



# Être référent d'un jeune enfant en crèche collective : une pratique à (re)conceptualiser ?

Margot Violon, Jaqueline Wendland

DANS **DEVENIR 2018/4 Vol. 30** , PAGES 377 À 398

ÉDITIONS **MÉDECINE & HYGIÈNE**

ISSN 1015-8154

DOI 10.3917/dev.184.0377

Date de mise en ligne : 14/01/2019

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://shs.cairn.info/revue-devenir-2018-4-page-377?lang=fr>



Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...  
Scannez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.



**Distribution électronique Cairn.info pour Médecine & Hygiène.**

Vous avez l'autorisation de reproduire cet article dans les limites des conditions d'utilisation de Cairn.info ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Détails et conditions sur [cairn.info/copyright](http://cairn.info/copyright).

Sauf dispositions légales contraires, les usages numériques à des fins pédagogiques des présentes ressources sont soumises à l'autorisation de l'Éditeur ou, le cas échéant, de l'organisme de gestion collective habilité à cet effet. Il en est ainsi notamment en France avec le CFC qui est l'organisme agréé en la matière.

## Réflexion

# Etre référent d'un jeune enfant en crèche collective : une pratique à (re)conceptualiser ?

Primary caregiving in day care centres : a practice to be re-conceptualised ?

Margot Violon<sup>1,3</sup> et Jaqueline Wendland<sup>2,3</sup>

## Introduction

Au cours des deux derniers siècles, en France, un engouement croissant a été observé pour l'accueil extra-familial journalier des jeunes enfants. Ce constat se retrouve dans nombre de pays industrialisés dans lesquels la mobilisation des femmes sur le marché de l'emploi a été importante depuis la Seconde Guerre mondiale. Les établissements d'accueil du jeune enfant (EAJE) accueillent actuellement 13 % d'enfants français de 10 semaines de vie à 3 ans, soit 947 600 enfants (*Observatoire national de la petite enfance*, 2015, p. 46). Au sein de ces EAJE, ce sont les accueils collectifs (crèches collectives, haltes-garderies, multi-accueils), encadrés par des professionnels formés dans le domaine de la petite enfance, qui sont les plus nombreux : ils représentent, en 2013, 83 % des places pour les moins de 3 ans (*ONPE*, 2015, p. 18). La majorité de ces établissements propose des accueils en moyenne ou grande collectivité, puisque 60 % possèdent plus de 20 places d'accueil (*ONPE*, 2015, p. 22).

En parallèle du développement des lieux d'accueils collectifs, l'essor de la psychologie de l'enfant a permis de mettre au jour, dès la seconde moitié du XX<sup>e</sup> siècle, des phénomènes de carence chez les enfants accueillis en institution à plein temps. Les travaux de psychiatres et psychanalystes pionniers comme John Bowlby, René Spitz ou Myriam David, pour ne citer qu'eux, ont mis en lumière la part essentielle de la qualité de l'accueil de ces structures sur le développement psychique des enfants. La notion de carence et de maltraitance institutionnelle, ainsi que la prise de conscience des enjeux du placement pendant l'enfance,

<sup>1</sup> Psychologue clinicienne, Docteure en psychologie

<sup>2</sup> Professeure des Universités

<sup>3</sup> Laboratoire de psychopathologie et processus de santé (Equipe 1, LPPS – EA 4057), institut de psychologie, université Paris-Descartes, Sorbonne-Paris-Cité, 71 avenue Edouard-Vaillant, 92774 – Boulogne Billancourt.  
margot.violon@etu.paris-descartes.fr

s'installaient alors dans les écrits cliniques et scientifiques. En France, cette réflexion importante autour des conditions d'accueil amorcée dès les années 1960 a permis l'apparition d'une pratique singulière dans les établissements pour enfants (pouponnières, crèches, établissements d'éducation spécialisée pour enfants porteurs de divers handicaps) : la référence.

La référence consiste à désigner un professionnel responsable d'un petit groupe d'enfants dès leur arrivée dans la structure. Généralement, la référente s'occupe des soins (repas, changes, temps d'endormissement) de façon privilégiée. En l'absence de ce système, l'ensemble des professionnels s'occupe des enfants de façon indifférenciée au sein de l'unité de vie. Ils peuvent donc être plusieurs à s'occuper d'un même enfant, à tour de rôle, au sein d'une même journée.

Plusieurs questions émergent lorsque l'on étudie cette pratique. Tout d'abord, dans la littérature scientifique et clinique, les écrits sur la référence sont rares et ce constat est d'autant plus frappant en ce qui concerne sa pratique en crèche. Ensuite, les écrits existants décrivent une pratique difficile à saisir, souvent « mal comprise » (Caffari, 2011, p. 19). Le référent est ainsi parfois qualifié d'« objet professionnel non identifié » dans le champ de l'éducation spécialisée (Caffari, 2011). Joseph Rouzel, psychanalyste, précise qu'il s'agit d'un « véritable fourre-tout, qui souffre d'imprécision autant dans sa définition que dans son usage » (L'Actif, 2011, p. 91). Pour Philippe Chavaroche, éducateur et formateur, « il semble que, depuis sa création, l'on court après le sens que l'on pourrait donner à cette fonction de référent, chacun ayant construit sa propre approche dans des “bricolages” singuliers plus ou moins partagés et aidants pour les professionnels qui s'en voient investis » (L'Actif, 2011, p. 28). Enfin, les publications issues de terrain laissent présager une mise en application très hétérogène de la référence au sein des EAJE français, et des points de débats importants quant à son utilité pour l'enfant et sa famille semblent exister.

Cet article propose une revue de littérature actualisée, appuyée sur les textes cliniques et les études scientifiques disponibles, afin d'éclaircir les contours et enjeux de cette pratique. Dans un premier temps, un examen de la définition de la référence est proposé à travers une brève analyse linguistique, étymologique et historique. Ces éléments permettront ensuite de dessiner les fonctions du référent, indispensables pour esquisser, dans un dernier temps, les enjeux qui entourent sa mise en pratique actuelle dans les crèches collectives françaises.

## Présentation de la référence

Avant de cerner les enjeux liés à la pratique de la référence, il est indispensable de la définir et de souligner son origine étymologique et historique.

### Définition

Il est intéressant de constater que le vocabulaire relatif à la référence est très récent dans la grammaire française. C'est le verbe «référer» qui apparaît le plus tôt puisqu'il est retrouvé dès 1559 dans les dictionnaires. Issu du verbe «rapporter» (1370), il comporte deux significations en fonction de la proposition qui le précède : «en référer à» qui signifie «faire rapport à, en appeler à» ou bien «se référer à», dont la définition semble la plus adaptée à notre sujet : «s'en rapporter, recourir à, comme à une autorité» (Robert, *et al.*, 2010, p. 2158). Puis, vers 1820, on trouve le nom féminin «référence» : «attestation de personnes auxquelles on peut s'en référer pour avoir des renseignements sur quelqu'un» (Robert, *et al.*, 2010, p. 2157-2158). Enfin, ce n'est que récemment, en 1990, que l'on retrouve la première occurrence du nom commun «référent, te» dans les dictionnaires de langue française (Robert, *et al.*, 2010), et, en 2010, la première intégration de ce mot dans *Le Petit Robert*. Le référent y est défini comme «un professionnel chargé d'assurer la coordination des soins du patient» dans un contexte médical, «d'aider (un enfant, un jeune ou un adulte) en difficulté» dans le champ éducatif, ou «d'assurer le soutien et la coordination des équipes pédagogiques» et «d'aider dans sa scolarité un élève handicapé» dans le domaine scolaire (Robert, *et al.*, 2010, p. 2158). Il est aussi désigné comme «un responsable, un interlocuteur (auprès d'un organisme, une autorité)» (Robert, *et al.*, 2010, p. 2158).

Il existe une origine latine pour l'ensemble de ces termes. Il s'agit du mot «*referre*» dont la plus ancienne occurrence est retrouvée dans des écrits de Cicéron (*Epistulae ad T. Pomponium Atticum*, I. I-XVI [corresp. 1-10; Sh. Bailey, BT 1987]) sous la forme «*referre rem ad aliquem*» qui signifie «consulter quelqu'un sur quelque chose, s'en remettre au jugement de quelqu'un» (Gaffiot, 2000, p. 1348).

Actuellement, aucune définition des mots «référence», «référer» ou «référent, te» dans les dictionnaires de langue française ne renvoie à la pratique de cette fonction au sein des crèches.

Cette brève analyse linguistique permet déjà de dessiner les premiers contours de la référence : il s'agirait d'une personne particulière à qui l'on fait appel pour avoir des informations sur quelque chose/quelqu'un

(un interlocuteur privilégié) ou pour obtenir de l'aide. Le référent semble proche d'une figure d'autorité, un responsable ou un coordinateur. Une lecture attentive de la littérature scientifique et clinique s'avère nécessaire pour préciser davantage les fonctions du référent.

## Les fonctions du référent

Les fonctions du référent communément rencontrées dans la littérature au sein des établissements pour enfants (tous domaines confondus) peuvent être regroupées en trois rôles/fonctions : coordination, garant de l'histoire, interlocuteur privilégié.

Tout d'abord, le référent semble souvent être investi du suivi de l'enfant, de la coordination de son projet d'accueil dans la structure ; des auteurs le qualifient ainsi de « chef d'orchestre » (L'Actif, 2011, p. 199). Loin d'être le seul professionnel à accompagner l'enfant de par la limite de son temps de présence imposé par ses heures de travail, c'est l'équipe dans son ensemble qui assure une continuité dans l'accueil de cet enfant ; le référent en est le coordinateur. Les écrits internationaux mettent particulièrement l'accent sur ce point en insérant la référence dans une approche d'équipe (*team approach*) et en mentionnant régulièrement la présence d'un *secondary caregiver* ou « référent relais » en français (Ebbeck, *et al.*, 2015 ; Kibble, *et al.*, 2014).

Le référent est aussi décrit comme un « garant de l'histoire de l'usager », de son histoire personnelle mais aussi de celle de la relation qu'ils ont tissée (L'Actif, 2011, p. 20). Il a ainsi un rôle de facilitateur d'inscription de l'enfant dans le temps, dans son histoire, et possède, par conséquent, une influence dans la construction de son identité narrative (L'Actif, 2011).

Enfin, le référent peut être aussi considéré comme l'interlocuteur privilégié des familles, le représentant de l'équipe (L'Actif, 2011), celui qui fait le lien entre la structure et la maison, entre l'enfant et ses parents, celui qui partage une préoccupation commune autour de l'enfant avec ses parents. Il est intéressant de noter qu'une importance marquée est accordée à la prise en compte de la famille dans les écrits provenant de Nouvelle-Zélande, à tel point que certains auteurs parlent de « référent de la famille » (Kibble, *et al.*, 2014). Le référent est également chargé de faire le lien avec les différents professionnels du lieu de vie afin d'assurer une continuité dans la prise en charge.

L'exercice de la référence s'inscrit dans un « triangle à quatre côtés » selon les mots de Sylviane Giampino (1999, p. 74) ; il s'agit d'un système

mettant en lien un professionnel référent, un enfant et ses parents, le tout médiatisé par différents tiers: les lois éthiques et politiques (concernant la profession), l'institution et la direction (projet pédagogique, fiche de poste, contrat de travail, salaire, etc.) qui inscrivent le professionnel dans un système hiérarchique (L'Actif, 2011). A cela s'ajoute le reste de l'équipe qui vient effectuer des relais et des remplacements, la formation et l'acquisition de connaissances théoriques et professionnelles qui représentent un « savoir tiers » (L'Actif, 2011, p. 67), les écrits professionnels (L'Actif, 2011), les espaces de paroles individuels (supervision, analyse personnelle) ou d'équipe (analyse des pratiques, supervision de groupe).

En premier lieu, des témoignages de professionnels précisent que la référence permettrait d'acquérir une très fine connaissance de l'enfant, de ses habitudes de vie, promouvant donc un accompagnement plus ajusté aux rythmes et besoins de celui-ci. En second lieu, la référence engendrerait une relation enfant-professionnel plus confiante et plus sécurisante. Certains auteurs (L'Actif, 2011 ; Giampino, 1999) considèrent cet élément comme un objectif en soi: le référent à une mission relationnelle dans laquelle il doit s'impliquer dans une relation individualisée avec l'usager, dont la durée est limitée dans le temps et dans l'espace professionnel.

Ces éléments laissent entrevoir que « la référence [...] s'avère être une fonction complexe, bien plus qu'une simple prise en charge administrative, nécessitant un travail d'élaboration intense, un savoir-être et un savoir-faire qui ne s'improvisent pas » (L'Actif, 2011, p. 81). Et à Giampino (1999) d'ajouter qu'elle engage, dans une intensité et dans la durée, le professionnel qui se voit investi d'importantes responsabilités auprès de l'enfant.

Les fonctions du référent ne sont guère plus développées dans le reste de la littérature. Nous nous proposons de présenter l'origine historique supposée de la référence et son contexte d'apparition en France afin de poursuivre ce travail d'analyse conceptuelle.

## **L'histoire de la référence : la présentation de Loczy**

Des textes français (L'Actif, 2011) et internationaux (Kibble, *et al.*, 2014) situent les origines de la référence dans la pratique de l'institut Pikler-Loczy. Cet établissement hongrois du XX<sup>e</sup> siècle, de renommée internationale, est une référence incontournable dans le domaine de l'accueil collectif du jeune enfant. En France, c'est le livre *Loczy ou le maternage insolite* (David et Appell) de 1973 qui a proposé la première

description de Loczy, de la pensée d'Emmi Pikler, sa fondatrice et, par conséquent, du système de référence. Outre-Atlantique, c'est Martha Gerber, collaboratrice d'Emmi Pikler, qui serait à l'origine de l'importation de cette pratique en Californie, où elle a émigré, à la fin des années 1950 (Kibble, *et al.*, 2014). Les apports de Loczy semblent s'être propagés aux États-Unis plus précocement qu'en France. En effet, dès 1992, les guides pédagogiques américains, véhiculés par l'*American Public Health Association* et l'*American Academy of Pediatrics*, préconisent déjà la référence afin d'améliorer la qualité d'accueil des structures de garde du jeune enfant (Lally, *et al.*, 2010); recommandation que l'on ne retrouve pas en France, même de nos jours.

### La référence à Loczy

«Loczy» désigne une célèbre pouponnière hongroise (1946-2011), fondée par Emmi Pikler, sur la colline des Roses, au 3 rue Loczy à Budapest. Cette structure est internationalement connue car elle n'a cessé, durant toute son existence, de se préoccuper de la qualité des soins proposés aux enfants accueillis afin de leur permettre de restaurer leur potentiel évolutif, malgré l'absence de leurs parents au quotidien et des histoires de vie souvent difficiles.

La pédagogie mise en place à Loczy est complexe et «difficile à comprendre en profondeur» tant chaque détail de l'accueil a été pensé, observé, analysé, discuté en équipe afin de rendre l'accompagnement proposé le plus adapté possible aux besoins de chaque enfant accueilli (David, 2014, p. 252). Parmi les éléments qui ont permis d'attribuer à ce maternage le qualificatif d'insolite, nous n'aborderons ici que celui de la référence. Cette pratique est basée sur l'idée de proposer à l'enfant des relations humaines, individualisées, intimes, authentiques, chaleureuses, stables et continues dans le temps, avec un nombre limité de nurses (David, 2002). La création de liens individualisés est considérée comme une base indispensable sur laquelle l'enfant prendra appui pour se développer. Judith Falk, ancienne directrice de Loczy, écrit en 1980 que l'activité de l'enfant, source de son développement, suppose un «sentiment de sécurité affective absolu de l'enfant dont la base est qu'il puisse trouver dans l'institution la possibilité d'établir une relation affective privilégiée et continue avec un adulte permanent» (Falk, 1980, p. 243).

A Loczy, sur les quatre à cinq nurses qui s'occupaient de l'enfant au quotidien, l'une d'elles était désignée «auxiliaire privilégiée» ou «nurse de référence». Attribuée à l'enfant dès son arrivée dans la structure, elle

restait stable tout au long de son accueil. Pour Maria Vincze, pédiatre hongroise ayant travaillé à Loczy, la référente est « la personne qui, au sein d'un groupe d'enfants, porte la responsabilité à titre particulier du bien-être et du bon développement de deux enfants, en leur procurant un intérêt particulier, une relation privilégiée et une sécurité affective » (1991, p. 7). Plus précisément, « quatre nurses se relayent autour du même bébé mais chaque bébé a une nurse de référence qui centralise les commentaires issus de l'observation très précise de son développement et de l'attention portée à ses besoins, à ses goûts et à son caractère » (Pirard, 2006, p. 91).

### La découverte de l'expérience de Loczy en France

En France, la pratique de Loczy a été découverte dans un contexte de prise de conscience des enjeux de la séparation entre l'enfant placé et ses parents, d'une part, et des carences générées par la qualité des institutions d'accueil, d'autre part. Nombre de professionnels de terrain, spécialistes de l'enfance, ont récolté les fruits d'une réflexion amorcée outre-Atlantique par les travaux de René Spitz sur l'hospitalisme (Spitz et Wolf, 1947). La mise en lumière de ce grave syndrome psychopathologique présent chez certains enfants placés en institution a permis de saisir l'ampleur de l'impact de mauvaises conditions d'accueil et, plus particulièrement, de soins dépersonnalisés sur le développement de l'enfant et sa survie. En parallèle, les travaux de John Bowlby en Angleterre (Bowlby, 1978a, 1978b, 1984), bases de la théorie de l'attachement, ont lancé l'idée que l'enfant a nécessairement besoin de soins (*care*) administrés par un nombre restreint d'adultes, stables, identifiés, véritables figures d'attachement sécurisantes durant sa petite enfance.

Une dynamique de réflexion a été impulsée en France suite à ces premiers écrits et grâce aux travaux d'une remarquable pédopsychiatre : Myriam David. Grâce à des activités de recherche en partenariat avec John Bowlby, elle a pu, entre autres, semer les graines d'une importante prise de conscience qui s'est, par exemple, formalisée sous la forme de « l'opération Pouponnière » en 1978. Cette forte mobilisation des chercheurs, cliniciens, toutes disciplines confondues, réunis autour d'un même objectif, a permis de modifier sensiblement les pratiques des établissements d'accueil collectifs du jeune enfant et de voir notamment apparaître les référents d'enfants.

A travers la littérature, il est difficile d'estimer dans quelle mesure la référence est pratiquée depuis les années 1970 et la part des

établissements collectifs qui continuent à la mettre en œuvre actuellement. En 2010, un article titré «Où est passée la référente de l'enfant ?» (Nègre et Javault) laisse imaginer la disparition progressive de la référente dans les structures d'accueil du jeune enfant. En 2009, Patrick Mauvais, psychologue en crèches collectives, mentionne que certaines structures n'en voient plus l'intérêt à mesure que l'enfant grandit. Elle n'existe plus dans de nombreuses unités de vie pour les plus grands enfants (2-3 ans), voire les moyens (1-2 ans). Ainsi, actuellement, la référente est retrouvée sur le terrain selon différents degrés allant d'une référente identifiée et stable sur trois ans à une référente «à la journée» (ou continuité des soins). Entre ces deux pôles sont retrouvées des références sur deux ans, à l'année, voire uniquement lors de la période d'adaptation. Le terme de coréférence peut aussi être retrouvé dans la littérature et correspond à la prise en charge de l'enfant par un binôme de professionnels.

Un certain paradoxe se dessine donc : la référente s'est inscrite dans les pratiques professionnelles à une époque où la réflexion portée aux conditions d'accueil était déjà bien amorcée et dans la lignée de travaux scientifiques décrivant l'intérêt de l'individualisation des soins et des relations en crèche pour le développement harmonieux de l'enfant. Mais la référente semble quasi inexistante dans la littérature clinique ou scientifique et peine à s'implanter sur le terrain où nombre de professionnels questionnent son utilité.

## Les enjeux de la pratique de la référente

Au sein des crèches collectives actuelles, la référente semble susciter de nombreux débats et résistances comme en témoignent quelques écrits non issus de la recherche empirique sur le sujet. De son côté, la littérature scientifique dispose à ce jour de très peu d'études permettant de se positionner en faveur ou non de cette pratique.

### Les freins à la pratique de la référente en crèche

Dans la littérature, plusieurs raisons sont évoquées quant à la disparition de la référente en crèche : l'organisation actuelle du travail, la politique de la petite enfance menée par les pouvoirs publics et les gestionnaires d'établissements, l'impact de la référente sur le développement de l'enfant, mais aussi la relation affective enfant-professionnelle engendrée et le lien historique avec Loczy.

### Les raisons organisationnelles

Tout d'abord, les éléments organisationnels avancés sont nombreux et coïncident en partie avec les évolutions des conditions de travail qu'a connu la France tout au long du XX<sup>e</sup> siècle : hausse du nombre de congés annuels, réduction du temps de travail, difficultés de recrutement, précarisation de l'emploi, *turn-over* des professionnels. Isabelle Fodor Puel (2011) précise que la réduction du temps de travail hebdomadaire a engendré une surcharge de travail : les effectifs ayant peu augmenté, la charge de travail antérieure devait dorénavant être effectuée en moins de temps. Ce défi impossible à relever a alors généré de nombreuses heures supplémentaires, une hausse des arrêts maladie face à l'épuisement des professionnels travaillant à flux tendu et, par conséquent, des absences plus régulières sur le terrain. Le *turn-over* important des professionnelles en petite enfance est un phénomène qui semble toucher une grande partie des pays occidentaux. Aux Etats Unis, certains auteurs utilisent même le terme « épidémie » pour décrire ce phénomène (Eberhart-Wright, 2002). Ainsi, il devient plus complexe de proposer à l'enfant des professionnelles en nombre limité, stables dans le temps, et impossible qu'une seule et même professionnelle accueille l'enfant durant tout son temps de présence à la crèche (Favel, 2008 ; Nègre et Javault, 2010).

Cependant, ces arguments ne peuvent pas, à eux seuls, expliquer le recul de la référence puisque, dans le domaine du handicap, elle semble avoir trouvé une raison d'exister malgré ces difficultés et avec l'objectif d'y faire face. Selon Dubreuil, *et al.* (L'Actif, 2011), la référence s'y est développée au moment où la réduction du temps de travail et la spécialisation des professionnels se sont accrues afin de « personifier l'accompagnement et ainsi l'humaniser » face à la multiplicité nouvelle des professionnels intégrés à la prise en charge de l'enfant (L'Actif, 2011, p. 199).

### Les raisons politiques

Sylviane Giampino déclare, dès 1999, qu'une gestion quantitative des crèches grandissante par les politiques et les financeurs, avec une importance extrême accordée à la question du taux de remplissage des places disponibles, est une menace pour la référence : « la conception d'un accueil particularisé, personnalisé, s'organise avec subtilité et en finesse. Cela s'accommode mal avec l'obsession des taux de remplissage et de fréquentation, sans parler de la rentabilité des équipements » (p. 70).

### Les raisons développementales et émotionnelles

La référence est aussi accusée d'entraver la prise d'autonomie de l'enfant, le maintenant dans une « dépendance » et un lien exclusif à l'adulte, voire en l'enfermant dans une relation d'attachement trop affective, trop intense (Mauvais, 2009). L'enfant éprouverait du stress en l'absence de sa référente (Ebbeck, *et al.*, 2015; Kibble, *et al.*, 2014; Rockel, 2003).

Du côté du professionnel, elle est accusée de majorer le risque d'un débordement des affects dans une relation trop individualisée, d'enlever tout garde-fou permettant de trouver une juste distance avec l'enfant et de se protéger d'une relation affective trop engagée (L'Actif, 2011). Les professionnelles pourraient alors se retrouver isolées, seules dans leur relation à l'enfant (Ebbeck, *et al.*, 2015; Kibble, *et al.*, 2014; Rockel, 2003). Il est intéressant de remarquer que ces arguments étaient déjà avancés auparavant, aux débuts de la référence, comme l'explique Giampino : « les auxiliaires de puériculture étaient très angoissées par la crainte d'un attachement trop fort » (1999, p. 69).

En d'autres termes, la référence viendrait majorer le risque d'appropriation de la relation par le référent ou l'enfant (L'Actif, 2011). Un « effet de déresponsabilisation » des autres membres de l'équipe pourrait alors survenir : surinvestissement par le professionnel de la relation à l'enfant et mouvement inverse de sous-investissement de ce même enfant par le reste de l'équipe, laissant alors le référent seul dans sa relation à l'enfant (L'Actif, 2011).

### Les raisons historiques

Enfin, une dernière raison peut être évoquée en lien avec son origine historique, l'approche de Loczy. La découverte des apports de l'institut Pikler-Loczy a suscité en France de nombreuses réticences, comme le montrent les propos de Myriam David : « alors que nous revenions de Budapest chargées de ce que nous pensions être un magnifique cadeau, celui-ci fut reçu par un grand nombre avec froideur, méfiance, c'était un cadeau empoisonné, contesté, refusé, critiqué » (David, 2014, p. 394). « Même parmi mes collègues (en France), nombreux étaient ceux qui rejetaient jusqu'à l'idée d'accorder la moindre importance au travail de Loczy : comme il était “bien entendu”, “acquis”, et même “prouvé” qu'il était impossible d'élever un nourrisson en institution, donc à quoi bon y regarder de plus près, rien d'intéressant ne pouvait être vu ! » (Szanto-Feder, 2002, p. 10).

En crèche, ces apports ont été l'objet d'un rejet particulier car il est souvent dit que les apports de Loczy sont destinés « aux enfants

en pouponnière, des enfants blessés dans leur vie de bébé, souvent en raison de leur situation dramatique d'abandon, par conséquent [ils ne s'adressent pas] pas aux enfants de crèches » (Jaquet-Travaglini, *et al.*, 2003, p. 37). Dans tous les cas, « Loczy » n'a jamais laissé indifférent et suscita des réactions extrêmes, de l'enthousiasme au rejet (David, 2014).

De plus, il semblerait qu'à certains endroits, Loczy ait été érigé comme un modèle de bonnes pratiques et que ses apports, et notamment la référence, aient été appliqués de façon stricte, « plaquée, voire dogmatique » (Favel, 2008).

Ces quelques éléments retrouvés dans la littérature clinique permettent de dresser un premier portrait des enjeux qui sous-tendent la pratique de la référence en France à l'heure actuelle. A présent, étudier ce qu'en dit la recherche scientifique française et internationale permettra de préciser ces enjeux.

## Les apports de la recherche scientifique

### Les obstacles de la recherche bibliographique

La recherche bibliographique s'est avérée complexe par la traduction anglophone du terme « référence ». Tout d'abord, il nous est apparu que le terme anglais correspondant était celui de *primary care* (Bernhardt, 2000). Cependant, ce mot a une signification plus large que le terme français puisque, sorti du contexte de la crèche, il désigne l'adulte présent dans le quotidien de l'enfant assurant la majorité de ses soins ; très souvent la mère ou le père. En élargissant encore le champ d'étude au-delà de l'enfance, le « *primary care* » désigne une approche du soin, définie par l'Organisation mondiale de la santé, visant à offrir un accès universel et équitable à la santé pour tous (*Les Soins de santé primaires*).

Cette utilisation plurielle des termes « *primary care* » nous a confrontés à une quantité très importante de références sur les bases de données. Pour preuve, sur PsycINFO, plus de 34 000 références sont retrouvées en août 2017 pour ce terme. Parmi eux, seuls quelques écrits semblent directement liés à la pratique de la référence en crèche et sont limités à deux secteurs géographiques : l'Asie (à Singapour, Ebbeck, *et al.*, 2015 ; en Corée, Lee, *et al.*, 2016) et l'Océanie (en Nouvelle-Zélande, Kibble, *et al.*, 2014 ; Rockel, 2003).

De plus, l'emploi combiné des termes « *primary caregiver* », « *primary caregiving approach* », « *primary care (system)* » associé à « *child care centers* » ou « *daycare* » n'a donné que très peu de résultats : entre 0 et 6 sur PsycINFO en août 2017.

Ces premiers articles nous ont permis de comprendre qu'aux États-Unis, en particulier, c'est le terme «*continuity of care*» qui est synonyme de référence. La «continuité des soins» consisterait à proposer à l'enfant accueilli un référent (*primary caregiver*) sur une longue période temporelle permettant la création d'un lien d'attachement. Idéalement, le référent serait nommé pour trois ans, jusqu'au départ de l'enfant de la structure (Aguillard, *et al.*, 2005). Aux États-Unis, la notion de référence renvoie uniquement à l'une des deux parties de la continuité de soins, c'est-à-dire l'attribution d'un *primary caregiver* à l'enfant. Or, en France, il est communément admis que la référence se met en œuvre sur toute la durée d'accueil de l'enfant ; le terme «référence» semble donc plus large en français que dans sa traduction américaine. À l'inverse, la notion de continuité de soins renvoie, dans les crèches françaises, à la mise en place d'une référence au sein d'une seule journée, la fenêtre temporelle étant ici bien plus réduite que dans la définition américaine.

Pour autant, une nouvelle recherche réalisée sur PsycINFO avec les mots-clés «*continuity of care*» et «*child care centers*» a abouti, en août 2017, à seulement trois résultats. Nous avons aussi essayé l'emploi des termes «*multiple caregivers/caretakers*». La combinaison de l'ensemble des mots-clés évoqués ci-dessus offre une dizaine d'études internationales liées à notre sujet.

Enfin, en France, à notre connaissance, la référence n'a pas fait l'objet d'études scientifiques, mise à part une brève recherche qualitative cherchant à dresser un portrait descriptif de la référence en pouponnière (Violon et Wendland, 2014).

### **Les études portant sur la référence**

Les rares études réalisées autour de la référence exposent le même paradoxe que celui mis en avant dans la première partie de cet article. Cette pratique trouve un soutien clairement assumé parmi les chercheurs et académiciens. Elle devrait trouver une place centrale au sein des pratiques pédagogiques pour les spécialistes, suite à la diffusion des apports de la théorie de l'attachement en particulier. Néanmoins, une grande difficulté d'implantation dans les structures accueillant les jeunes enfants est aussi attestée par les études scientifiques (Aguillard, *et al.*, 2005). Par exemple, dans l'étude de Cryer, *et al.* (2000), bien que 43 % des directeurs de crèches rencontrés soutiennent la continuité de soins, il a été rare de trouver un établissement la pratiquant pour les enfants de 0 à 1 an (*infants*) et encore plus rare pour les grands de 1 à 3 ans (*toddlers*).

## Les freins mis en avant à l'implantation de la référence

Au sein des recherches, trois freins sont évoqués quant à l'implantation de la référence en crèche : la préférence d'une tranche d'âge d'enfants par les professionnelles, l'organisation des structures calquée sur celle de l'école maternelle, un manque d'appui sur des référentiels pédagogiques.

Dans l'étude d'Aguillard, *et al.* (2005), les parcours de 52 enfants de 4 crèches pratiquant la continuité des soins ont été étudiés. Parmi ces enfants, 7 seulement ont été suivis par un seul référent de leur arrivée jusqu'à leur troisième anniversaire ou jusqu'au recueil de données. Pour les autres, les changements de référent ont été très peu expliqués (3 explications sur 63 changements). La grande majorité des changements a eu lieu suite à des décisions prises par les directeurs des établissements. Les arguments avancés sont le départ des professionnels ou le refus de certains professionnels de travailler avec des enfants de 1 à 3 ans. Pour les auteurs, beaucoup de barrières à la continuité pourraient donc être éliminées par des pratiques de recrutement plus minutieuses. Il fait aussi l'hypothèse que la difficulté d'implantation de la continuité de soins réside dans le flou entourant la notion de « continuité » : jusqu'à quand proposer à l'enfant le même référent ? Son deuxième, troisième anniversaire ? Son départ de la crèche ?

A travers les entretiens menés avec des directeurs de crèches, Cryer, *et al.* (2000) ont identifié essentiellement l'âge des enfants et leur stade de développement, ou encore l'espace physique nécessaire, comme les facteurs guidant l'organisation des unités de vie et la répartition des enfants d'une année sur l'autre. Le modèle d'organisation des crèches serait donc fréquemment calqué sur celui de l'école maternelle, dans lequel les enfants changent d'unité de vie et de professionnels chaque année (Aguillard, *et al.*, 2005). Lally, *et al.* (2010) évoquent à ce propos une confusion fréquente entre les structures de type crèche et les écoles, les premières étant souvent assimilées aux secondes. Il est d'ailleurs intéressant de constater que, dans les écrits anglophones, le terme le plus utilisé pour qualifier les professionnels de la petite enfance est celui de « *teacher* » (Ebbeck, *et al.*, 2015; Kibble, *et al.*, 2014; Rockel, 2003), souvent traduit par « professeur » en France, où il est uniquement utilisé dans les structures scolaires.

Pour Owen, *et al.* (2008), la référence complexifie l'organisation de la structure et engendre certains challenges pour les directions qui ont très peu de modèles de continuité de soins/de référence sur lesquels s'appuyer dans la littérature ou les manuels pédagogiques.

### Les avantages mis en lumière autour de la référence

Outre les freins identifiés au sujet de l'implantation de la référence en crèche, les quelques études traitant du sujet ont tenté de dessiner les conséquences de la mise en place de la référence pour l'enfant et pour le lien professionnelles-enfants.

La recherche d'Ebbeck, *et al.*, menée en 2015 à Singapour, s'est attachée à observer et à analyser les relations enfants-professionnelles avant et après la mise en place du système de référence et d'une formation des professionnelles. Les résultats montrent une création assez nette de liens d'attachement sécurisés (analysés à partir d'interactions filmées enfants-professionnelles) après la désignation de référents et la formation, ainsi qu'une amélioration importante de la sensibilité des *caregivers*, une meilleure adaptation de leur part aux besoins de chaque enfant, des interactions de meilleure qualité (sourires et contacts visuels plus fréquents, intonations vocales plus calmes, communications verbales enrichies, contacts physiques plus adaptés, etc.), des liens de meilleure qualité avec les parents. Corroborant les observations d'Owen, *et al.* (2008), les auteurs ont également noté l'augmentation de la satisfaction des parents dans leurs relations avec les professionnelles après la mise en place d'une continuité de soins dans la structure. La continuité de soins permettrait donc de proposer à l'enfant un *caregiving* plus sensible, plus engagé et affectif. Les enfants se montreraient aussi davantage impliqués dans leurs liens avec les professionnelles. Il est important de souligner que, dans cette étude, la présence ou l'absence de référence n'engendrait pas de différence dans l'acquisition de compétences cognitives et langagières chez l'enfant ou dans la survenue de problèmes de comportement.

Les éléments scientifiques présentés ci-dessus mettent en avant des arguments plutôt en faveur de la référence : amélioration de la qualité du lien professionnelles-enfants et professionnelles-parents, *caregiving* des professionnelles plus sensible, etc. Néanmoins, le nombre restreint d'études sur le sujet limite notre compréhension des enjeux entourant cette pratique. Ainsi, nous proposons de présenter brièvement les résultats des études portant sur la théorie de l'attachement et la qualité des modes de garde afin d'apporter davantage d'éléments de réflexion.

## Les apports de la théorie de l'attachement

### Rappels théoriques

La théorie de l'attachement (Bowlby, 1978a, 1978b, 1984) a montré que l'enfant, dès son jeune âge, développe des liens d'attachement indispensables à sa survie avec des personnes qui prennent soin de lui. Généralement, l'enfant développe un lien d'attachement dit « primaire » avec ses parents (ou *caregivers* principaux), mais il peut créer aussi des liens « secondaires » avec d'autres adultes prenant soin de lui, à l'intérieur comme à l'extérieur de sa famille. Les liens d'attachement, qu'ils soient primaires ou secondaires, sont de même nature et ont les mêmes avantages en termes de sécurité pour l'enfant (Howes, 1998). En l'absence des figures d'attachement principales au quotidien, la création de liens secondaires est indispensable pour procurer à l'enfant sécurité, apaisement et réconfort. Ceci lui permet d'explorer l'environnement qui l'entoure (Bowlby, 1978a, 1978b, 1984), en limitant la détresse de l'enfant et aussi la montée du cortisol. Les études en neuropsychologie ont montré que cette hormone du stress pouvait avoir un rôle délétère sur le développement du cerveau en cas d'exposition importante et prolongée (Brandtjen et Verny, 2001).

En crèche collective, l'importance de la création d'un lien d'attachement secondaire se justifie notamment par le temps important de présence des enfants. A titre d'exemple, la durée moyenne des accueils en 2014 en France est de trente-neuf heures et cinq jours par semaine pour 56 % des enfants (ONPE, 2015, p. 45). Or, le défi à relever est complexe dans une structure collective puisque « la multiplicité inévitable des personnes qui vont intervenir auprès de [l'enfant] complique la situation, qu'on le veuille ou non » (Jaquet-Travaglini, *et al.*, 2003, p. 27). De plus, l'existence d'un *turn-over* important dans les crèches collectives (Eberhart-Wright, 2002) rend complexes la stabilité et la durabilité des liens, et augmente le risque que l'enfant ne s'attache à personne.

### La création d'un lien d'attachement professionnels-enfants en crèches collectives

Dans les lieux d'accueil collectif, Van IJzendoorn, *et al.* (1992) estiment que l'enfant ne développera pas un lien d'attachement avec toutes les professionnelles présentes. Le professionnel ne serait pas interchangeable ; l'enfant crée donc un lien spécifique avec un professionnel particulier (Ritchie et Howes, 2003).

Quel(s) est(sont) donc le(s) professionnel(s) auprès de qui l'enfant puise sa sécurité? Pour Barnas et Cummings (1997) et Aguiard, *et al.* (2005), c'est l'adulte qui passera le plus de temps aux côtés de l'enfant qui deviendra possiblement une figure d'attachement secondaire; le temps mis à la disposition de l'enfant et du professionnel étant la première condition pour créer un lien d'attachement.

Puis, d'autres études (par exemple Goossens et Van IJzendoorn, 1990; Greenspan et Benderly, 1998; Raikes, 1993; Ritchie et Howes, 2003) ont montré qu'il était nécessaire que le professionnel soit identifié, connu et stable. De plus, ce dernier doit être disponible, attentif et se montrer sensible envers l'enfant, c'est-à-dire porter un intérêt à ses besoins et y répondre de façon adéquate. Enfin, Howes (1998) spécifie trois points essentiels pour que le professionnel puisse devenir une figure d'attachement: un investissement dans les soins physiques et psychiques de l'enfant, une présence régulière et importante et un investissement émotionnel dans le lien.

Des recherches réalisées sur la qualité d'accueil des modes de garde ont apporté des éléments de compréhension sur les variables susceptibles d'impacter la qualité du lien d'attachement professionnels-enfants et, plus largement, la qualité du mode d'accueil.

### **Les recherches portant sur la qualité d'accueil des modes de garde**

Depuis la seconde moitié du XX<sup>e</sup> siècle, de nombreuses études, que nous ne détaillerons pas ici, se sont intéressées à la qualité d'accueil des modes de garde extra-familiaux face à la demande croissante des familles de ce type d'accueil (Guedeney, *et al.*, 2004). L'objectif principal des premières recherches était de saisir dans quelle mesure ce type de garde pouvait être un facteur de protection ou de risque pour le développement des jeunes enfants (Guedeney, *et al.*, 2004). Pour nombre de ces recherches, la création d'un lien d'attachement stable et sûr entre l'enfant et les professionnels de la structure serait un élément témoin d'une qualité d'accueil satisfaisante.

Deux variables en particulier ont été ciblées dans un nombre important d'études (par exemple Allhusen, 1992; Phillips, *et al.*, 1987; Ruopp, *et al.*, 1979; The National Institute of Child Development Early Child Care Research Network, 2005) comme ayant un impact sur la qualité de ce lien: le ratio et la taille du groupe. En effet, plus le nombre théorique d'enfants à charge par professionnels présents (le ratio) est faible et plus

le lien est de bonne qualité et le *caregiving* des professionnels sensible et positif. Une taille du groupe plus petite semble aussi impacter positivement le *caregiving*.

Par exemple, une partie de l'étude du NICHD (2005) a permis de démontrer grâce à l'utilisation de l'échelle ORCE (Observational Record of the Caregiving Environment, NICHD, 1996) et l'inventaire HOME (Child Care Home Observation for Measurement of the Environment, Caldwell et Bradley, 1984) que le taux et la fréquence de *caregiving* positif (chaleureux, sensible et ajusté) étaient significativement corrélés avec les types d'accueil proposant les plus petits groupes d'enfants et les plus petits ratios.

Cependant, une recherche menée auprès d'enfants de 2 à 3 ans en crèche et en école maternelle ne confirme pas cette importance du ratio dans la qualité du lien d'attachement testé avec l'Attachment Q-Sort de Waters et Deane (1985) (Macé et Florin, 2007). La proportion de liens d'attachement sécurés et insécurés enfants-professionnels était comparable entre les 2 groupes malgré un ratio très différent (1 adulte pour 5 à 8 enfants en crèche, contre 1 adulte pour une quinzaine d'enfants minimum à l'école maternelle). Les auteurs émettent l'hypothèse que la variable impactant la sécurité du lien serait la référence : la présence d'un seul instituteur permettrait d'identifier un professionnel, contrairement au collectif de professionnels présents en crèche. Cependant, la recherche ne semble pas avoir été menée dans des crèches pratiquant la référence.

### **Mise en lien des éléments cliniques et scientifiques autour de la référence**

Pour résumer, les éléments apportés par les études sur la théorie de l'attachement montrent que l'adulte doit être non interchangeable, disponible, sensible face aux besoins de l'enfant, investi dans les soins physiques et psychiques, engagé dans un lien émotionnel et passant un temps de présence régulier et important auprès de l'enfant pour devenir une véritable figure d'attachement. Les études portant sur la qualité de l'accueil des modes de garde ajoutent que la qualité du lien d'attachement peut être impactée par le ratio professionnel-enfant, la taille de groupe et la stabilité des professionnels, entre autres.

Les écrits cliniques entourant la référence précisent que la référence permet d'identifier un adulte au sein du lieu d'accueil, prenant en charge de façon privilégiée les soins physiques et psychiques de l'enfant

### Résumé

Cette revue de littérature se propose d'étudier le principe de la référence, pratique appliquée dans les crèches et consistant à désigner pour chaque enfant un adulte responsable de son accueil. L'analyse conceptuelle dévoile une pratique aux contours flous et laisse entrevoir une application sur le terrain très hétérogène et source de débats intenses quant à son utilité pour l'enfant. Cependant, les écrits cliniques et les études scientifiques tendent à soutenir les bénéfices de sa mise en pratique dans les crèches collectives, bien que ces travaux demeurent très rares et particulièrement dans la recherche française.

### Mots-clés

Liens d'attachement secondaires.  
Crèches.  
Référence.

durant toute la période de son accueil. De par cette mission, le référent est amené à avoir un temps de présence et une stabilité auprès de l'enfant plus importants que les autres professionnels. Par définition, la référence instaure aussi un fonctionnement en sous-groupe au sein d'une même unité de vie : le référent prend en charge les soins de ses enfants de référence et ce groupe reste identique d'un jour à l'autre dans un espace spécifique.

Les études scientifiques traitant de la référence montrent aussi que la mise en place d'une telle pratique tend à améliorer le *caregiving* des professionnels. Ayant un plus petit groupe à gérer, les professionnels se montrent davantage disponibles et attentifs à leurs besoins, acquièrent une meilleure connaissance de leurs besoins et de leur développement. De plus, les témoignages de professionnels référents issus d'études qualitatives (Lee, *et al.*, 2016; Violon et Wendland, 2014) mettent clairement en avant la création de ce lien affectif particulier avec l'enfant lors de la mise en place de la référence.

Ainsi, forts de ces éléments, nous pouvons supposer que la désignation d'un adulte référent favorise la création de liens sécurisants au sein des structures d'accueil collectives. Pour certains auteurs comme Aguiard, *et al.* (2005), la proposition d'un référent, stable tout au long des trois ans de crèche, serait une pratique indispensable pour la création d'un lien d'attachement entre enfant et professionnel. Cependant, bien que cette association entre référent et figure d'attachement secondaire soit fréquemment admise dans la littérature scientifique et clinique, aucune étude scientifique ne l'a démontrée à ce jour à notre connaissance.

### Perspectives futures

Des recherches ayant comme objet d'étude la référence sont donc indispensables pour permettre de mieux saisir les enjeux de cette pratique. D'une part, les écrits émanant du terrain font apparaître une définition encore floue et une mise en application très hétérogène. D'autre part, les recherches scientifiques répertoriées sont essentiellement étrangères, notamment nord-américaines. L'extrapolation de leurs résultats à la situation française n'est pas aisée puisqu'« il est difficile d'interpréter les résultats d'études conduites dans des pays dont les modes d'accueil et leurs caractéristiques diffèrent considérablement » (Florin, 2010, p. 97). La législation française régit de façon spécifique les qualifications exigées chez les professionnelles et le taux d'encadrement des enfants. Par exemple, ce dernier est de 1 adulte pour 5 enfants n'ayant pas encore

acquis la marche ; 1 adulte pour 8 enfants qui marchent. A titre de comparaison, aux Etats-Unis, l'American Public Health Association, l'American Academy of Pediatrics et le National Resource Center for Health and Safety in Child Care and Early Education recommandent un ratio de 1 professionnel pour 2 enfants de 0 à 24 mois et 1 professionnel pour 3 enfants de 2 à 35 mois (2011). Dans l'étude du NICHD (2005), 71 % des structures participantes respectaient cette recommandation même si ce chiffre était moindre dans d'autres études. Ainsi, des recherches françaises sont indispensables pour cerner ce qui définit, dans notre contexte politique, culturel et socio-économique actuel, une qualité d'accueil satisfaisante.

## Conclusion

La pratique de la référence en crèche demeure à ce jour une notion faiblement étudiée. Sur le terrain, il semblerait qu'elle suscite des débats importants autour de son intérêt pour les différents acteurs en présence (l'enfant, ses parents, les professionnels). Le constat de sa disparition progressive a même déjà été attesté en 2010 (Nègre et Javault) dans les crèches françaises. Il paraît donc urgent de mettre en place des recherches qui permettent de préciser ce qu'apporte concrètement à l'enfant la présence de professionnels référents sur les lieux d'accueil collectif en France pour savoir s'il s'agit bien d'un « outil de travail [...] au service du psychisme des tout-petits », comme l'exprimait Giampino (1999, p. 69), ou, avec les mots de Mauvais (2009), si elle permet vraiment d'individualiser le collectif et de répondre aux besoins affectifs du jeune enfant accueilli. De plus, ces études permettraient d'apporter un meilleur étayage théorique des pratiques des professionnels, les aidant ainsi à relever le défi de cet « art du *caregiving* » (Lally, *et al.*, 2010, p. 6) qui peut parfois s'avérer périlleux dans les conditions de travail actuelles et face aux exigences des taux de remplissage (Giampino, 1999).

Enfin, s'intéresser aux pratiques des établissements d'accueil collectif du jeune enfant est primordial pour deux dernières raisons. Tout d'abord, en termes de prévention primaire, car l'« on sait que c'est au cours de l'enfance que se construisent les bases de la personnalité » (Jaquet-Travaglini, *et al.*, 2003, p. 16) des adultes de demain. Et ensuite, parce que, aussi fréquent soit-il, l'accueil en crèche ne doit pas être banalisé. La séparation avec le parent peut avoir des effets néfastes sans une qualité d'accueil suffisante (Jaquet-Travaglini, *et al.*, 2003). Si dans certains contextes de

### Summary

This literature review intends to study the principle of primary caregiving, a professional practice in day care centres which consists of designing a specific adult carer for each child. The conceptual analysis reveals that the boundaries and definition of this practice remain very unclear, while its application on the field is extremely dissimilar and matter for debates as regards to its usefulness for children. Clinical papers and scientific studies tend however to support its implementation in day care centres and its benefits to children, although research in this field remain very rare, especially in the French-speaking context.

### Keywords

Secondary attachment relationships.  
Day care centres.  
Primary caregiving.

carences familiales la crèche peut représenter un milieu protecteur et stimulant (Santelices, *et al.*, 2009), de par les « multiples discontinuités et des ruptures que peut occasionner le rythme de la vie collective [...], la crèche peut représenter un risque effectif pour la socialisation d'un jeune enfant » (Guedeney, *et al.*, 2004, p. 285) ou même « être créatrice de troubles pour les enfants qui la fréquentent » (Jaquet-Travaglini, *et al.*, 2003, p. 39).

## Remerciements

Les auteurs remercient particulièrement la Fondation Mustela pour son intérêt pour cette thématique de recherche et son soutien financier.

### Points à retenir

- Un paradoxe entoure la notion de personne référente: bien que soutenue par les apports de la théorie de l'attachement notamment, elle génère de fortes résistances chez les professionnels de terrain, ce qui rend difficile son implantation dans les crèches françaises.
- La référence a peu fait l'objet d'études scientifiques en France comme à l'international et est peu présente dans les manuels pédagogiques à destination des structures d'accueil.
- Des recherches futures sont indispensables pour mieux cerner les contours de la référence et ses enjeux, et comprendre si elle permet la création de liens d'attachement secondaires en crèche et soutient le développement de l'enfant.

### Références

- [1] AGUILLARD A.E., PIERCE S.H., BENEDICT J.H., et al.: « Barriers to the implementation of continuity-of-care practices in child care centers », *Early Childhood Research Quarterly*, 2005; 20: 329-344.
- [2] ALLHUSEN V.D.: *Differences in day care experiences of infants in three different teacher-child ratio groups: variations in caregiving quality*, Cornell University, Ithaca, 1992.
- [3] AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, AMERICAN PUBLIC HEALTH ASSOCIATION, NATIONAL RESOURCE CENTER FOR HEALTH AND SAFETY IN CHILD CARE AND EARLY EDUCATION: *Caring for Our Children: National Health and Safety Performance Standards; Guidelines for Early Care and Education Programs*, American Academy of Pediatrics, Elk Grove Village IL; American Public Health Association, Washington DC, 2011.
- [4] BARNAS M.V., CUMMINGS E.M.: « Caregiver stability and toddler's attachment-related behaviors towards caregivers in day care », *Infant Behavior and Development*, 1997; 17 (2): 171-177.
- [5] BERNHARDT J.L.: « A primary caregiving system for infants and toddlers: best for everyone involved », *Young Children*, 2000; 55 (2): 74-80.
- [6] BOWLBY J.: *Attachement et perte. Volume 1. L'attachement*, Tavistock, Londres, 1969. Traduction J. Kalmanovitch, PUF, Paris, 1978a.
- [7] BOWLBY J.: *Attachement et perte. Volume 2. La séparation: angoisse et colère*, Tavistock, Londres, 1973. Traduction B. De Panafieu, PUF, Paris, 1978b.
- [8] BOWLBY J.: *Attachement et perte. Volume 3. La perte: tristesse et dépression*, Tavistock, Londres, 1980. Traduction D. E. Weil, PUF, Paris, 1984.

- [9] BRANDTJEN H., VERNY T.: « Short and long term effects on infants and toddlers in full time daycare centers », *Journal of Prenatal & Perinatal Psychology & Health*, 2001; 15 (4): 239-286.
- [10] CAFFARI R.: « Ni trop près, ni trop loin dans l'accompagnement d'un enfant en crèche », *Métiers de la petite enfance*, 2011; 172: 17-19.
- [11] CRYER D., HURWITZ S., WOLERY M.: « Continuity of caregiver for infants and toddlers in center-based child care: report on a survey of center practices », *Early Childhood Research Quarterly*, 2000; 15 (4): 497-514.
- [12] DAVID M.: « Pour une meilleure connaissance du bébé. Contributions de l'Institut Emmi-Pikler », in SZANTO-FEDER A.: *Loczy: un nouveau paradigme ? L'Institut Pikler dans un miroir à facettes multiples*, PUF, Paris, 2002; p. 31-50.
- [13] DAVID M.: *Prendre soin de l'enfance*, Erès, Toulouse, 2014.
- [14] DAVID M., APPELL G.: *Lóczy ou le maternage insolite*, Le Scarabée, Paris, 1973.
- [15] EBBECK M., MEI YONG PHOON D., TAN-CHONG C.K., et al.: « A research study on secure attachment using the primary caregiving approach », *Early Childhood Education Journal*, 2015; 43(3): 233-240.
- [16] EBERHART-WRIGHT M.A.A.: « The challenge of multiple caregivers », in Maldonado-Duran M.: *Infant and Toddler Mental Health. Models of Clinical Intervention With Infants and Their Families*, 2002; p. 207-235.
- [17] FALK J.: « Répondre aux besoins primordiaux des tout-petits », *Enfance*, 1980; 33 (4-5): 239-243.
- [18] FAVEL F.: « Loczy, une référence actuelle », *EJE Journal*, 2008; 14: 10-13.
- [19] FLORIN A.: « Modes d'accueil pour la petite enfance au regard de la recherche internationale », in BEN SOUSSAN P.: *Le Livre noir de l'accueil de la petite enfance*, Erès, Toulouse, 2010; p. 69-106.
- [20] FODOR PUEL I.: « Préserver la qualité de l'accueil du jeune enfant », *Cahiers de la puéricultrice*, 2011; 48(250): 22-24.
- [21] GAFFIOT F.: *Le Grand Gaffiot. Dictionnaire latin-français*, Hachette, 2000.
- [22] GIAMPINO S.: « Personne de référence et suivi des enfants dans les lieux d'accueil », *La Lettre du Grappe*, 1999; 37: 67-74.
- [23] GOOSSENS F.A., VAN IJZENDOORN M.H.: « Quality of infants' attachment to professional caregivers: relation to infant-parent attachment and day-care characteristics », *Child Development*, 1990; 61 (3): 832-837.
- [24] GREENSPAN S., BENDERLY B.L.: *L'Esprit qui apprend. Affectivité et intelligence*, Odile Jacob, Paris, 1998.
- [25] GUEDENEY A., GRASSO F., STARAKIS N.: « Le séjour en crèche des jeunes enfants: sécurité de l'attachement, tempérament et fréquence des maladies », *La Psychiatrie de l'enfant*, 2004; 47 (1): 259-312.
- [26] HOWES C.: « Continuity of care: the importance of infant, toddler, caregiver relationships », *Zero to Three*, 1998; 18(6): 7-11.
- [27] JAQUET-TRAVAGLINI P., CAFFARI-VIALON R., DUPONT A.: *Penser, réaliser, évaluer l'accueil en crèche. Une démarche d'équipe*, Editions des Deux Continents, Genève, 2003.
- [28] KIBBLE N., CAIRNS-COWAN N., MCBRIDE B., et al.: *Primary caregiving – what it means for you and your child*, 2014. Retrieved August 29, 2016, from <http://babysteps.net.nz/research-articles/primary-caregiving-means-child/>
- [29] LALLY J., TORRES Y., PHELPS P.: *How to care for infants and toddlers in groups?*, 2010. Retrieved from [www.zerotothree.org/ressources/77-how-to-care-for-infants-and-toddlers-in-groups](http://www.zerotothree.org/ressources/77-how-to-care-for-infants-and-toddlers-in-groups)
- [30] LEE S.Y., SHIN M., RECCHIA S.L.: « Primary caregiving as a framework for preparing early childhood preservice students to understand and work with infants », *Early Education and Development*, 2016; 27 (3): 336-351.

- [31] L'ACTIF: «Le référent: un objet professionnel non identifié?», *Les Cahiers de l'Actif*, 2011; (424-425): 5-213.
- [32] MACE S., FLORIN A.: *Quelles relations d'attachement pour l'enfant à la crèche et à l'école maternelle?*, Séminaire de la petite enfance, Observatoire de l'enfance, Paris, 2007.
- [33] MAUVAIS P.: «Le collectif individualisé ou comment cultiver le bien-vivre ensemble», *Métiers de la petite enfance*, 2009; 15(154): 31-34.
- [34] NEGRE O., JAVAULT D.: «Où est passée la référente de l'enfant?», *Métiers de la petite enfance*, 2010; (158): 34-35.
- [35] OBSERVATOIRE NATIONAL DE LA PETITE ENFANCE: *L'accueil du jeune enfant en 2014. Données statistiques*, Paris, 2015.
- [36] OWEN M.T., KLAUSLI J.F., MATA-OTERO A.M., et al.: «Relationship-focused child care practices: quality of care and child outcomes for children in poverty», *Early Education and Development*, 2008; 19 (2): 302-329.
- [37] PHILLIPS D.A., STARR S., MCCARTNEY K.: «Dimensions and effects of child care quality: The Bermuda Study», in PHILLIPS D.: *Quality in Child Care: What Does Research Tell Us?*, National Association for the Education of Young Children, Washington DC, 1987; p. 43-56.
- [38] PIRARD V.: «Qu'est-ce qu'un soin?», *Esprit*, 2006; 1: 80-94.
- [39] RAIKES H.A.: «Relationship duration in infant care: time with a high-ability teacher and infant-teacher attachment», *Early Childhood Research Quarterly*, 1993; 8(3): 309-325.
- [40] RITCHIE S., HOWES C.: «Program practices, caregiver stability, and child-caregiver relationships», *Applied Developmental Psychology*, 2003; 24: 497-516.
- [41] ROBERT P., REY-DEBOVE J., REY A.: *Le Petit Robert: dictionnaire alphabétique et analogique de la langue française*, Dictionnaires Le Robert, 2010.
- [42] ROCKEL J.: «"Someone is going to take the place of mum and dad and understand": teachers' and parents' perceptions of primary care for infants in early childhood centres», *New Zealand Research in Early Childhood Education*, 2003; 6: 113-126.
- [43] RUOPP R., TRAVERS J., GLANTZ F., et al.: *Children at the Center. Summary Findings and Policy Implications of the National Day Care Study*, Abt Associates, Cambridge MA, 1979.
- [44] SANTELICES M.P., OLHABERRY M., PAZ PEREZ-SALAS C., et al.: «Comparative study of early interactions in mother-child dyads and care centre staff-child within the context of Chilean crèches», *Child: Care, Health and Development*, 2009; 36 (2): 255-264.
- [45] SPITZ R.A., WOLF K.M., PSYCHOANALYTIC RESEARCH PROJECT ON PROBLEMS OF INFANCY: *Grief: A peril in infancy* [document vidéo], University Park, PA: PennState Media Sales, 1947.
- [46] SZANTO-FEDER A.: «Préface», in SZANTO-FEDER A.: *Loczy: Un nouveau paradigme? L'Institut Pikler dans un miroir à facettes multiples*, PUF, Paris, 2002; p. 5-16.
- [47] THE NATIONAL INSTITUTE OF CHILD DEVELOPMENT EARLY CHILD CARE RESEARCH NETWORK: *Child Care and Child Development. Results from the NICHD Study of Early Child Care and Youth Development*, Guilford Press, New York, 2005.
- [48] VAN IJENDOORN M.H., SAGI A., LAMBERMON M.W.E.: «The multiple caregiver paradox: data from Holland and Israel», *New Directions for Child Development*, 1992; 57: 5-27.
- [49] VINCZE M.: *L'Auxiliaire de référence en pouponnière*, Association Pikler Loczy France, Paris, 1991.
- [50] VIOLON M., WENDLAND J.: «Les relations professionnels/enfants dans les pouponnières et foyers de l'enfance: la notion de référence», *La Psychiatrie de l'enfant*, 2014; 57 (2): 581-616.
- [51] WATERS E., DEANE K.: «Defining and assessing individual differences in attachment relationships: Q-methodology and the organization of behavior in infancy and early childhood», in BRETHERTON I., WATERS E. (eds), *Growing Points of Attachment Theory and Research. Monographs of the Society for Research in Child Development*, 1985; 50 (1-2): 41-65.