comportement à 4 ans et au jardin d'enfants. Les enfants sécuritaires qui avaient été en crèche étaient plus hostiles, observés dans une situation structurée avec leur mère à 42 mois, et considérés par leur maîtresse comme plus agressifs et avec plus de problèmes de comportement au jardin d'enfants, en comparaison avec les enfants sécuritaires qui étaient restés chez eux pendant dix-huit mois. En revanche, les enfants insécures qui avaient fréquenté la crèche étaient moins en retrait et plus actifs que les enfants insécures restés à la maison. Cela suggère que le mode de garde puisse compenser des carences d'environ-

nement social pour les enfants insécures, mais puisse représenter également une perte de ressources et une difficulté pour les enfants sécures. Nous verrons ce que notre étude a pu apporter à cet égard. Howes (1990) a étudié la collaboration des enfants avec des adultes en fonction de leur séjour en crèche, et en fonction de la qualité de celle-ci. Les enfants des crèches de bonne qualité sont plus obéissants et résistent mieux à la tentation de transgresser. Les garçons apparaissent plus sensibles aux effets de crèche de basse qualité que les filles. Howes a suivi son échantillon d'enfants et a montré que la crèche de mauvaise qualité prédisait la mauvaise adaptation au jardin d'enfants, en particulier la distractibilité et la non-prise en compte des autres (Howes, 1990). Point important, pour les enfants entrés en crèche avant 1 an, le poids de la qualité du lieu de garde prédisait mieux la survenue de troubles du comportement au jardin d'enfants que les variables liées à la famille. À l'inverse, ces variables familiales étaient plus prédictives pour les enfants rentrés en mode de garde collectif après la petite enfance. Mais ces résultats ne sont pas retrouvés par Deater-Deckard, en 1996, avec un meilleur contrôle des diverses variables comme le stress maternel et la discipline trop rigoureuse de la part des parents. Dans cette étude, les variables familiales étaient plus puissamment prédictives des troubles du comportement, même chez des enfants rentrés tôt en crèche. Et on ne retrouvait pas de relation entre le mode de garde, les troubles du comportement ou le retrait social à 4 ans (Deater-Deckard, 1996).

Effet de l'âge d'entrée en crèche

Quand les effets des variables potentielles sont pris en compte, l'âge d'entrée en crèche pendant la petite enfance prédit un ajustement ultérieur moins bon, mais seulement pour 1,7 % de la variance. En Suède, le niveau des crèches est généralement de haute qualité et l'entrée en collectivité est bien le fait du choix des parents. L'étude d'Anderson (1989, 1992) montre que les enfants en crèche avant 1 an sont plus indépendants, socialement plus à l'aise et moins anxieux que les enfants entrés plus tard. La crèche de bonne qualité

semble favoriser les relations avec les pairs, ce qui est un argument important en sa faveur pour beaucoup de parents. Le mode de garde dans la petite enfance ne semble pas en soi être lié aux différences entre les performances linguistiques et cognitives à 15, 24 ou 36 mois, alors que là encore la qualité du mode de garde, et surtout la quantité de stimulations langagières, joue un rôle dans ces différences, même quand les facteurs familiaux sont pris en compte (NICHD, 1997 ; ECCRN, 1998).

Les effets de la stabilité du mode de garde

L'étude de Choquet et coll., en 1982, est l'une des rares études à avoir envisagé cet aspect de la question, à travers le suivi longitudinal d'une cohorte d'enfants du 14^e arrondissement de Paris, nés en 1973-1974 et suivis jusqu'à l'âge de 3 ans. Les auteurs ont pris en compte les horaires (durée), les solutions en cas de maladie et l'entente entre mode de garde et parents. Aucune différence n'apparaît entre le mode de garde et le fait d'appartenir à un groupe à risque pour le développement. Des effets compensateurs sont retrouvés, quand le mode de garde est stable. L'instabilité du mode de garde est néfaste pour le développement, surtout si la mère est de niveau d'études moyen ou bas.

Les éléments récents tirés des résultats de l'étude NICHD-ECCRN (Early Child Care Research Network, 1997, 2000, 2003)

Dans une nouvelle méta-analyse basée surtout sur les résultats récents du suivi des enfants de la cohorte NICHD *Study of Early Child Care* (SECC), Belsky (2001) indique qu'il existe indiscutablement un effet du mode de garde hors de la famille favorisant l'attachement insécuré, même si l'ampleur de cet effet est modérée et bien moins puissante que celle de la relation de l'enfant avec ses parents. L'insécurité est favorisée par un âge précoce d'entrée en crèche, une durée de séjour supérieure à vingt heures par semaine, soit seulement quatre heures par jour ouvrable, et une moins bonne qualité de la crèche, le tout dans cet ordre. Pour Belsky, le mode de garde reste associé à un risque sur le développement. Il reprend les contro-

verses et les critiques vis-à-vis de ces analyses de 1986, 1988, 1990. À la lumière des résultats récents de l'étude du suivi NICHD-ECCRN, il indique que les modes de garde qui débutent tôt dans la vie, avant l'âge de 1 an, de façon continue et à dose soutenue, s'associent effectivement avec des relations parents/enfant moins harmonieuses et avec des niveaux plus élevés de conduites agressives et de désobéissance chez l'enfant. Cela semble survenir dès que l'enfant est gardé hors de chez lui plus de vingt heures par semaine, et ce même lorsque la qualité de cette garde est convenable. Belsky note également l'impact défavorable du mode de garde sur les relations d'attachement entre les pères et les jeunes enfants (Belsky, 2003). Cet effet sur l'attachement et sur les relations parents/enfant est retrouvé quelles que soient les ethnies. Il note que la reprise précoce du travail à temps plein par la mère prédit plus d'affects négatifs de la part de la mère et plus d'irritabilité chez l'enfant (Clark, Hyde, Essex et Klein, 1997).

Belsky insiste sur le fait que l'effet négatif d'un mode de garde durable et continu sur l'attachement, sur les relations précoces, les troubles du comportement de type agressif, ne peut être attribué à la qualité insuffisante du mode de garde, mais plutôt à l'âge de l'entrée en crèche et à la durée hebdomadaire du séjour loin des parents. Il souligne également que les derniers résultats de l'étude du NICHD-ECCRN (1999, 2000, 2003) montrent que plus de temps passé dans une crèche de qualité supérieure pendant les trois premières années de la vie n'apporte pas de bénéfices sur le plan du développement pour les enfants sécurisés, qu'il s'agisse du langage ou des capacités cognitives. Pour Belsky, les résultats de l'étude NICHD sont clairs : la quantité compte, plus que la qualité. Et quand les enfants passent beaucoup de temps en crèche, la sensibilité maternelle en est diminuée et les enfants ont plus de troubles de comportement à l'âge de 2 ans, et encore à l'entrée en grande école (CP). À 4/5 ans, seuls 2 % des enfants qui passent moins de dix heures par semaine en collectivité présentent des troubles de comportement de type externalisé, contre 19 % de ceux qui passent plus de trente heures par semaine en crèche (NICHD, 2003). Belsky insiste sur le fait que cette étude n'a pas montré d'effet de seuil, mais plutôt une relation dose/effet direct : quand la dose de collectivité augmente, les

problèmes de comportement augmentent aussi. Et l'ampleur de l'effet n'apparaît pas négligeable, puisqu'elle atteint celle de l'impact de la pauvreté sur les troubles du comportement et que cette ampleur d'effet apparaît plus élevée que celle d'un comportement parental sensible, contrairement à ce qui avait été d'abord envisagé ; cependant, l'ampleur de l'effet (*size effect*) du contraste entre moins de dix heures par semaine et plus de trente en collectivité n'est que de $d = .38$, ce qui correspond à une ampleur d'effet faible.

ATTACHEMENT ET TEMPÉRAMENT

Le système d'attachement est *a priori* considéré comme ayant un développement épigénétique, même s'il repose sur des capacités innées, de la part de l'enfant comme de son *caregiver*. C'est le développement de relations plus ou moins sensibles qui aboutit chez l'enfant à un « modèle interne de travail », et ce dès l'âge de 1 an, et qui permet à l'enfant de les anticiper. En revanche, le tempérament apparaît comme une donnée génétiquement transmise et présente dès la naissance, bien qu'elle joue évidemment un rôle dans les relations précoces, en particulier dans la qualité de l'ajustement entre mère et bébé (*goodness of fit*). Le tempérament plus ou moins facile du bébé peut donc jouer un rôle dans le développement de l'attachement plus ou moins sécure dans la mesure où il peut gêner l'exercice de la sensibilité maternelle. Cependant, la mesure du tempérament n'est pas facile, car elle dépend de la représentation que le *caregiver* se fait du bébé, et n'est pas indépendante d'elle.

Thomas et Chess sont les premiers à s'être intéressés aux différences de tempérament chez les bébés (1963). Ils définissent le tempérament comme « un style de comportement en constante interaction avec l'environnement et en continuité dans le temps, mais qui évolue avec la maturité et les expériences vécues » (cité dans Bertrais et coll., 1998, p. 264). Certains parlent de « traits de personnalité hérités apparaissant précocement », mais le caractère inné de ce style réactionnel

n'est pas reconnu par tous les auteurs (Goldsmith et coll., 1987). La stabilité du tempérament est généralement admise, même si certains la contestent. Selon Balleyguier (1991), par exemple, c'est la sociabilité (orientation positive envers la mère) qui est très stable et non l'irritabilité. Cet auteur considère d'ailleurs que ce comportement n'est pas inné, mais influencé par les échanges avec l'environnement. Elle considère que comportement de l'enfant et attitude de la mère sont dépendants l'un de l'autre. Ainsi, une attitude ambivalente de la mère (qui peut être une réaction aux caractéristiques du nourrisson) va probablement entraîner un attachement anxieux, insécure chez l'enfant, qui deviendra irritable. Par ailleurs, le tempérament est parfois décrit comme une différence individuelle de sensibilité et d'expressivité émotionnelle. Certains ont montré que le type de tempérament influençait la réaction de l'enfant au stress environnemental (Maziade, 1986). Selon Bertais et coll. (1999), « le tempérament de l'enfant ne varie pas selon son état de naissance, mais certaines dimensions sont associées à la parité, au niveau d'études de la mère, à son état de santé et à celui du bébé depuis la sortie de la maternité » (Bertais et coll., 1999, p. 264). Bates et ses collaborateurs considèrent même que les caractéristiques de la mère vont influencer la perception qu'elle se fait des difficultés de son enfant (Bates, 1979). Ainsi, les mères multipares et extraverties ont généralement tendance à trouver leur enfant facile. Quant à la question du fondement biologique de ce comportement, il est reconnu par tous (avec l'importance de l'autorégulation des processus neurologiques, notamment). Thomas et Chess ont distingué neuf traits caractéristiques : le niveau d'activité, la périodicité des fonctions physiologiques, la réaction d'approche ou de retrait face à de nouveaux stimuli, le degré d'adaptation aux changements des habitudes, l'intensité des réactions émotionnelles, l'humeur générale, la persistance et les capacités d'attention, le degré de distraction, le seuil de réactivité aux stimuli.

Les questionnaires qui ont été créés pour évaluer le tempérament des enfants (ceux de Bates et de Carey étant les plus connus) sont destinés aux parents. Il s'agit donc plutôt de leur opinion que d'une véritable analyse du comportement de

l'enfant. D'autre part, les résultats s'ordonnent principalement autour du facteur « facile/difficile », quels que soient les questionnaires et l'âge de l'enfant. Outre les questionnaires, certains auteurs (Bates *et al.*) ont mis au point une grille d'observation du tempérament. La convergence entre la perception maternelle du comportement de l'enfant, mesurée par questionnaire, et l'évaluation « objective » d'un observateur extérieur, est élevée concernant la dimension irritable/difficile. Quel que soit l'outil utilisé, il s'agit à chaque fois d'une mesure subjective du tempérament de l'enfant. D'ailleurs, « la composante subjective pourrait être tout aussi déterminante dans l'évolution du comportement de l'enfant » (S. Bertrais, 1999, p. 276).

LES INFECTIONS À LA CRÈCHE

La vie des jeunes enfants en collectivité s'accompagne d'un accroissement du risque infectieux, en particulier ORL et broncho-pulmonaire. Les infections respiratoires sont beaucoup plus fréquentes chez les enfants placés en crèche que chez ceux qui sont gardés à leur domicile. Cela est lié au fait que les enfants ont une immunité moins développée, qu'ils sont porteurs bien plus souvent que les adultes de bactéries potentiellement pathogènes, et qu'ils peuvent s'infecter facilement les uns et les autres dans un milieu collectif, lequel exige des mesures accrues d'hygiène, surtout chez les enfants qui ont à être fréquemment changés. Les enfants gardés en crèche reçoivent d'ailleurs plus souvent des antibiotiques que ceux gardés à domicile.

Depuis une vingtaine d'années, nombre d'études en France et à l'étranger permettent d'attester de ces faits (Dutau, 2002, pour une revue de la littérature, Anderson, 1989, 1992 ; Etzel, 1992 ; Holberg, 1993 ; Collet et coll., 1994 ; Celedon, 1999 ; Floret, 1999 ; Naystad, 1999 ; Nafstadt, 1999). Stangert (1976) montre que, sur une période de huit mois, les nourrissons en crèche collective présentent en moyenne cinq infections rebelles fébriles contre trois chez ceux

qui sont gardés à domicile ; Wald (1988) indique que le risque de développer au moins six infections ORL par an est de 73 % en crèche collective, de 65 % en crèche familiale et de 29 % au domicile. Pour Johansen (1988), le risque d'hospitalisation pour broncho-pneumonie et pneumopathie est deux fois plus élevé chez l'enfant en crèche que chez l'enfant gardé à la maison. Nafstadt (1999) confirme que les enfants en crèche ont plus souvent une toux nocturne, une rhinite et une otite moyenne que les enfants gardés à domicile.

L'enquête lyonnaise Épi-crèche, menée par Floret en 1999, montre que le risque infectieux varie selon le mode de garde : à domicile, en crèche familiale, en crèche collective petite (moins de 20 places), ou grandes (plus de 40 places). Sur une période d'observation de huit mois, le nombre moyen d'infections est seulement de 0,75 chez les enfants gardés à la maison, de 2,99 chez les enfants en crèche familiale, de 3,47 chez ceux en grande crèche collective et de 5,51 chez ceux en petite crèche collective, soit un coefficient multiplicateur qui va de 3 à 5 par rapport à la garde d'un enfant seul à domicile. Le risque d'infections à répétition est significativement plus important dans les petites crèches collectives que dans les grandes et dans les grandes crèches collectives que dans les crèches familiales. Le plus grand nombre d'infections dans les petites crèches paraît s'expliquer par une plus grande promiscuité entre les enfants que dans les grandes (Collet, 1994 ; Floret, 1999).

Une autre question concerne les rapports entre les infections précoces et la survenue ultérieure d'un asthme. L'étude de Celedon *et al.* (1999), montre que le placement en crèche avant l'âge de 1 an expose les nourrissons ayant des antécédents familiaux d'atopie à un risque accru d'infections respiratoires hautes et basses. Contrairement à ce que certains avaient pu penser (Krämer, 1999), le placement précoce en crèche ne protège donc aucunement contre la survenue ultérieure d'une allergie, et la survenue d'infections précoces ne diminue pas le risque de sensibilisation allergique ultérieure.

Du point de vue infectieux, l'âge idéal d'entrée en collectivité serait de 18, voire de 24 mois (Vigneron et Bégué, 1999). On est en France loin du compte, puisque parmi tous les pays d'Europe, c'est en France que les enfants sont admis en crèche le plus tôt, dès le deuxième mois de la vie. Les infec-

tions digestives occupent, en fréquence, la deuxième place parmi les infections touchant les enfants vivant en collectivité. Cela tient au fait de leur fréquence et au fait que les jeunes enfants ont tendance à porter leurs mains et les objets à la bouche. En revanche, les maladies éruptives ont diminué de fréquence en collectivité avec la généralisation de la vaccination contre la rougeole et la rubéole, dès l'âge de 1 an.

Mode de garde, anxiété et dépression maternelle, interactions et équilibre psychosomatique du jeune enfant

C'est surtout en France qu'est apparue une réflexion cherchant à établir des liens entre la question des infections récurrentes en crèche, l'état mental des mères et le type d'interaction (Jardin et coll., 1996), à la suite des conceptions de Kreisler sur l'équilibre psychosomatique (Kreisler, 1987) et en tenant compte du rôle possible du système d'attachement dans l'équilibre somatique du jeune enfant (Guedeney et Grasso, 2003).

L'étude de Jardin, Haab, Montes de Oca, Bresch, Letronnier et Moreau (1996) est la première du genre, et tente d'explorer les raisons psychologiques maternelles et interactives des infections récurrentes en crèche. Nous la détaillerons du fait de son originalité, de son caractère pionnier, et pour la comparer à la nôtre. L'étude s'étend de 1989 à 1992 et cherche une corrélation entre les manifestations somatiques à répétition du bébé dans la première année à la crèche et le vécu subjectif maternel de la séparation, dans une grande crèche de 72 berceaux du 13^e arrondissement de Paris. Elle se situe dans un présupposé théorique qui fait des interactions mère/bébé le support de l'équilibre psychosomatique du bébé (Debray, 1987 ; Kreisler, 1987) et qui cherche dans ces relations la cause des troubles d'adaptation du bébé à la crèche, se traduisant par des symptômes physiques.

L'échantillon comprend deux groupes de dix familles, sur deux années consécutives, et dont le bébé entre en crèche à un âge compris entre 2 et 7 mois, d'origine européenne, sans trouble mental décelé chez les parents, élevé en couple, sans difficultés périnatales (prématurité, hospitalisation néonatale de plus de trois jours). Les infections sont notées tous les jours.

Un épisode infectieux est défini par la survenue de nouveaux symptômes ORL, broncho-pulmonaires ou digestifs, pendant au mois quarante-huit heures, avec une mesure thérapeutique spécifique. Deux épisodes sont considérés comme indépendants quand ils sont séparés par une semaine sans symptômes, ce qui est décidé par le pédiatre de la crèche. Le bébé est observé au moment de l'adaptation à la crèche, le premier jour, pendant un repas mère/enfant et auxiliaire/enfant, et dans une situation de séparation retrouvaille mère/(ou père)/enfant, et quatre mois plus tard, pendant un repas et pendant une situation de séparation/retrouvaille. À l'âge de 18 mois, une situation de Ainsworth est proposée en laboratoire, mais sans enregistrement vidéo, et sans évaluation de la sécurité en suivant les échelles de Ainsworth. Le critère d'infections fréquentes retenu est d'au moins 6 épisodes infectieux par périodes de six mois, rhino-pharyngites, otites, bronchites avec sifflement, laryngites et gastro-entérites. 6 enfants sur 8 dans le premier échantillon et 7 sur 9 du second ont eu plus de 6 infections par périodes de six mois, soit 13 sur 17 pour les deux groupes. Indépendamment de leur âge d'entrée, les enfants ont eu plus d'infections les trois premiers mois suivant leur entrée. 2 enfants sur 20 ont eu très peu d'infections, et 4 sur 17 en ont eu peu en tout ; 5 sur 17 ont des infections répétées, 8 sur 17 sont dans le groupe moyen. 6 enfants sur 17 seulement apparaissent sécurés, parmi ceux qui ont été globalement évalués dans une situation proche de la situation de Ainsworth, 10 sur 17 apparaissant évitants et 1 est évalué comme ambivalent. L'insécurité domine donc l'attachement de ces enfants à 18 mois. Les auteurs font l'hypothèse d'un lien entre la dépression maternelle, les difficultés de séparation et les difficultés interactives, donnant lieu à des réponses somatiques de la part du bébé, qui demandent à être perçues comme signe de malaise.

Cette étude est la première en France à tenter d'utiliser une méthodologie expérimentale et, à notre connaissance, à tenter d'appliquer une évaluation du type de la « Situation étrange » de Ainsworth à une population d'enfants en crèche, associée à une observation filmée de situations de repas et de séparation/retrouvailles. Enfin, elle était la première à tenter un lien entre les éléments de fonctionnement

psychique maternel, les styles interactifs et la fréquence des infections, en utilisant les critères de définitions des épisodes de maladie des études épidémiologiques. Cependant, sa valeur tient plus au rassemblement monographique des cas étudiés avec attention qu'aux résultats (augmentation des infections à l'entrée en crèche), du fait du nombre limité d'enfants, de l'absence de prise en compte des variations saisonnières des infections, de l'absence d'autres paramètres d'évaluation contrôlés sur l'état maternel, sur celui du bébé, sur les interactions entre le bébé, ses parents et le personnel de la crèche, et enfin du fait que la « Situation étrange » de Ainsworth n'était pas enregistrée en vidéo ni évaluée de façon indépendante, et seulement en direct. L'étude est donc plus un apport sur le malaise de certains enfants rentrant en crèche, en rapport avec la difficulté de soutien qu'ils reçoivent de la part de leurs parents et du personnel, mais sa méthodologie ne pouvait guère répondre à la question posée, et n'apporte pas de conviction quant au lien direct entre ce malaise et les infections, ni sur l'origine du malaise. Elle oscille entre une méthodologie d'observation fine d'une cohorte de 20 enfants d'âge différent entrant en crèche et une méthode d'observation quantifiée.

Récemment, une étude multicentrique, longitudinale, de cinq pays européens (EEPP, *Early European Promotion Project*) a démontré, sur l'échantillon finlandais, la relation entre la qualité des interactions mère/enfant, évaluées à 8-11 semaines par les échelles GRS de Murray, et les problèmes de santé chroniques ou récidivants ; dans cette étude, les problèmes de santé chroniques et récidivants étaient aussi en relation avec le séjour en crèche de plus de deux jours par semaine et ce, quel que soit le milieu familial, à risque ou non (Mäntymaa, Puura, Luoma *et al.*, 2003).

Du côté du bébé : le vécu de l'entrée en crèche

L'organisation sociale actuelle amène donc de plus en plus les mères à confier leur enfant à des tiers et ce, dès la fin de leur congé de maternité. Placer son enfant en crèche est non seulement une décision difficile, qui entraîne un bouleversement émotionnel chez les bébés et leurs parents, mais est de plus une décision urgente puisqu'elle doit généralement être

prise dès la conception de cet enfant. Les mères qui ont opté pour ce mode de garde doivent dès la naissance se préparer à la prochaine séparation, ce qui se traduit chez certaines par la peur de s'attacher trop fortement à ce petit être qu'elles vont devoir quitter.

Pourtant, avant de pouvoir se séparer, il faut d'abord avoir vécu une expérience très forte de liens donnant une base suffisamment sécurisante qui sera mise à l'épreuve au moment de la séparation. Ce premier traumatisme, aussi bien pour la mère que pour son nourrisson, qu'est la séparation, survient généralement quelques mois à peine après une autre expérience tout aussi bouleversante : la naissance. Ce mini-drame va d'autre part avoir des répercussions différentes selon les protagonistes. Même si une séparation avec l'objet d'attachement, à l'âge de 3 mois, est considérée par bien des auteurs comme une sorte de blessure non cicatrisée qui sera au cœur de toutes les séparations ultérieures, l'enfant n'est pas le seul à être désarmé dans cette situation. Ses parents aussi, en fonction de leur propre histoire, seront plus ou moins vulnérables et seront du coup plus ou moins capables d'aider leur bébé à surmonter cette épreuve, notamment en s'identifiant à lui et à sa souffrance, sans la substituer à la leur, tout en maintenant leurs capacités à penser d'adulte. Les adaptations à cette nouvelle situation seront très différentes d'un enfant à un autre, en fonction de son bagage personnel et du soutien qu'il trouvera ou non dans son entourage (parents et personnel de crèche). Parfois, c'est l'enfant qui finit par trouver les moyens d'aider ses parents démunis.

La détresse ou l'angoisse que pourra vivre l'enfant lors de son entrée en crèche se traduira souvent à travers le corps. Mais elle peut aussi passer facilement inaperçue, quand l'enfant est en apparence bien adapté à sa section ou quand il s'enfonce peu à peu dans un retrait relationnel, qui lui donne parfois des allures d'enfant trop sage. Le retour de vacances est en ce sens souvent vécu comme une chute douloureuse. Si les enfants finissent généralement par s'habituer à leur nouveau mode de vie, c'est au prix d'un long travail psychique qui leur assurera un sentiment d'identité fondé sur une sécurité intérieure. Il n'est pas rare de voir en crèche un enfant ne se retourner que longtemps après le départ de son parent,

comme s'il ne prenait conscience de l'événement qu'après coup. Il croit sans doute ainsi contrôler ce départ, et du même coup le retour.

Bien que la mise en crèche représente un événement très important dans la vie de l'enfant, l'angoisse de séparation se répète en fait quotidiennement, ainsi que lors de certains changements comme la naissance d'un petit frère, un déménagement, le passage d'une section de la crèche à une autre.

Une équivalence implicite est souvent faite entre la socialisation et la vie en collectivité. Or, comme le rappelle Patrick Mauvais (Mauvais, 2003), pour le très jeune enfant, la collectivité n'est pas un besoin. Elle est plutôt une nécessité pour l'exercice professionnel de ses parents. La première socialisation s'enracine dans la relation avec les parents, en particulier avec la mère ou avec l'adulte maternant. Cette socialisation, cette ouverture à l'autre basée sur les relations précoces est bien différente de l'intégration en collectivité et de la confrontation précoce au groupe. Mais un glissement semble entraîner souvent la confusion entre la vie en collectivité et les processus psychiques en jeu dans la socialisation proprement dite. Cela peut provenir des besoins de travailler des parents et du désir de légitimer en le conjuguant avec un choix éducatif. Certains parents se culpabilisent de ne pas offrir l'expérience de la crèche à leurs enfants, en la considérant comme une préparation incontournable à l'école maternelle.

Or, c'est sur la base seule du développement d'un attachement sécure que se développe la socialisation proprement dite, comme le montre bien la théorie de l'attachement de John Bowlby (Bowlby, 1973) et les études sur le développement précoce qui en sont issues (voir Guédeney et Guédeney, 2002 ; Miljkovich, 2001 ; Pierrehumbert, 2003). Seul l'enfant qui a construit un attachement sécure se montre capable d'ouverture sociale, c'est-à-dire d'opérer un transfert de sa relation positive d'attachement à sa mère et d'utiliser l'autre, l'étranger, comme un point d'appui, de coopération et d'exploration. Cela est manifeste dans la « Situation étrange » de Ainsworth, applicable dès l'âge de 12 mois, et qui se montre un révélateur fiable de l'importance décisive et fondatrice des tout premiers échanges et de l'environnement familial dans la construction de la société de l'enfant : climat émotionnel suffisamment pai-

sible et stable des relations avec les proches, qualité et continuité des relations et des enveloppes sensorielles, régularité structurante et prévisibilité des événements quotidiens (Mauvais, 2003, p. 406). À l'inverse, la crèche peut représenter un risque effectif pour la socialisation d'un jeune enfant, du fait des multiples discontinuités et des ruptures que peut occasionner le rythme de la vie collective. Ces ruptures peuvent entamer le sentiment de continuité interne chez l'enfant. Elles ne sont pas facilement détectées par les intervenants, qu'il s'agisse d'interventions inadéquates, d'insuffisante tranquillité, de temps insuffisants dans les moments clés, d'instabilité du déroulement de la journée, ou dans les attitudes des adultes (Mauvais, 2003, p. 408). Le risque est que la règle de fonctionnement de la collectivité s'applique à l'enfant sans prise en compte de ses besoins, ni de ses rythmes propres. On comprend donc que ce défaut de sensibilité puisse entraîner une insécurité de l'attachement. En effet, la sensibilité dans les relations précoces est le point clé, sinon le facteur exclusif, de la constitution d'une relation sécurisée. La collectivité peut ainsi être un « lieu anémique » (Cyrułnik, 1989), un lieu de solitude et de violence (Appell, 1993), où chacun est en rivalité avec les autres pour obtenir de l'adulte une attention qui se dérobe sans cesse. Mauvais relève encore que certaines pratiques dans les lieux d'accueil ne résistent pas à la réflexion : être à table trop tôt, dès l'âge de 13 ou 14 mois, n'apporte pas de gain de socialisation chez des enfants encore trop peu assurés sur le plan postural et trop jeunes pour pouvoir partager en sécurité l'attention de l'adulte avec les autres dans ce moment crucial. « Cette anticipation excessive sur les capacités réelles des enfants, qui procède d'une confiance insuffisante dans leur force de développement, se solde ainsi paradoxalement par un surcroît d'insécurité et de dépendance. [...] Le recours trop intensif au pouvoir des objets familiers, le "doudou" qualifié hâtivement d'objet transitionnel, ne peut pallier une insécurité engendrée par des conditions d'accueil inadéquates [...] Dès lors, les signes de mal-être peuvent se manifester de façon diverse chez le très jeune enfant : soit de manière évidente (pleurs, protestation, appels répétés, signes de détresse...), ou de façon plus spectaculaire avec des attitudes agressives qui sous-tendent la demande d'attention et de sécurité. Ailleurs,

et de façon bien plus discrète et pouvant passer inaperçue, l'enfant n'exprime pas de détresse bruyante : il se montre facile et souriant dans le contact direct, mais se situe en dessous de ses possibilités de développement moteur, d'expression affective et de communication » (Mauvais, 2003, p. 408).

Maintenant que l'expérience d'un mode de garde hors de la maison est devenue la norme pour la majorité des enfants, la question se pose de l'existence d'effets à long terme, positifs ou négatifs pendant l'enfance, de ses effets sur la santé physique et sur le développement. Enfin, notons qu'il n'existe pratiquement pas de données concernant l'effet des modes de garde en fonction des troubles du développement de certains enfants (autisme, prématurité, tempérament difficile, etc.).

La crèche mérite donc qu'on s'y intéresse et que l'on essaie de savoir qui en bénéficie ou pas, à quel âge et à quelles conditions.

UNE ÉTUDE PILOTE

Nous avons donc réalisé une étude pilote en crèche, de façon à tester les outils qui permettraient de mieux cerner l'hypothèse que le système d'attachement de l'enfant lui permet de faire face au traumatisme de l'entrée en crèche, et que son effet est médiatisé par le tempérament de l'enfant, en évaluant le retrait relationnel de l'enfant comme indice de risque de survenue plus fréquente de troubles physiques après l'entrée en crèche.

Hypothèse

Nous proposons donc l'hypothèse que l'événement de vie qu'est l'entrée en crèche aura des répercussions cliniques, comportementales ou fonctionnelles. Et que la capacité de l'enfant à se réorganiser et à maîtriser l'expérience potentiellement désorganisatrice liée à la séparation d'avec les parents va dépendre : 1 / de l'âge de l'enfant (le système immunitaire étant particulièrement immature au cours de la première année de la vie), et de cet âge dépendra la « dose » de collectivité supportable ; 2 / de son tempérament et de la qualité de

son lien d'attachement à la mère ; 3 / et, sans doute, de la qualité de la relation qu'il pourra instaurer à la crèche. La désorganisation devrait apparaître au niveau de la fréquence plus accrue, de l'intensité et de la durée plus importante des maladies infectieuses contractées par l'enfant, ainsi qu'au niveau de certains troubles du comportement et des perturbations des fonctions alimentaires et du sommeil. Nous supposons que l'utilisation de l'échelle de retrait (ADBB) (Guedeney et Fermanian, 2001 ; Guedeney, Charron, Delour, Fermanian, 2001) permettra un premier dépistage des enfants à risque, repérés par ailleurs à l'aide de la « Situation étrange » de Ainsworth et du questionnaire de tempérament de Bates.

Notre hypothèse générale étant que l'entrée en crèche est un événement stressant pour le jeune enfant, nous supposons que cela entraînera un nombre important de maladies infectieuses les premiers mois suivant l'intégration et que ce nombre diminuera par la suite. Cette fréquence sera comparée à celles des autres études avec des tailles de crèche comparable (Jardin, 1996 ; Épi-crèche, Floret, 1999). Nous chercherons si les enfants insécures sont ceux qui sont le plus souvent malades et, si oui, de quelle façon, ou si au contraire, ce sont les enfants sécures qui supportent le plus mal l'entrée à la crèche. D'autre part, il semblerait que les enfants plus jeunes soient plus enclins à tomber malades, du fait de leur immaturité immunologique. L'expression somatique étant le mode privilégié de communication des tout petits, nous devrions voir une diminution des maladies avec l'âge, notamment chez les enfants qui commencent à parler. Les troubles du comportement pourraient alors remplacer peu à peu ceux de la sphère somatique.

1 / Concernant le Questionnaire de tempérament, l'enfant n'ayant probablement pas le même comportement à la maison et en collectivité, nous nous attendons à ce que la convergence soit plus grande entre les parents qu'entre parents et professionnelles. Cette hypothèse serait en accord avec les résultats trouvés par Bates et son équipe. Après avoir comparé les réponses à l'ICQ des pères et des mères à la perception du tempérament de l'enfant par un observateur grâce à une grille d'observation, ils ont conclu que le lien était plus important entre les données du père et de la mère, qu'entre l'un des parents et l'observateur.

2 / Nous examinerons également la question de l'homogénéité du tempérament de l'enfant. Autrement dit, si les différents adultes qui s'occupent de lui sont en accord ou en désaccord quant à son comportement. Nous pouvons supposer qu'un enfant perçu de manière unanime comme « facile » s'intégrera mieux à son nouveau lieu de vie. *A contrario*, celui qui irrite tout le monde aura *a priori* plus de difficultés à surmonter l'épreuve de séparation entraînée par l'entrée en crèche. Le niveau de difficulté sera observé à partir des répercussions cliniques, comportementales et fonctionnelles.

3 / À propos du comportement de retrait mesuré avec l'ADBB, nous supposons que les enfants qui obtiendront un score supérieur à la note seuil (5 points), à deux reprises, seront perçus comme étant « plus sages » que les autres par les référents de crèches. Celles-ci devraient donc les évaluer plus positivement au questionnaire de tempérament.

4 / On s'attend à ce que la réaction de retrait soit corrélée avec un attachement insécure, sachant la place du retrait dans celui-ci.

Méthode

Lieu de l'étude

L'étude a eu lieu dans une crèche du 15^e arrondissement de Paris, proche d'un centre de consultation de la petite enfance auquel les auteurs collaboraient (Institut de puériculture de Paris, Guidance infantile, dirigé alors par l'un des auteurs, A. G.). Cette crèche, de grande taille et de bonne qualité, sous l'égide de la mairie de Paris, avait demandé une réflexion et une formation sur le développement précoce et les outils d'évaluation du jeune enfant. La qualité de la crèche tient au niveau de formation et d'encadrement de son personnel, à son nombre (une auxiliaire pour six enfants maximum), à la qualité des locaux, à la présence d'un pédiatre, à la qualité de la relation de l'équipe avec les parents, ce dont témoigne le niveau de participation à la recherche. La recherche a été proposée après plusieurs réunions d'information avec l'équipe, pour mettre au point un protocole acceptable en pratique, et avec les parents. L'avis positif du comité d'éthique pour une précédente recherche en PMI a été

étendu à cette étude. L'étude a reçu l'accord du médecin chef de la PMI de Paris, et du maire du 15^e arrondissement.

Inclusion, exclusion

L'échantillon comprend tous les enfants entrant dans cette crèche durant l'année 1999-2000, à partir du premier septembre 1999, dont les parents ont signé un consentement écrit. Il s'agit de 23 sujets, dont 17 enfants de la section des petits, 3 enfants de la section des moyens et 3 de la section des grands (âgés de 2 mois et demi à 2 ans et demi lors de leur entrée en crèche). L'échantillon compte 13 garçons et 10 filles. Aucune famille n'a refusé de participer à l'étude. Les tableaux I à IV donnent un descriptif de l'échantillon.

Tableau I. — *Description de l'échantillon : enfants*

	N (23)	%
Sexe		
F	10	43,48
M	13	56,52
Section		
Bébés	18	78,26
Moyens	3	13,04
Grands	2	8,70
Mode de garde antérieur		
1 (domicile)	17	80,95
2 (crèche)	1	4,76
4 (autre)	3	14,29
Naissance		
1 (normale)	13	81,25
2 (césarienne)	3	18,75
Allaitement		
0 (non)	3	18,75
1 (oui)	13	81,25
Antécédents médicaux importants		
1 (oui)	6	37,50
2 (non)	10	62,50
Hospitalisation importante		
1 < 1 semaine	11	73,33
2 > 1 semaine	4	26,67

Tableau II. — *Enfants suite*

	N (23)	Moyenne (DS)	Médiane	Min.-Max.
Âge au début du protocole (mois)	23	9,90 (10,50)	5,00	2,00-33,00
Durée du protocole (mois)	23	8,30 (0,87)	9,00	6,00-9,00
Nombre de frères	20	1,35 (0,87)	1,00	0-3,00

Tableau III. — *Description de l'échantillon : familles*

	N (23)	%
Statut familial		
1 (parents)	14	82,35
2 (mère)	3	17,65
Fratric		
1	12	60,00
2	5	25,00
Plus de 2	3	15,00
Origine du père		
1 (France)	14	73,68
6 (Afrique)	5	26,32
Type de liens avec le père		
1 (naturels)	20	100,00
Catégorie socioprofessionnelle du père		
2 (art. comm., chef entr.)	5	26,32
3 (cadre)	8	42,11
4 (prof. interméd.)	1	5,26
5 (employé)	3	15,79
6 (ouvrier)	2	10,53
Origine de la mère		
1 France	11	68,75
4 DOM-TOM	1	6,25
6 Afrique	3	18,75
7 Asie	1	6,25
Type de liens avec la mère		
1 (naturels)	17	100,00
Catégorie socioprofessionnelle de la mère		
2 (art. comm., chef entr.)	2	10,53
3 (cadre)	8	42,11
4 (prof. interméd.)	1	5,26
5 (employée)	5	26,32
6 (ouvrière)	2	10,53
7 (s. activité)	1	5,26

Tableau IV. — *Familles suite*

Âge du père	19	32,42 (4.31)	32,00	25,00-45,00
Âge de la mère	19	31,00 (4.22)	29,00	26,00-41,00
Niveau économique du foyer	17	19 202,24 (8 216,27)	21 500,00	3 526,00-35 000,00

Instruments

I / Le recueil de données des manifestations infectieuses et autres troubles de santé et du comportement de l'enfant. — Les manifestations infectieuses et le comportement général de l'enfant sont notés sur une fiche individuelle actualisée chaque jour pour chaque enfant par le personnel de la crèche, cela dès l'entrée en crèche et pendant toute la durée de la recherche. Sont indiqués sur cette feuille : les symptômes ou accidents (écoulement nasal, asthme, toux, eczéma...), les maladies infectieuses (bronchites, pneumonie, bronchiolite, otite...), la thérapie médicale s'y rattachant, ainsi que le comportement de l'enfant pendant la semaine (souriant, en colère, agressif, avec des difficultés de séparation, etc.), le sommeil et l'alimentation, ainsi que les événements arrivés pendant la semaine (à l'enfant et/ou à la famille : chute, hospitalisation, déménagement, voyage, deuil, séparation...). Cette fiche individuelle a été mise au point à partir de questionnaires de la ville de Paris, déjà utilisés par les équipes de crèches collectives. Il existe un lexique à la disposition des auxiliaires de puériculture concernant chacun des points mentionnés. Deux critères ont été utilisés pour définir les épisodes infectieux ou concernant la sphère alimentaire ou le sommeil : leur durée (nombre de jours, périodicité) et leur intensité (type de troubles, traitement). L'attention portée à un événement se fait dès lors qu'il est mentionné par les parents, l'équipe, le pédiatre de ville ou de la crèche.

En référence à l'étude de Françoise Jardin *et al.*, de 1996, nous avons pris la définition de l'épisode infectieux suivant : « Un nouvel épisode infectieux est défini par la survenue de

nouveaux symptômes de la sphère ORL, broncho-pulmonaire ou digestive durant au moins quarante-huit heures, assortis d'une mesure thérapeutique spécifique. Deux épisodes sont comptabilisés comme indépendants s'ils sont séparés par une semaine sans symptôme » (1996, p. 114). Le critère principal d'évaluation que nous retiendrons est celui-ci : au moins trois épisodes infectieux par période de trois mois. Même si la feuille de relevé contenait un grand nombre d'infections, nous avons finalement décidé de ne maintenir dans notre recherche que les maladies les plus courantes, c'est-à-dire les gastro-entérites, les bronchites, les bronchiolites, les laryngites, les otites et les rhino-pharyngites. Lorsqu'un enfant s'absentait, il était convenu que soit inscrit sur sa fiche le motif de son absence, le nom de la maladie, ainsi que le traitement appliqué.

Le calcul des scores d'infection a été fait pour les variables respiratoires, dermatologiques, gastro-entérologiques, ORL, exanthème, hyperthermie, régurgitation. On a calculé la moyenne du mois, pour tenir compte des variations saisonnières, en établissant un score global par enfant corrigé sur les mois. Le calcul et le codage des scores d'infection pondérés en fonction du mois a été ainsi fait :

$$\text{Moyenne du mois : } m_j = \frac{\sum_1^{n_j} x_{ij}}{n_j} \quad (\text{« } i \text{ » : indice enfant ; « } j \text{ » :}$$

indice mois)

$$\text{Score corrigé par mois par enfant : } x_{ij} - m_j$$

$$\text{Score global par enfant corrigé sur les mois : } \frac{\sum_1^{n_i} (x_{ij} - m_j)}{n_i} \times 10.$$

Calcul du score d'infection total : La somme des scores globaux par enfant corrigés sur le mois = score respiratoire + score troubles dermatologiques + score troubles gastro-entérologiques + score troubles ORL + score érythème + score hyperthermie + score régurgitation.

Le tableau V donne la modalité de codage des scores d'infection et de maladie.

Tableau V. — Calcul des scores

Calcul des scores d'infection pour les variables :	Codage :
# score troubles respiratoires	0 = Absence de maladie ou ≤ 1 symptôme
# score troubles dermatologiques	1 = Absencedemaladieet $2 \leq$ symptômes ≤ 7
# score troubles gastro-entérologiques	2 = Présence de maladie ou > 8 symptômes
# score troubles ORL	
	Codage :
# score exanthème	0 = Pas d'épisode
# score hyperthermie	1 = Un épisode
# score régurgitation	2 \geq Deux épisodes

2 / *Évaluation trimestrielle du bébé à l'aide de l'ADBB.* — L'échelle ADBB (Alarme détresse bébé) est une échelle de dépistage du retrait relationnel prolongé de l'enfant (plus de quinze jours). Cet outil a été créé pour repérer l'intensité du retrait et pour détecter les risques de développer un tel comportement. Il a été validé dans une précédente recherche en PMI (Guedeney, Fermanian, Charron, Delour, 2001). La réaction de retrait prolongé dans l'enfance (notamment lorsque l'enfant n'a pas encore acquis la parole) est un signal d'alarme important des troubles relationnels et/ou organiques.

L'évaluation des enfants à l'aide de l'ADBB se fait pendant la consultation pédiatrique. On évalue la réponse de l'enfant à ces stimulations, dans un contexte moyennement stressant, en présence d'étrangers (le pédiatre, l'observateur, et une puéricultrice polyvalente) et d'une personne rassurante (généralement sa référente en crèche). Il est important de renouveler l'examen pour vérifier les résultats. Chaque enfant a été examiné deux à trois fois dans l'année. Lors de la validation de l'ADBB en PMI, la note seuil de 5 semblait indiquer l'existence d'un retrait cliniquement significatif.

Chaque semaine, la pédiatre accompagnée de la puéricultrice et d'une observatrice formée préalablement à la cotation de l'échelle (NS) ont évalué 3 à 4 enfants, à l'aide de l'ADBB, en s'efforçant de n'examiner qu'un seul enfant par section à chaque fois.

3 / *Évaluation de l'enfant à partir de 12 mois avec la « Situation étrange » de Ainsworth.* — Tous les enfants âgés de 1 an ont été évalués en situation expérimentale à la Gui-

dance Infantile de l'Institut de puériculture de Paris (lieu qui leur était inconnu). Cette évaluation a été menée par deux des auteurs (F. G. et N. S.). Cinq des enfants que nous avons examinés étaient âgés de plus de 2 ans lors de leur arrivée en crèche. Leur évaluation s'est donc faite quand ils avaient entre 2 ans 3 mois et 2 ans 9 mois. L'enfant âgé de 1 an et la mère sont conduits dans une pièce inconnue (laboratoire) dans laquelle se trouvent un certain nombre de jouets. Les réactions de l'enfant sont observées et filmées au cours de 8 épisodes, chacun de trois minutes, impliquant deux séparations d'avec l'adulte ainsi qu'un contact avec une personne non familière, l'« étrangère ». La procédure dure une vingtaine de minutes. Pour notre échantillon, la cotation a été faite en sûre et insûre, en aveugle, par des spécialistes d'un laboratoire italien (Université de Bari, séminaire de formation à la cotation de la « Situation étrange » de Brian Waughn, 2003). Le Pr Waughn a vérifié l'absence de comportement désorganisé dans l'échantillon.

4 / *Le questionnaire de tempérament.* — Le questionnaire ICQ (*Infant Characteristics Questionnaire*) de Bates a été choisi pour cette étude. L'ICQ est une des méthodes les plus répandues pour évaluer le tempérament de l'enfant. Comme il mesure bien plus la perception que les parents ont de leur enfant que le comportement « objectif » de ce dernier, nous avons décidé de le faire remplir par le plus grand nombre de personnes s'occupant de l'enfant (le père, la mère et les deux auxiliaires de sa section en crèche). L'équipe de Bates (1979) avait déjà comparé les réponses des mères à celles des pères. Elle avait trouvé un niveau moyen de correspondance entre les deux.

Le caractère inné ou la stabilité du tempérament dans le temps étant reconnus par la plupart des auteurs s'y intéressant, il a été décidé de faire passer le questionnaire vers la fin de la recherche (au mois d'avril) pour permettre aussi bien aux parents qu'aux auxiliaires de mieux connaître l'enfant. Ainsi, nous ne pensons pas que le stress engendré par l'entrée en crèche aura un impact sur le tempérament, mais en revanche, nous estimons que la qualité de ce dernier, dont nous avons eu connaissance après coup, aura eu une incidence sur la manière dont l'enfant se sera adapté. Trois

versions ont été développées par Bates, en fonction de l'âge de l'enfant : pour 6 mois, 13 mois et 24 mois. Seule la première a été validée en français par une équipe de l'INSERM dirigée par le Dr B. Larroque (Bertais, Larroque *et al.*, 1999) sur un échantillon de 794 enfants. Il a donc fallu traduire les deux autres versions en restant le plus proche possible des originaux et en s'inspirant de la traduction déjà effectuée en français, mais la version des 6 mois est très proche des précédentes.

Nous avons choisi, pour chaque enfant, la version du questionnaire qui correspondait le mieux à son âge (comme l'avaient fait les auteurs américains et français). L'échelle comporte 26 questions pour la version de 6 mois et 32 pour les deux autres. L'adulte doit évaluer la réaction ou le comportement de l'enfant en cochant un chiffre de 1 à 7, le chiffre « 4 » correspondant à une situation moyenne. Les scores inférieurs représentent une perception positive, alors qu'inversement les scores supérieurs à 4 représentent une perception négative de la réaction ou du comportement.

Des trois versions originales de l'ICQ de Bates, comme de la version française, plusieurs facteurs ont été extraits à partir d'une analyse factorielle (comme les facteurs « irritable/difficile », « inadaptable », « imprévisible », « asocial » ou « dépendant »). Nous n'avons retenu que les dimensions « irritable/difficile » et « inadaptable », car seuls ces deux facteurs sont identiques dans les trois versions. Pour obtenir une note à chaque facteur, il s'agit d'additionner le score obtenu aux questions correspondant à cette dimension. Concernant le problème des questionnaires dans lesquels certaines réponses étaient manquantes, nous avons décidé d'utiliser la moyenne trouvée à ces questions par l'équipe américaine (pour les versions 13 et 24 mois) ou française (pour la version 6 mois). Un taux très faible de réponses manquantes est à constater chez les parents. En revanche, pour les auxiliaires, il fut plus difficile d'obtenir une réponse à toutes les questions.

Analyse statistique

Le fichier détaillé des réponses est stocké dans une librairie SAS (Statistical Analysis System[®] version 8,2). Les

statistiques descriptives sont présentées sous forme de pourcentages, d'étendues, de moyennes assorties de déviations standard. La reproductibilité des échelles du tempérament F1 et F2 a été déterminée par le calcul du coefficient de corrélation intraclasse entre le père et la mère, entre les deux auxiliaires et entre la moyenne des deux auxiliaires et la moyenne des parents. L'étude de l'évolution dans le temps de l'échelle ADBB a été réalisée par un test de Wilcoxon sur séries appariées. L'étude de l'évolution dans le temps de la variable ADBB (variable dichotomique) a été réalisée par un test de Mac Nemar. L'étude des liens entre chaque score d'infection et les échelles F1 et F2 est réalisée par le calcul du coefficient de corrélation de Spearman et, en variable dichotomique (enfant difficile /non difficile), par le Test de Wilcoxon. L'étude des liens entre les échelles F1 et F2 a été réalisée par le calcul du coefficient de corrélation de Spearman. Enfin, la comparaison de moyennes est réalisée aussi par le Test de Wilcoxon. Une correction de Bonferroni a été indispensable pour chaque analyse. La comparaison entre Attachement (variable dichotomique : enfant sécure/insécure) et l'évolution du score du retrait relationnel (augmentation, diminution ou stabilité) a été effectuée par le test non paramétriques dit du Signe.

Résultats

Manifestations infectieuses et comportement de l'enfant

La figure 1 illustre les scores moyens des infections par mois et nous donne des indications sur la dynamique des infections. Les profils désignent des courbes caractéristiques pour chacun des groupes d'infections ou de symptômes. Il n'existe pas d'élévation généralisée et simultanée des scores, comme c'est souvent le cas dans les études épidémiologiques transversales faites en crèche (Étude Épipage, Floret, 1999).

Nous trouvons une augmentation des infections à l'entrée en crèche (mois de septembre ou octobre pour la majorité des enfants) jusqu'aux vacances de Noël (tous les index augmentent, sauf le score respiratoire et hyperthermie). À la rentrée

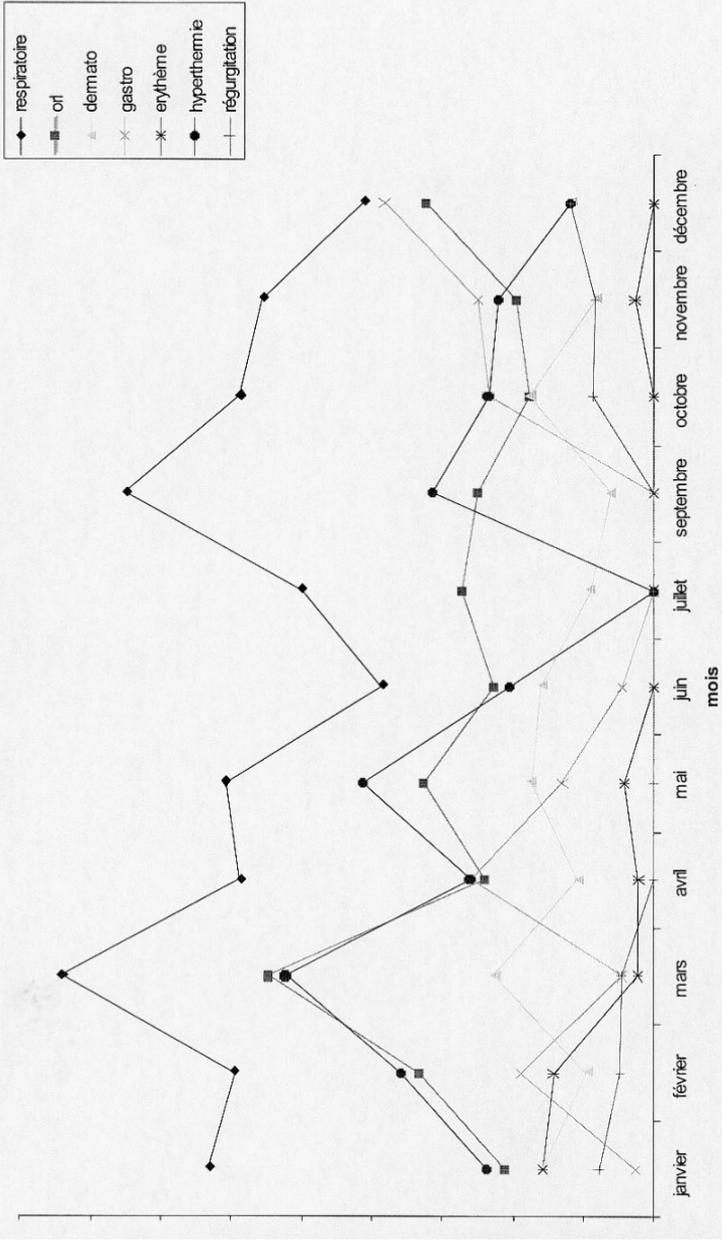


Fig. 1. — Score moyen des infections par mois

(janvier), les index reprennent les valeurs plus basses du début de décembre, puis ils recommencent à augmenter (sauf pour le score respiratoire qui montre un comportement inverse, probablement pour des raisons saisonnières). En juin et juillet, tous les index de maladie chutent considérablement (exception faite pour le score d'exanthème qui reste constant pour toute l'année). L'index de troubles respiratoires semble jouer un rôle anticipatoire en comparaison aux autres : il a dès le début une valeur plutôt élevée, par rapport aux autres ; ce score reste ensuite élevé. Il commence à diminuer quand les autres index augmentent (en novembre et décembre). Enfin, il redémarre avec un score très élevé à la rentrée des enfants en crèche après les vacances.

Tableau VI. — *Scores d'infections*

En- fants	Score respi- ratoire	Score dermato	Score gastro	Score ORL	Score éry- thème	Score hyper- thermie	Score régur- gitation	Score infec- tion
1	1,09	-1,72	4,87	-1,65	-0,83	3,23	-0,92	4,06
2	0,65	3,78	8,74	0,94	-0,92	2,07	0,09	15,34
3	3,99	2,67	-1,26	5,39	-0,92	-3,49	11,20	17,56
4	1,77	0,44	2,07	4,27	2,41	4,29	3,42	17,56
5	1,96	11,75	-0,74	0,73	1,30	0,37	-0,83	14,53
6	4,35	-2,44	0,22	3,75	2,59	8,15	-0,49	16,14
7	-2,91	1,28	-2,13	0,35	-0,83	-0,77	-0,92	-5,94
8	-1,57	-0,67	-3,48	4,27	0,19	0,95	-1,02	-1,32
9	2,09	-0,72	-3,13	4,35	-0,83	0,23	-0,92	1,06
10	-0,46	1,56	4,30	7,61	-0,92	-3,49	-1,02	7,56
11	-3,30	-0,35	3,70	-3,37	0,21	5,33	-1,15	1,07
12	4,18	-1,59	0,37	0,73	-0,92	0,37	-0,83	2,31
13	-5,15	-0,33	3,54	-1,19	0,28	5,97	0,53	3,64
14	-1,37	-0,47	0,37	-2,60	-0,92	1,48	-0,83	-4,35
15	-5,79	-2,70	-2,42	-3,08	-0,29	-4,18	-0,54	-19,00
16	1,61	-1,48	-2,27	-5,93	-0,58	0,48	-0,45	-8,62
17	0,03	2,77	0,15	3,15	-0,86	-1,21	-0,58	3,45
18	3,09	-2,72	-3,13	-3,65	-0,83	-3,77	-0,92	-11,94
19	3,59	-2,78	-0,13	-4,70	-0,83	-2,14	-0,92	-7,92
20	-2,68	-2,89	-2,37	-3,50	2,41	-3,49	-1,02	-13,55
21	-3,79	-2,89	-3,48	-3,50	1,30	-3,49	-1,02	-16,88
22	-6,14	1,39	-2,00	-3,30	1,75	-4,27	-0,49	-13,06
23	3,27	-2,85	-2,24	0,19	-0,77	-0,86	-0,31	-3,57

Ces observations peuvent s'expliquer par un effet de saison lié au climat plus rude en hiver. Si cela est certainement vrai, il est pourtant intéressant de noter que les index baissent quand l'enfant rentre à la maison après les vacances d'hiver et les grandes vacances d'été. L'index de pathologie respiratoire reste le plus sensible pour signaler les variations, pas seulement climatiques, mais aussi relatives aux habitudes de vie de l'enfant. Les profils de pathologie des enfants qui sont entrés en crèche dans les mois « froids » sont identiques aux autres, et cela va dans le sens d'une indépendance de ces profils par rapport au moment d'entrée. Le tableau VI donne les différents scores de maladies.

Le questionnaire de tempérament

Chaque adulte a dû évaluer la réponse réactionnelle ou le style comportemental de l'enfant dans différentes situations sur une échelle de 1 à 7 en les comparant à une moyenne, centre de l'échelle. Plus le score est élevé, plus la perception de la réaction ou du comportement est négative.

Nous avons regroupé les sujets en fonction de leur âge pour leur attribuer la version du questionnaire de tempérament qui leur convenait le mieux. Pour chaque enfant et pour chaque facteur, nous avons quatre résultats correspondant aux évaluations des quatre adultes (à l'exception de trois sujets pour lesquels il manque le questionnaire du père). Cela nous a permis de comparer les différentes perceptions de l'enfant entre elles, mais aussi de comparer chacune d'elles à la moyenne trouvée par les équipes de Bates et celle de l'INSERM (Bertais, Larroque et coll., 1999). Nous avons également obtenu une moyenne pour chaque enfant, à partir des quatre résultats le concernant, qui pourrait représenter une sorte de « perception plus objective » de son comportement. Mais l'utilisation de cette dernière doit évidemment se faire avec précaution. Notre intérêt s'est d'ailleurs plutôt porté sur l'écart qui existait entre les différentes réponses. Nous avons en effet obtenu des résultats très homogènes dans certains cas, alors que dans d'autres, la perception de l'enfant était très différente selon qu'il s'agissait des parents ou des auxiliaires de référence. Mais ce questionnaire étant normalement destiné aux parents, il faut utiliser les conclusions issues des

exemplaires du personnel de la crèche avec précaution. Concernant la version pour 6 mois, nous avons pu comparer notre échantillon à celui de l'INSERM (Bertais, Larroque et coll., 1999) portant sur 794 familles françaises. Cependant, aucune des deux autres versions n'ayant fait l'objet d'une validation française, nous nous référerons à la population américaine évaluée par Bates.

1 / Facteur 1 : Irritable/Difficile. — En règle générale, pour le facteur 1 : irritable/difficile, l'accord entre la perception des pères et celle des mères est assez élevée, bien qu'en moyenne les résultats de la perception maternelle (22,74) soient supérieurs en valeur absolue à ceux de la perception paternelle (18,19) (tableau VII).

Tableau VII. — *Tempérament (facteur 1)*

	N (23)	Moyenne (DS)	Médiane	Min.-Max.
Père	19	1,05 (4,33)	2,40	- 9,60-10,40
Mère	22	1,87 (4,10)	1,90	- 8,90- 9,10
Auxiliaire 1	22	3,64 (5,40)	2,90	- 3,60-22,10
Auxiliaire 2	22	2,94 (7,62)	1,90	- 6,60-25,10
Aux. 1 / Aux. 2	22	3,29 (6,19)	2,65	- 4,60-23,60
Parents	19	1,62 (3,20)	1,40	- 6,10- 9,40

La convergence, pour chaque groupe, entre la perception parentale du tempérament et l'évaluation moyenne des auxiliaires est également importante, à l'exception du groupe des plus grands où les enfants semblent effectivement plus difficiles en crèche qu'à domicile. Ce n'est qu'à cet âge que la convergence entre les résultats des pères et des mères est plus forte qu'entre l'un des parents et les auxiliaires. Autrement dit, notre troisième hypothèse ne se vérifie que pour cet échantillon.

Pour la catégorie 6 mois, les moyennes observées sur notre population sont majoritairement plus élevées que celles des données générales de l'INSERM. Pour le deuxième groupe (13 mois), les moyennes intercotateurs sont très hétérogènes, les mères étant celles qui notent le plus sévèrement. Les pro-

fessionnelles de la petite enfance ont tendance à évaluer les enfants de manière plus négative que ne le font les parents.

Une des premières conclusions que nous pouvons tirer concerne la régularité du comportement de l'enfant, en fonction de ses lieux de vie. Ainsi, certains enfants se présentent de manière relativement homogène à la crèche comme à la maison, quel que soit leur degré de difficulté. Alors que d'autres vont être perçus de façon très différente selon les adultes. D'autres encore auront un comportement difficile pour les parents, mais seront jugés faciles par le personnel de la crèche, ou inversement. Nous voyons donc que si les moyennes des résultats parentaux sont relativement proches, les différences individuelles sont importantes. Les enfants semblent se comporter différemment avec leur père et avec leur mère puisque ces derniers ne les perçoivent pas de la même manière. Cela est également le cas lorsque l'enfant change de lieu de vie. Ces résultats iraient dans le sens de certains travaux considérant que le tempérament reflète un style de comportement en constante interaction avec l'environnement, bien qu'en continuité dans le temps (Thomas et Chess, 1963).

2 / Facteur 2 : Adaptable/Inadaptable.

Tableau VIII. — *Tempérament (facteur 2), corrigé*

	N (23)	Moyenne (DS)	Médiane	Min.-Max.
Père	19	- 2,06 (3,00)	- 2,40	- 7,60-3,40
Mère	22	- 1,40 (2,82)	- 2,11	- 5,40-4,18
Auxiliaire 1	22	2,03 (2,91)	1,50	- 2,60-9,18
Auxiliaire 2	22	0,58 (3,58)	1,10	- 4,82-8,90
Aux 1 / Aux. 2	22	1,30 (2,62)	0,85	- 3,32-7,40
Parents	19	- 1,90 (1,91)	- 1,40	- 5,40-2,10

Cette deuxième dimension (l'inadaptabilité aux situations nouvelles, aux changements) est beaucoup moins étudiée par les différents chercheurs. L'expression « tempérament irritable » est en effet plus volontiers utilisée que celle de « tempérament inadaptable ». Une première remarque concerne la

plus grande disparité des résultats intercotateurs, quel que soit l'âge des enfants. Cependant, les moyennes générales des groupes sont relativement proches de celles trouvées dans la population témoin. À 13 et 24 mois, c'est la convergence entre la perception moyenne maternelle et les résultats de Bates ou de l'INSERM qui est la plus forte. Dans la majorité des cas, les pères de cet échantillon considèrent leur enfant moins adaptable que les mères. Il existe, comme résultat notable, un bon coefficient de reproductibilité pour la mesure du facteur F1 (enfant facile/difficile) entre les auxiliaires (0,763). Leur discrimination des enfants « difficiles » a une corrélation équivalente aux références de la littérature.

Tableau IX. — *Reproductibilité des échelles F1 et F2 de tempérament, à partir des scores corrigés*

CCI	Auxiliaire 1 / auxiliaire 2	Pères/mères	Moyenne auxiliaires / moyenne parents
F1	0,763 (0,51-0,89)	0,43 (-0,01-0,73)	0,73 (0,43-0,89)
F2	0,25 (-0,175-0,60)	-0,124 (-0,53-0,34)	0,48 (0,05-0,76)

L'attachement

Dans notre échantillon, nous trouvons 60 % d'enfant sécures et 40 % d'insécures, ce qui est la proportion généralement retrouvée dans les populations à faible risque (Guedeney et Guedeney, 2002). Aucun enfant n'a été considéré comme désorganisé (Waugh, séminaire de formation, Bari, 2003).

L'ADBB

Un score total supérieur ou égal à 5 est indicateur d'un retrait relationnel significatif (Guedeney et Fermanian, 2001). 13 enfants sur 23 (56 %) ont présenté un épisode de retrait. 4 enfants ont présenté un retrait sur deux ou trois des examens trimestriels. Même si pour une grande partie des enfants il y a une sensible augmentation du retrait (ADBB > ou = 5) à partir de l'entrée en crèche, surtout entre la première et la deuxième cotation, cette différence n'est pas significative. Nous avons

avancé l'idée, dans nos hypothèses, qu'il y aurait une forte corrélation entre les troubles de l'attachement et la réaction de retrait, ce qui n'est pas vérifié par nos résultats. Au contraire, sur 4 enfants en retrait prolongé, nous trouvons 2 enfants sécures. Enfin, sur les 13 enfants qui ont été au moins une fois en retrait, 8 sont sécures soit 61,5 %. Cela pourrait témoigner d'un certain malaise des enfants sécures face à la vie en collectivité. Le tableau montre la répartition des notes à l'ADBB.

Tableau X. — *Cotations à l'ADBB lors de l'examen pédiatrique trimestriel*

ADBB	N	%
ADBB 1		
≤ 5	20	86,96
> 5	3	13,04
ADBB 2		
≤ 5	15	65,22
> 5	8	34,78
ADBB 3		
≤ 5	15	71,43
> 5	6	28,57

Contrairement à notre hypothèse initiale, l'analyse n'a montré aucune corrélation significative entre les variables de l'attachement, du tempérament, du retrait relationnel et les scores d'infection et/ou de la fréquence des maladies des enfants. Il n'existe pas non plus de relation entre l'évaluation des enfants en retrait ou non et les scores du tempérament. La question reste ouverte de savoir si ces relations existent ou si l'absence de corrélation tient à la taille limitée de l'échantillon. Aucune relation entre le type d'attachement des enfants et les scores aux deux facteurs de tempérament n'a été trouvée. Cependant, les enfants qui ont les scores les plus élevés aux infections et maladies (pointes) sont des enfants difficiles/inadaptables, ou avec un attachement insécure ou en retrait, ou encore qui ont plusieurs de ces variables

à la fois. En revanche, nous avons trouvé une forte relation entre l'augmentation des notes de retrait ($ADBB \geq 5$) et l'attachement sécure de l'enfant. 10 sur 12 des enfants sécures ont eu une stabilité ou une augmentation de leurs notes de retrait lors des différents examens. Seulement 3 enfants insécures sur 8 montrent une telle augmentation du score de retrait. Un commentaire pourrait être que depuis l'entrée en crèche les enfants sécures semblent souffrir beaucoup plus que les insécures de la garde en collectivité. Nous sommes conscients du nombre très limité des enfants de l'échantillon ; pourtant, il est étonnant de voir que la sécurité de l'enfant ne semble pas l'aider dans l'adaptation en crèche. Au contraire, ces enfants semblent troublés par leur nouvelle organisation de vie.

Infections

Nous n'avons donc pas trouvé de relations directes entre l'entrée en crèche et l'augmentation des maladies de l'enfant. Cela semble dépendre du type de maladie, chaque index présentant sa propre dynamique. Nous avons pu classer les 23 enfants de l'échantillon sur trois profils de maladie différente :

- a) un niveau élevé de maladies lors des premiers trois mois de crèche et ensuite une baisse des scores (4 enfants) ;
- b) un niveau bas de maladie lors des premiers trois mois et une augmentation des scores maladie dans le mois suivant (9 enfants) ;
- c) une tendance mixte (9 enfants, les sujets plus problématiques, en retrait prolongé, difficiles ou inadaptables appartiennent quasiment pour la totalité à ce groupe). Les enfants sécures se trouvent pour la quasi-totalité dans le groupe *b* et *c*.

Il n'existe aucune évidence statistique pour défendre notre hypothèse de départ selon laquelle la sécurité de l'enfant est une défense pour les maladies et en général pour bien s'adapter en crèche. En revanche, certains enfants sécures semblent bien être bousculés par l'entrée en crèche. Parmi les enfants plus âgés, nous trouvons en effet un taux de maladie beaucoup moins élevé que leurs camarades plus jeu-

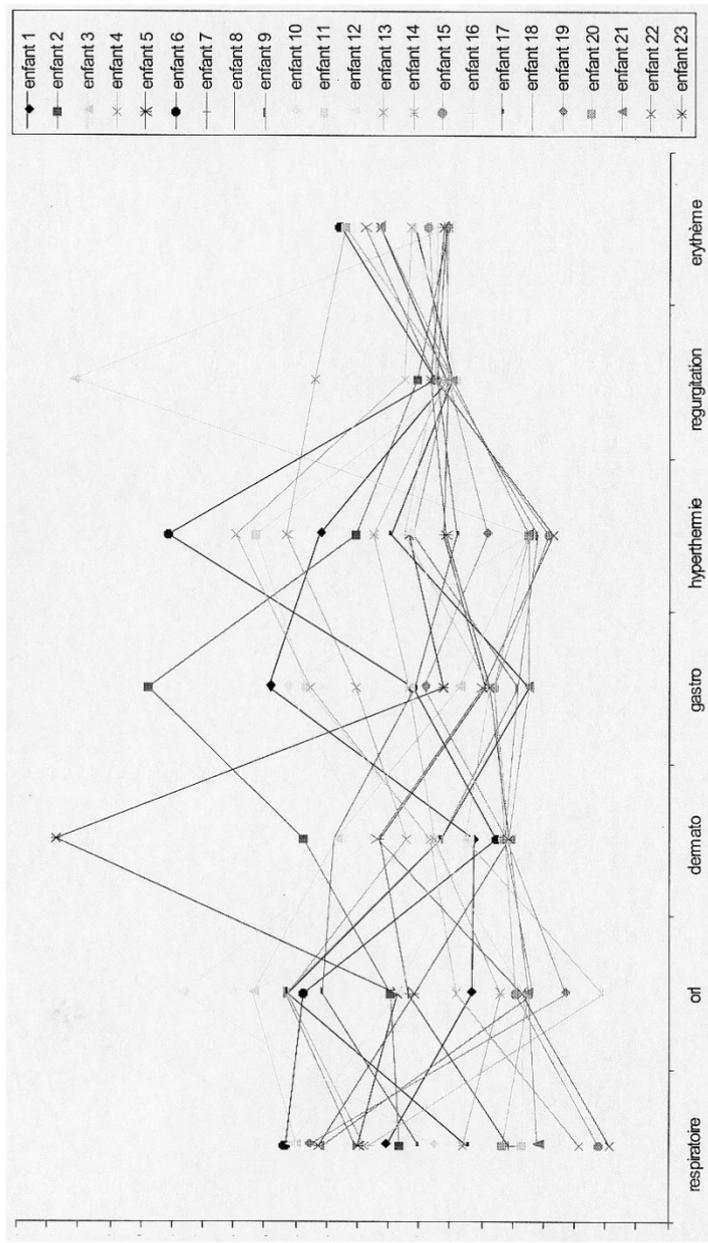


Fig. 2. — Moyenne des scores d'infection corrigés sur le mois

nes. Nous ne pouvons déterminer si cela dépend de la maturité du système immunitaire des enfants ou de la possibilité d'exprimer son propre malaise ou désarroi par les biais de la parole et du comportement. À propos du questionnaire de tempérament, nous avons trouvé une bonne concordance entre les auxiliaires, marquée par un coefficient de reproductibilité élevé.

Les parents ont, eux, une tendance à donner des jugements plus positifs et moins extrêmes (scores moins dispersés autour de la moyenne centrale) sur leurs enfants que les auxiliaires.

Nous n'avons pas trouvé de relation entre le tempérament difficile de l'enfant et les taux de maladies. Cependant, nous avons vu que les enfants qui ont les scores les plus élevés aux index d'infections et de symptômes sont toujours des enfants difficiles, en retrait, insécures, ou qui présentent plusieurs de ces facteurs simultanément. Dans notre échantillon, nous trouvons une très forte relation entre les manifestations de retrait relationnel en crèche et la sécurité de l'enfant. Les enfants sécures sont les plus sujets à l'augmentation du retrait de l'entrée en crèche. De plus, ils représentent 61,5 % des enfants en retrait de l'échantillon. Ces données penchent pour l'existence d'une certaine souffrance des enfants sécures, liée à la nouvelle organisation de vie en collectivité, et qui nécessiterait d'être prise en compte.

CONCLUSION

Au terme de cette recherche qui a duré neuf mois, la question se pose de savoir ce que nous pouvons tirer d'un tel travail et quel est l'impact d'une étude comme celle-ci, tant sur l'équipe que sur les enfants ou leurs parents. En ce qui nous concerne, il a parfois été frustrant de constater que le passage du dépistage de certains problèmes à la prise en charge des difficultés relationnelles était relativement difficile, voire inexistant. Quant à l'équipe, elle nous a parfois reproché de ne pas l'aider davantage dans la prise de décisions concernant les enfants difficiles (notamment à propos d'un petit garçon supposé victime de maltraitance). À l'inverse, pour d'autres

enfants relativement bien insérés dans la crèche, nous avons eu le sentiment qu'il était très délicat de soumettre aux auxiliaires l'idée d'un trouble quelconque, qu'elles avaient tendance à dénier. Notre présence régulière au sein de l'établissement a visiblement eu un impact important sur les professionnelles. Ce n'est pas tant que l'on ait découvert des difficultés insoupçonnées grâce à nos outils, mais la réflexion que nous amenions constamment, pour chacun des enfants, a eu pour effet d'enclencher une sorte d'engrenage. Il n'était plus possible de rester passif face au comportement de certains enfants. Mais le fait de vouloir alors agir rapidement a parfois entraîné des conflits au sein de l'équipe. La recherche a visiblement amené un certain bouleversement dans les habitudes de la crèche. Il serait intéressant de vérifier si ce changement et cette vigilance vis-à-vis de la tolérance des enfants à la vie en crèche se maintiennent. Contrairement à l'équipe, les parents ont, semble-t-il, mieux su profiter de la collaboration entre la crèche et l'équipe de la Guidance infantile qui réalisait la recherche. Ainsi, certains parents venaient régulièrement nous parler pour connaître la progression de notre travail, mais aussi pour nous donner de petits détails sur la manière dont leur enfant grandissait. D'autres ont pris la décision de venir consulter à l'Institut de puériculture. Nous pouvons également rappeler que tous les parents ont accepté de participer, sans exception, même (ou devrions-nous dire surtout ?) lorsqu'un dysfonctionnement au sein de la famille était évident.

Nous ajouterons enfin un mot sur les enfants pour lesquels nous pensons qu'une telle étude peut être bénéfique puisqu'elle a contraint les professionnelles à se réunir pour réfléchir à chacun d'entre eux, ainsi que pour leur apporter une attention soutenue de manière régulière. C'est ce qui, selon nous, est le plus important dans un tel travail qui se veut aussi préventif.

Nous avons vu, en effet, combien il était important d'accompagner l'enfant et son parent lors d'une étape aussi importante que l'entrée en crèche. Pour cela, il faut se donner les moyens d'être disponible et à l'écoute de cette petite famille.

Dans leur étude longitudinale sur les expériences quotidiennes de séparations et de réunions, Pierrehumbert et

Robert-Tissot (1992) ont montré que, bien que les enfants s'adaptent à la garderie sans problème majeur, les modes d'interaction étudiés par les auteurs indiquent que les séparations et les réunions sont fréquemment négociées de façon problématique. Nous pouvons en effet parler de « ratés » dans l'histoire du sujet lors des premiers processus de séparation/individuation, soit parce que ces derniers se passent dans de mauvaises conditions (l'enfant est pris dans un conflit par exemple), soit parce que le parent est lui-même fortement désorganisé. Mais la séparation peut également être difficile du fait de ce qui s'est déroulé avant cette dernière, qui a pu être en soi désorganisateur pour le psychisme. De nombreux auteurs ont montré qu'il était particulièrement difficile de se séparer d'un mauvais objet ou d'un objet qui a été absent. Le « spectre de la séparation » (Defontaine, 1999) peut réactiver des angoisses contre lesquelles le sujet va se défendre, notamment par une somatisation importante ou des passages à l'acte comportementaux.

Un grand nombre de facteurs intervient probablement dans la capacité de l'enfant à surmonter l'épreuve difficile qui consiste à quitter ses parents pendant un temps relativement long. Il s'agit d'un croisement entre des traits individuels et des caractéristiques relationnelles. Le but d'une telle étude a été de repérer, à travers diverses méthodes, les enfants à risque. C'est-à-dire ceux chez qui le passage d'une étape à une autre de la vie familiale, entraîné par l'entrée dans une structure d'accueil, peut s'enrayer et donner lieu à l'émergence de symptômes. Bien sûr, il aurait été intéressant de connaître le ressenti des parents face à un tel événement pour avoir une vision plus complète des remaniements vécus par toute la famille.

RÉFÉRENCES

- Ainsworth M. D. S., Blehar M. C., Waters E. et S. Wall, *Patterns of attachment*, Hillsdale, N.J. Erlbaum, 1978.
- Andersson B. E., Effects of public day-care : A longitudinal study, *Child Development*, 1989, 60, 857-866.
- Andersson B. E., Effects of day care on cognition and socio emotional competence of thirteen-year old Swedish school children, *Child Development*, 1992, 63, 20-36.
- Appell G., Du groupe lieu de solitude et de violence au groupe de communication harmonieuse, *Dialogues, recherches cliniques et sociologiques sur le couple et la famille*, 1993, 120.

- Athanassiou C., Jouvett A., *L'enfant et la crèche*, Meyzeu, Césura Lyon Édition, 1987.
- Athanassiou C., La séparation : le point de vue du psychanalyste, *Enfance*, t. 41, n° 2/1988, p. 111-112.
- Balleyguier G., Le développement de l'attachement selon le tempérament du nouveau-né, *La psychiatrie de l'enfant*, 1991, 34, 2, 641-657.
- Barraco M., Lamour M., *Souffrances autour du berceau*, Gaétan Morin (éd.), 1998.
- Barton M., Williams M., *Infant day care*, in *Handbook of infant mental health*, C. H. Zeanah (ed.), New York, Guilford Press, 1993.
- Bates J. E., Benett Freeland C. A., Lounsbury M. L., Measurement of infant difficulty, *Child Development*, 1979, 50, 794-803.
- Belsky J., The effects of day care : Critical review, *Child Development*, 1978, 49, p. 929-949.
- Belsky J., Developmental risks (still) associated with early child care, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 2001, 42, 7, 845-859.
- Belsky J., La quantité compte. La quantité de soins non parentaux et le développement socio-émotionnel, *Devenir*, 2003, à paraître.
- Bertais S., Larroque B., Bouvier-Colle M.-H., Kaminsky M., Tempérament des nourrissons âgés de 6 à 9 mois : validation de la version française de l'*Infant Characteristics Questionnaire*, et facteurs associés à la mesure, *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 1999, 47, 263-277.
- Bonnaud M., L'« adaptation » à la crèche, *Enfance*, t. 41, n° 2/1988, p. 91-94.
- Bowlby J. (1973), *Attachement et perte*, t. 1 : *L'attachement* ; t. 2 : *La séparation, angoisse et colère* ; t. 3 : *La perte, tristesse et séparation*, Paris, PUF, coll. « Le Fil rouge », 1978.
- Braungart-Rieker J., Courtney S., Garwood M., Mother and father-infant attachment, *Journal of Family Psychology*, 1999, 13, 535-553.
- Caughy M. O'B., Di Pietro J. A. et Strobino D. M., Day care participation as a protective factor in the cognitive development of low-income children, *Child Development*, 1994, 65, 457-471.
- Celedon L. C., Litonjua A. A., Weiss S. T., Gold D. R., Day care attendance in the first year of life and illnesses of the upper and lower respiratory tract in children with a family history of atopy, *Pediatrics*, 1999, 104, 495-500.
- Choquet M., Facy F., Laurent F., Davidson F., Les enfants à risque d'âge pré-scolaire. Mise en évidence par analyse typologique, *Archives françaises de pédiatrie*, 1982, 39, 185-192.
- Clark R., Hyde J., Essex M. et Klein M., Length of maternity leave and quality of mother-infant interaction, *Child Development*, 1997, 68, 364-383.
- Clarke-Stewart K., Infant day-care : Maligned or malignant ? *American Psychologist*, 1989, 44, 266-273.
- Cohen R., Bourrillon A., Éviction de crèche : principes et applications pratiques, *Archives de Pédiatrie*, 1999, 6, suppl. 3, 618-619.
- Cohen R., Transmission enfants-adultes en crèche, *Archives de Pédiatrie*, 1999, 6, suppl. 3, 625-627.
- Collet J. P., Burtin P., Gillet J., Bossard N., Ducruet T., Durr F., Risk of infectious diseases in children attending different types of day-care settings. Epicrèche Research Group, *Respiration*, 1994, 61, suppl. 1, 16-9.
- Courtois A., L'entrée du bébé à la crèche, une histoire de famille. De la situation dynamique à la situation « à risque », *Cahiers de psychologie clinique*, 1997, 9, p. 205-225.
- Cyrluk B., *Sous le signe du lien*, Paris, Hachette, 1989.
- CREDOC, Paris, La Documentation française, 1999.
- Creps C., Vernon-Feagans L., Infant day-care and otitis media : Multiple influences on children's later development, *Journal of Applied Developmental Psychology*, 2000, 21 (4), 357-378.
- Crockenberg S. et Litman C., Effects on maternal employment on maternal and two years old child behavior, *Child Development*, 1991, 62, 930-953.
- Danner J. M., Day care and infant development, in *Handbook of Infant mental health*, C. H. Zeanah (ed.), p. 354-367, New York, Guilford Press, 1994.
- David M., Besoins affectifs et santé mentale des enfants de moins de trois ans : problèmes spécifiques de la crèche, *Séminaires sur les crèches*, Paris, 5, 6 et 7 décembre 1960, Centre international de l'enfance.

- David M., Réflexions sur les séparations dans la petite enfance, in P. Ben Soussan (sous la dir. de), *Parents et bébés séparés*, Paris, Syros, 1996.
- David M., Appell G., Facteurs de carence affective dans une pouponnière, *La psychiatrie de l'enfant*, 1962, 407-442.
- David M., Appell G., *Loczy ou le mariage insolite*, Paris, Scarabée, 1973.
- Davidson F., Maguin P., *Les crèches : réalisation, fonctionnement, vie et santé de l'enfant*, Paris, Édition ESF, 1998 (6^e éd.).
- Deater-Deckard K., Pinkerton R. et Scarr S., Child care quality and children's behavioral adjustment : A four year longitudinal study, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 1996, 37 (8), 937-948.
- Debray R., *Bébés/mères en révolte. Traitements psychanalytiques conjoints des déséquilibres psychosomatiques précoces*, Paris, Paidós / Le Centurion, 1987.
- Defontaine J., Angoisse de séparation et sexualité. « Liaison fatale » et transfert amoureux. Rupture et séparations familiales, *Groupal*, n° 5, Paris, 1999.
- Dubouchet F., Les modes d'emploi des modes de garde, *Médecine et enfance*, 2003, 22, 7, 403-406.
- Dutau G., L'infection précoce en crèche : facteur protecteur de l'allergie ou non ?, *Médecine et enfance*, 2002, 22, 7, 411-414.
- Engeland B., Heister M., The long-term consequences of infant day-care and mother-infant attachment, *Child Development*, 1995, 66, 74-85.
- Etzel R. A., Pattishall E. N., Haley N. J., Fletcher R. H., Henderson F. W., Passive smoking and middle ear effusion among children in day care, *Pediatrics*, 1992, 90, 228-232.
- Fava-Vizzello G., Palacio Espasa F., Cassiba R., Modalités de réorganisation des enfants de 9 à 30 mois suite à la séparation des parents à la crèche, *Neuropsychiatrie de l'enfance*, 40, 1992 (8-9), p. 431-448.
- Fleury C., Kherroubi M., La formation permanente des professionnels de la petite enfance : une expérience novatrice dans le Val-de-Marne, *Enfance*, t. 41, n° 2/1988, p. 105-110.
- Floret D., Incidence des infections en crèche. Comparaison des différents modes de garde, *Archives de pédiatrie*, 1999, 6, suppl. 3, 615-617.
- Foucher A., Une expérience de familiarisation progressive des enfants de 2 ans à l'école maternelle, *Enfance*, t. 41, n° 2/1988, p. 95-104.
- Furman E., Les mères doivent être là pour être quittées, *Journal de psychanalyse de l'enfant*, 13, 1993, p. 226-241.
- Gendrel D., Infections digestives et crèches, *Archives de pédiatrie*, 1999, 6, suppl. 3, 628-63.
- George C., Salomon J., *Attachment and caregiving : The caregiving behavioral system. Handbook of attachment*, J. Cassidy, P. R. Shaver (eds), New York, Guilford Press, 1999, p. 649-670.
- Grasso F., Starakis N., Cavallini S., Guedeney A., *Attachment, temperament and somatic disorders in children entering day care*, Poster, WAIMH 8th World Congress, Amsterdam, 2002.
- Guedeney A., De la réaction précoce et durable de retrait à la dépression chez le jeune enfant, *Neuropsychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, 1999, 47, 2, 63-71.
- Guedeney A., Fermanian J., A validity and reliability study of assessment and screening for sustained withdrawal reaction in infancy : The alarm distress baby scale, *Infant Mental Health Journal*, 2001, 22 (5), 559-575.
- Guedeney A., Charron J., Delour M., Fermanian J., L'évaluation du comportement de retrait relationnel du jeune enfant lors de l'examen pédiatrique par l'échelle d'alarme détresse bébé (ADBB), *La psychiatrie de l'enfant*, 2001, 54, 1, 211-235.
- Guedeney A., Psychosomatique et développement, in *Psychanalyse et sciences du vivant*, Paris, Eshel, 1995.
- Guedeney A., Grasso F., Attachement et psychosomatique de l'enfant, *Perspectives psychiatriques*, 2003, 42, 2, 115-121.
- Guedeney N., Guedeney A. (sous la dir. de), *L'attachement. Concepts et applications thérapeutiques*, Paris, Masson, 2002.
- Goldsmith H. H., Buss A. H., Plomin R., Rothbarth M. K., Thomas A., Chess S., Hinde R. A., McCall R. B., Round table : What is temperament ? Four approaches, *Child Development*, 1987, 58, p. 505-529.

- Hayes C. D., Palmer J. L. et Zaslow M. J. (eds), *Who cares for America's children ? Child care policy for the 1990's* (p. 67-81), Washington DC, National Academy Press.
- Holberg C. J., Wright A. L., Martinez F. D., Morgan W. J., Taussig L. M. and group health medical associates, Child care, smoking by caregivers, and lower respiratory tract illness in the first 3 years of life, *Pediatrics*, 1993, 91, 885-892.
- Howes C., Can age of entry into child care and the quality of child care predict adjustment in kindergarten ?, *Developmental Psychology*, 1990, 26, 292-303.
- Hungerford A., Brownwell C., Campbell S., *Child care in infancy : A transactional perspective*, in *Handbook of Infant Mental Health*, Ch. H. Zeanah Jr (ed.), second edition (p. 519-532), New York, Guilford Press, 2000.
- Jardin F., Haab C., Montes De Oca M., Bresch D., Letronnier P., Moreau A., Dépression maternelle et troubles somatiques du bébé, *La psychiatrie de l'enfant*, 1996, 39, 1, p. 103-136.
- Johansen A. S., Leibowitz A., Waite L. J., Child care and children's illness, *American Journal of Public Health*, 1988, 78, 1175-1177.
- Karen R., *Becoming Attached*, New York, Warner Books, 1994.
- Krämer U., Heinrich J., Wjst M., Wichmann H. E., Age of entry to day nursery and allergy in later childhood, *Lancet*, 1999, 353, 450-454.
- Kreisler L., Fain M., Soulé M., *L'enfant et son corps*, Paris, PUF, 1987, 4^e éd.
- Lamb M., Nonparental child care, in I. Siegel et K. Renninger (eds), *Handbook of child psychology*, 5th edition, vol. 4 : *Child psychology in practice* (p. 73-134), New York, John Wiley, 1998.
- Lamb M., Sternberg K. et Prodromidis M., Non-maternal care and the security of infant-mother attachment : A re-analysis of the data, *Infant Behaviour and Development*, 1992, 15, 71-83.
- Leroux M. C., Modes d'accueil des jeunes enfants en France. Comparaison avec les autres pays de la Communauté européenne, *Archives de Pédiatrie*, 1999, 6, suppl. 3, 611-614.
- Louhiala P. J., Jaakkola N., Ruostsalainen R., Jaakkola J. J., Form of day care and respiratory infections among Finnish children, *American Journal of Public Health*, 1995, 85, 1109-1112.
- Macoby E., Martin J., Socialization in the context of the family : Parent-child interaction, in P. H. Mussen (series Ed) et E. M. Hetherington (vol. Ed), *Handbook of child psychology*, vol. 4 : *Socialisation, personality and social development* (4th ed., p. 1-101), New York, John Wiley, 1983.
- Main M., Goldwyn R. (1984), Adult attachment scoring and classification system, Unpublished manuscript, University of California at Berkeley.
- Mäntymaa M., Puura K., Luoma I., Salmelin R., Davis H., Tsiantis J. et al., Infant-mother interaction as a predictor of child's chronic health problems, *Child : Care, Health & Development*, 29, 3, 181-191.
- Mauvais P. (2003), Socialisation précoce et accueil du très jeune enfant en collectivité, *Devenir*, 15, 3, 279-288.
- Maziade M., Études sur le tempérament. Contributions à l'étude des facteurs à risque psychosociaux de l'enfant, *Neuropsychologie de l'enfance et de l'adolescence*, 1986, 34, p. 371-382.
- Miljkovitch R., *L'attachement au cours de la vie*, Paris, PUF, 2001.
- Moskowitz D. S., Schwartz J. C., Corsini D. A., Initiating day care at three years of age : Effects of attachment, *Child Development*, 1977, 48, p. 1271-1276.
- Nafstad P., Hagen J. A., Oie L., Magnus P., Jaakkola J. J. K., Day care centres and respiratory health, *Pediatrics*, 1999, 103, 753-758.
- NICHD. Early Child Care Research Network. The effects of infant child care on infant mother attachment security, *Child Development*, 1997 a, 68, 860-879.
- NICHD. Early Child Care Research Network. Mother-child interaction and cognitive outcomes associated with early child care : Results of the NICHD study, *Poster symposium presented at the biennial meeting of the Society for Research in Child Development (SRCD)*, Washington, DC, 1997.
- NICHD. Early Child Care Research Network. Early child care and self-control, compliance and problem behavior at 24 and 36 months, *Child Development*, 1998, 69, 1145-1170.

- NICHD. Early Child Care Research Network, Child care and mother child interaction in the first 3 years of life, *Developmental Psychology*, 1999, 35, 1399-1413.
- NICHD. Early Childhood Care Research Network, The relation of child care to cognitive and language development, *Child Development*, 2000, 71, 958-978.
- NICHD. Early Child Care Research Network, Factors associated with father's caregiving activities and sensitivity with young children, *Journal of Family Psychology*, 2000, 14, 200-219.
- NICHD. Early Child Care Research Network, Early child care and children's development prior to school entry, Manuscript submitted for publication, 2003.
- Nystad W., Skrondal A., Magnus P., Day care attendance, recurrent respiratory tract infections and asthma, *International Journal of Epidemiology*, 1999, 28, 882-887.
- Ovetchkine P., Cohen R., Infections respiratoires et collectivités, *Archives de pédiatrie*, 1999, 6, suppl. 3, 633-635.
- Per Nafstadt M. D., Day care centers and respiratory health, *Pediatrics*, vol. 103, n° 4, avril 1999, 753-758.
- Pierrehumbert B., Robert-Tissot C., Quand le bébé retrouve sa mère..., *Devenir*, vol. 4, n° 1, 1992, p. 99-121.
- Pierrehumbert B., *La théorie de l'attachement*, Paris, Odile Jacob, 2003.
- Robin M., Lavarde A.-M., Le Maner Idrisi G., L'anxiété maternelle de séparation et les troubles psychofonctionnels du jeune enfant, *Devenir*, 1999, 4, 11, 51-78.
- Sadeh A., Anders T. F., Infant sleep problems : Origins, assessment, interventions, *Infant Mental Health Journal*, 14, 1, 17-34.
- Sameroff A. J., Seifer R., Baldwin A. et Baldwin C., Stability of intelligence from preschool to adolescence : The influence of social and family risk factors, *Child Development*, 1993, 64, 80-97.
- Scarr S., American child care today, *American Psychologist*, 1998, 53, 95-108.
- SESI, Paris, La Documentation française, 1997.
- Stangert K., Respiratory illness in preschool children with different forms of day care, *Pediatrics*, 1976, 57, 191-196.
- Strangert K., Otitis media in young children in different types of day-care, *Scandinavian Journal of Infectious diseases*, 1977, 9 (2), 119-123.
- Thomas A., Chess S., Birch H. G., Hertzog M. E., Korn S., *Behavioral individuality in early childhood*, New York, New York University Press, 1963.
- Truchis C., L'accueil des enfants de moins de 3 ans en France, *Enfance*, t. 41, n° 2/1988, p. 69-82.
- Vernon-Feagans L., Manlove E. E., Otitis media and the social behaviour of day-care attending children, *Child Development*, 1996, 67, 1528-1539.
- Vigneron P., Begué P., Quel est l'âge d'acquisition de l'immunité contre les principaux agents pathogènes dans les premières années de vie ? Y a-t-il un âge idéal pour entrer en collectivité ?, *Archives françaises de pédiatrie*, 1999, 6, suppl. 3, 602-610.
- Winnicott D. W., *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris, Payot, 1969.
- Wald E. R., Dashefsky B., Byers C. et al., Frequency and severity of infections in day-care, *Journal of Pediatrics*, 1988, 112, 540-546.
- Wald E. R., Guerran J., Byers C., Frequency and severity of infections in day-care : Three year follow-up, *Journal of Paediatric*, 1991, 118, 509-514.

Pr Antoine Guedeny
 Service de psychopathologie du jeune enfant et de l'adolescent
 Hôpital Bichat - Claude-Bernard
 Faculté de médecine Xavier-Bichat
 Polyclinique Ney
 124, bd Ney
 75018 Paris
 antoine.guedeny@bch.hop-paris.fr

Automne 2003