

# EVALUATION CLINIQUE DE L'ENFANT, ET DE SA FAMILLE

**Sarah Mares & Ana Soledade Graeff-Martins**

**Edition en français**  
**Traduction : Eleanor O'Boyle**  
**Sous la direction de : Priscille Gérardin**  
**Avec le soutien de la SFPEADA**



Photo: <http://www.dean.be>

Sarah Mares BMBS,  
FRANZCP, Cert Child Psych  
MMH (Infant)

Consultant Infant, Child and  
Family Psychiatrist; Senior Staff  
Specialist, Redbank House,  
Western Sydney LAHN, Sydney  
& Senior Research Fellow,  
Menzies School of Health  
Research, Darwin, Australia

Conflict of interest: none  
reported.

Ana Soledade Graeff-  
Martins MD, DSc

Child and Adolescent  
Psychiatrist; Postdoctoral  
Research Fellow, Department  
of Psychiatry, Universidade de  
São Paulo, São Paulo, Brazil

Conflict of interest: none  
reported.

Cette publication est à destination des professionnels de la santé mentale, qu'ils soient en formation ou en exercice. Elle n'est pas destinée au grand public. Les opinions exprimées sont celles des auteurs et ne représentent pas nécessairement le point de vue de l'Editeur ou de la IACAPAP. Cette publication tente de décrire les meilleurs traitements et pratiques basés sur des preuves scientifiques disponibles au moment de sa rédaction, traitements et pratiques qui pourraient donc évoluer en fonction des recherches à venir. Les lecteurs doivent mettre en perspectives ces connaissances avec les recommandations et les lois en vigueur dans leur pays. Certains traitements pourraient ne pas être disponibles dans certains pays et les lecteurs devraient consulter les informations spécifiques des médicaments car tous les dosages et les effets indésirables ne sont pas mentionnés. Les organisations, les publications et les sites web sont cités ou mis en lien afin d'illustrer les résultats et de pouvoir rechercher davantage d'informations. Cela ne veut pas dire que les auteurs, l'Editeur ou la IACAPAP endossent leurs contenus ou leurs recommandations, lesquelles pourraient être évaluées de façon critique par le lecteur. De même, les sites web peuvent changer ou cesser d'exister.

©IACAPAP 2017. Ceci est une publication en accès libre sous la [Creative Commons Attribution Non-commercial License](#). L'utilisation, la distribution et la reproduction sur tout type de support sont permises sans permission préalable du moment que le travail original est correctement cité et que l'utilisation n'est pas commerciale. Envoyez vos commentaires sur ce livre ou ce chapitre à [jmreyATbigpond.net.au](mailto:jmreyATbigpond.net.au)

Citation suggérée : Mares S, Graeff-Martins AS. The clinical assessment of infants, preschoolers and their families. In Rey JM (ed), *IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health*. (édition en français; Cohen D, ed.) Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions 2017.

Les professionnels de santé rencontrent des familles avec enfants dans diverses circonstances et différents registres. L'évaluation de la santé et de la qualité de vie nécessite de prendre en compte les aspects mentaux, sociaux et émotionnels. Le contexte et le motif de la rencontre détermineront dans quelle mesure l'évaluation sera centrée sur l'état mental du patient.

Ce chapitre donne un cadre de travail pour l'évaluation des enfants et leurs familles, et propose une approche permettant de *comprendre* et *formuler* les difficultés de chacun. Quelle que soit la nature du problème, une évaluation compréhensive nécessite de prendre en compte un certain nombre de facteurs, liés à l'enfant, aux parents et à la famille élargie, ainsi qu'au contexte social et culturel qui contribuent à la vulnérabilité et à la résilience. Ces facteurs servent à cibler les domaines d'interventions et de prise en charge. Toute évaluation en clinique infanto-juvénile comprend une *évaluation du risque* (ex risque développemental, risque de danger pour l'enfant ou le caregiver et a fortiori des compétences parentales. Ce cadre de travail peut être adapté à plusieurs dispositifs cliniques. Le but de ce chapitre est de renforcer l'intérêt du professionnel de santé pour la santé mentale et les enjeux développementaux lors de l'accompagnement des familles.

### L'importance des relations précoces dans le développement

Il est admis que l'enfant dès sa naissance, est capable d'interagir avec l'environnement (personnes, et objets), et que cela organise son self. Ces apprentissages précoces permettent de passer de la dépendance totale à une construction du soi et de l'identité.

Le développement ne se fait pas dans le vide mais se construit dans un contexte de soins et de relations ; le donneur de soins constitue le socle sur lequel se dérouleront les capacités de l'enfant. La famille (enfant, caregiver, et fratrie) appartient à un réseau de relations et de culture. Cet enchevêtrement de conditions physiques et sociales soutient, ou au contraire aggrave la qualité de vie des relations et de la famille. Si l'enfant est génétiquement et biologiquement programmé pour se développer, il n'en reste pas moins que certaines expériences sont requises, à des temps précis, pour le développement de l'enfant.

Lorsque l'enfant naît, il est prêt à rentrer en relation avec son caregiver. Son développement se construit en fonction de la qualité de ces relations, et de l'éducation parentale. Le bébé humain est vulnérable et extrêmement dépendant de son entourage, et ce pendant plus longtemps que toute autre espèce. Ainsi, le rôle du parent ou donneur de soins est important et perdure dans le temps. L'étaillage familial soutient le développement de l'enfant, déterminant ainsi ses futures forces et faiblesses.

Lors de la *première année*, nous assistons au développement du langage et à l'établissement des relations d'attachement. Lors de la *deuxième année*, apparaissent le langage et les jeux symboliques, ainsi que la mobilité. La mobilité permet à l'enfant d'explorer son environnement, développer des capacités cognitives et une autonomie. Le jeune enfant apprend progressivement à se séparer et développe un sens de l'identité. Lors des *troisièmes et quatrièmes années*, l'enfant consolide, affine ses capacités, et construit sa relation aux autres et son rapport au monde (cf Chp A.2).



Une série de podcasts, de vidéos et de documents imprimés sur le développement précoce sont disponibles sur le site Web Zero to Three. Cliquez sur l'image pour la voir.

### Le bien être psychologique de l'enfant se caractérise par :

- La capacité à créer des relations proches et stables avec les autres
- Le désir d'exploration de l'environnement et des apprentissages
- Le tout, se faisant dans le contexte familial, communautaire, et culturel dans lequel il vit
- Un développement émotionnel et social sain

Une brève introduction à la science du développement de la petite enfance peut être trouvée à la série *En Bref* du Centre de l'Université Harvard sur l'enfant en développement. Cliquez sur l'image pour la voir.



## Attachement

La qualité de l'attachement entre l'enfant et la figure d'attachement a un impact significatif sur le développement social, émotionnel et cognitif de l'enfant. L'attachement est défini comme un lien émotionnel caractérisé par une tendance à rechercher et à maintenir la proximité avec une figure spécifique, notamment lors d'une situation de stress. La théorie de l'attachement comprend l'attachement comme un phénomène biologique primaire, dont dépend la survie de l'espèce. L'enfant intériorise des modèles de relation selon la qualité et la nature de ses expériences précoces avec le donneur de soins. Les études longitudinales mettent en évidence que la capacité d'autorégulation de l'enfant, la réciprocité, et les interactions sociales sont étroitement liées à la sécurité de l'attachement (Sroufe et al, 2005).

### PATTERNS D'ATTACHEMENT ET TROUBLES DE L'ATTACHEMENT

La théorie de l'attachement retient trois types d'attachement organisés et un type d'attachement désorganisé. Les troubles de l'attachement sont également décrits (DSM IV ; American Psychiatric Association, 2000) mais il existe un conflit sur l'utilité de catégories diagnostiques et des alternatives ont été proposées en conséquence (Boris et al, 2005 ; Chaffin et al, 2006 ; Newman & Mares, 2007 ; Zerotothree.org).

L'attachement organisé signifie que la relation de l'enfant avec le donneur de soins lui a permis de développer des stratégies de sécurisation dans sa relation avec les autres. Cette forme d'attachement comprend les attachements sécure, insécure / ambivalent ou insécure /évitant. L'attachement désorganisé signifie que l'enfant ne développe pas de stratégie efficace face à l'anxiété. Dans ce cas, le donneur de soins est souvent source de confort pour l'enfant mais aussi de grande anxiété, nous retrouvons ces cas de figure dans les situations de maltraitance (Howe, 2005 ; Lyons-Ruth et al, 2005).

La théorie de l'attachement conçue par Bowlby est une théorie à part entière permettant de faire le lien entre le comportement et la représentation interne des relations, représentation déterminée par les expériences de parentalité d'une génération à l'autre. Il permet d'expliquer les liens entre le comportement des parents, la qualité de la relation parent-enfant, et le fonctionnement social et émotionnel de l'enfant. Les théoriciens de l'attachement et les chercheurs ont développé des méthodes permettant d'éclairer et d'évaluer la représentation interne du monde de l'enfant et de l'adulte. Ces approches ont des limites en clinique.

### EVALUATION

Doté d'une bonne connaissance de la théorie de l'attachement, le clinicien peut évaluer les troubles émotionnels et comportementaux sous un angle relationnel. Toute évaluation psychiatrique doit comprendre une évaluation de l'attachement. Les outils de recherche évaluant la qualité de l'attachement, comme la situation étrange (Ainsworth et al, 1978), sont chronophages et nécessitent une formation. Il n'existe pas à l'heure actuelle de protocole d'évaluation clinique et diagnostique de l'attachement aux différents âges. C'est pourquoi les recherches sont limitées et les approches cliniques souvent infructueuses. Beaucoup de cliniciens sont handicapés par le manque de formation et de certitude lors de l'évaluation clinique



Cliquez sur l'image pour accéder à l'Institut de psychiatrie de NSW, qui a une variété de vidéos de formation à la vente.

### Attachement

Un lien affectif durable qui se caractérise par une recherche de proximité avec la figure d'attachement lors d'une situation de stress.

L'attachement peut être :

- Organisé
  - Sécure
  - Insecure/ambivalent
  - Insecure/évitant
- Désorganisé



Cliquez sur l'image pour voir une brève introduction à John Bowlby, le développement de la théorie de l'attachement et des questions transgénérationnelles sur l'attachement.

de l'attachement (Crittenden et al, 2007). Pour ces raisons, il est conseillé de décrire ce qui est observé entre l'enfant et le donneur de soins, plutôt que de faire référence à une classification diagnostique. Pour évaluer l'attachement, il faut se focaliser sur les ressources et difficultés observées dans la relation entre l'enfant et le donneur de soins, plutôt que sur celles observées chez l'individu seul (Zeanah et al, 2011). Les principes de l'évaluation sont résumés dans le Tableau A.4.1.

### Evaluation de l'attachement

Si une évaluation formelle de l'attachement ne peut pas se faire, une évaluation « informelle » peut avoir lieu. Cela implique :

- 1 *L'histoire de l'attachement de l'enfant.* Cela nécessite que l'on se focalise sur la chronologie des figures d'attachement depuis la naissance, les ruptures de soins, les abandons ou pertes, l'existence de donneur de soins alternatifs, les négligences et les abus. Nous observerons la disponibilité de la figure d'attachement, l'existence d'autres donneurs de soins, le comportement de l'enfant avec chacun d'eux, et lors des changements de personne. Chez les enfants plus grands, nous noterons les relations avec les pairs et la fratrie.
- 2 *Les détails et observations du comportement actuel de l'enfant.* Nous nous intéresserons particulièrement à la qualité de l'attachement et ses troubles se manifestant par :
  - La recherche d'aide et le comportement d'auto-apaisement, la réponse à la douleur ou à l'anxiété (par exemple, vers qui va l'enfant quand il tombe et se fait mal ; est ce qu'il montre une détresse ; différencie-t-il la personne capable de le rassurer, est-il timide avec les étrangers ?)
  - La qualité de l'interaction et la capacité à s'appuyer sur le donneur de soins ou un autre adulte pour s'apaiser, la capacité d'exploration et de jeux dans un nouvel environnement, la réponse au cadre et la nature de l'interaction avec le clinicien.

Ces observations doivent être analysées sous un angle développemental. Un enfant de 12 mois sera plus susceptible de montrer une timidité et une peur des étrangers qu'un enfant de 6 mois. Un enfant de trois ans est plus réceptif au langage verbal (par exemple « je sors une minute, je serai bientôt rentré ») qu'un enfant de 15 mois.

Ces nombreux points à relever lors de l'évaluation de la famille avec enfant, sont résumés dans le Tableau A.4.1. Ces principes sont tirés d'expériences cliniques et se basent sur les recherches et les compréhensions théoriques de l'enfant. Une approche prenant en compte ces principes permet au clinicien de comprendre le problème, et de cibler la prise en charge.

### Le cadre de l'évaluation

L'évaluation des enfants et de leurs familles peut se faire de plusieurs manières et dans différents lieux. La visite à domicile permet d'obtenir des informations différentes du lieu de consultation clinique. Le rôle du clinicien et les objectifs de l'évaluation détermineront les circonstances de cette évaluation. Par exemple, une famille avec un bébé présentant des troubles du sommeil ne se rendra qu'une seule fois dans un service d'urgence. Si elle est vue à domicile, les aspects pratiques et financiers (maison avec une chambre, voisins bruyants influencent

Le site Web du Circle of Security (COS) contient de l'information utile pour les parents et les cliniciens sur l'importance de l'attachement, de la qualité de l'attachement et des approches en matière de parentalité et d'interventions. Il repose largement sur la théorie de l'attachement et les neurosciences actuelles. Le COS est une approche conviviale et visuelle (avec une utilisation intensive de graphiques et de clips vidéo) pour aider les parents à mieux comprendre les besoins de leurs enfants. Les informations sur les éléments clés de cette approche ainsi que les possibilités de formation peuvent être consultées et téléchargées en cliquant sur l'image.



**Table A.4.1 Principes de l'évaluation**

<b>1</b>	<b>L'évaluation du risque</b>
	L'évaluation de la sécurité et du risque à court et long terme du bébé ou de l'enfant, ou autres membres de la famille est inévitable. Cet intérêt peut ne pas être compris par la famille, mais fait partie des responsabilités et obligations du clinicien.
<b>2</b>	<b>Les parents veulent le meilleur pour leur enfant</b>
	Les parents veulent la plupart du temps ce qu'il y a de mieux pour leur enfant et la famille. Le rôle du clinicien est de les aider à accomplir cela.
<b>3</b>	<b>Cadre biopsychosocial</b>
	Une approche biopsychosociale s'intéresse aux facteurs sociaux, culturels, contribuant à la présentation de la famille et enfant. Le bien être physique et psychosocial de l'enfant ne peut pas être séparé de son contexte.
<b>4</b>	<b>Contexte développemental</b>
	La période périnatale et de l'enfance précoce est une transition importante pour l'enfant et la famille. Les enfants se développent différemment selon une série de paramètres et la compréhension des difficultés nécessite d'être vigilant au contexte développemental ; certains problèmes émotionnels et comportementaux peuvent être la conséquence de ces transitions développementales : avec le temps, et grâce à un soutien adéquat, ils se résoudront.
<b>5</b>	<b>Une approche relationnelle</b>
	Le contexte de soins précoces peut donner des informations sur le développement. Comme décrit plus haut, ce contexte comprend l'attachement et la qualité des relations primaires. Le pronostic est influencé par l'interaction et l'accordage entre parent et enfant, et aussi par les facteurs individuels de l'enfant ou du parent.
<b>6</b>	<b>Forces et vulnérabilités</b>
	L'identification des forces et vulnérabilités (facteurs de risque et protecteurs) permet de cibler la prise en charge.
<b>7</b>	<b>Le modèle transactionnel de développement</b>
	Le modèle transactionnel de développement (Sameroff & MacKenzie, 2003) insiste sur l'interaction entre les facteurs génétiques et environnementaux, le « développement de l'enfant est le résultat de ces interactions dynamiques et l'expérience dans le milieu familial et le contexte social » (Sameroff & Fiese, 2000, P10).

Une évaluation poussée est nécessaire pour :

- Etablir un diagnostic et une « formulation »
- Aider la famille à renforcer au maximum le potentiel de développement de l'enfant
- Cibler un plan d'intervention et de prise en charge
- Recueillir des données pour les recherches cliniques et statistiques

leur capacité à aider le bébé) seront mis en évidence lors de la consultation.

Si l'état dépressif des parents est inquiétant, l'évaluation peut avoir lieu dans un lieu de santé mentale, sur deux à trois séances. Par ailleurs, une famille peut être vue régulièrement dans une clinique pour enfant, ce qui permet une observation plus détaillée et plus longue de l'enfant et de ses relations. Ainsi, en cas de doute concernant une situation de maltraitance ou de négligence, l'évaluation, qui doit être plus poussée, oblige le clinicien à coopérer et faire alliance avec des parents qui se sentent menacés, et n'adhèrent pas à la consultation. Une évaluation développementale pour un enfant avec des antécédents médicaux nécessite un éclairage médical ou biologique en plus de l'angle familial et social. Il n'existe pas de bonne ou mauvaise manière de faire, tout clinicien doit être vigilant aux

avantages et inconvénients de son approche et à l'impact qu'elle peut avoir sur les renseignements obtenus.

### Objectifs de l'évaluation

L'objectif principal de l'évaluation, quel que soit le contexte ou le cadre, est d'identifier et de comprendre les problèmes de la famille, les ressources et difficultés, afin de les aider en soutenant les capacités parentales et le potentiel de développement de l'enfant (pour l'évaluation des capacités parentales, cf plus loin). L'information obtenue durant l'évaluation peut également être utile pour la recherche.

### Les sources d'information

Lors de l'évaluation, on obtient un grand nombre d'information de sources différentes, en fonction du cadre et de l'objectif de l'évaluation. Nous retenons par exemple :

- L'histoire clinique donnée par le médecin ou soignant adresseur et la famille
- L'observation des membres de la famille et leur interaction
- Les tests et investigations médicales et développementales
- Autres sources (par exemple, la personne qui adresse, d'autres services prenant en charge la famille, l'école, la garderie).
- D'autres informations secondaires sont :
- Les documents écrits reprenant l'histoire et les interventions
- Les informations concernant le vécu émotionnel du clinicien
- Les informations (connaissance, capacités) tirées de l'expérience du clinicien

### Le processus d'évaluation

Une étape importante de l'évaluation est de permettre aux parents d'explorer les émotions et les difficultés en lien avec leur parentalité. Une écoute curieuse, attentive et neutre est essentielle. Une évaluation efficace permet d'observer plus que ce qui est dit, à travers une observation des interactions entre l'enfant

Une évaluation globale se base sur la connaissance des différentes étapes développementales et l'observation de la relation enfant-donneur de soins.

Elle comprend :

- Un entretien d'évaluation clinique
- L'observation de l'interaction et de la relation parent-enfant
- L'évaluation du développement de l'enfant

Des parents ont amené leur petite fille de 2 ans dans une clinique de santé mentale pour une agitation et anxiété depuis l'âge de 1 an. Selon eux, la petite fille pouvait être agressive, elle se frappait la tête contre le mur et se grattait la peau. Elle se réveillait stressée, refusant son biberon et griffait sa mère. Comme son comportement s'aggravait au contact des autres enfants, ses parents la gardaient à la maison. Elle était agressive envers les adultes, jetait des jouets au sol ou en direction des personnes. Selon les parents, leur fille était calme lorsqu'elle était avec son grand père maternel, qui obéissait à ses ordres même lorsque que cela pouvait être dangereux. Elle était timide avec les étrangers, gardait sa tête baissée et restait mutique. Aucun facteur déclenchant n'est retrouvé par les parents mais ils constatent que le début des symptômes correspond au moment de l'apprentissage de la marche et donc de l'autonomisation. A noter que la petite fille vit avec ses parents et son frère de 8 ans.

Il apparaît que les parents géraient leur fille de différentes manières. Si la mère avait du mal à poser des limites, le père, lui, la punissait physiquement (en la frappant avec des chaussons). La mère exprimait la volonté, et ce depuis toujours, d'avoir une fille qu'elle pourrait vêtir comme une princesse, mais que sa fille était en deçà de ses attentes. Le frère, lui, était très calme et obéissant et n'a jamais créé de problème.

La psychologue a évalué la famille pendant quatre semaines, à l'aide d'entretiens avec les parents lors desquels une observation soigneuse de l'enfant seul et de son interaction avec les parents a pu se faire. Elle a adressé les parents à un programme d'entraînement à la parentalité de plusieurs semaines, suite auquel les parents ont pu apprendre à mettre des limites, améliorant ainsi le comportement de leur fille. L'étape suivante consistait à soutenir les parents dans une démarche d'hôpital de jour pour leur fille lui laissant ainsi l'opportunité d'être avec d'autres enfants et adultes.

et sa famille. Les conseils ne doivent pas précéder une bonne compréhension des différents enjeux.

### ***L'entretien***

Le but de l'entretien est de recueillir des informations, mais également de créer une alliance thérapeutique, au sein de laquelle le problème peut être compris et résolu. L'alliance thérapeutique obtenue à l'aide d'une ou plusieurs consultations, permet d'obtenir des informations importantes sur l'histoire familiale. La parentalité est une question de relation au même titre que le lien entre parents et professionnel. Ainsi, le lien avec les familles doit être teinté d'écoute et de bienveillance pour qu'à leur tour les parents se sentant écoutés, fassent de même avec l'enfant. En cas de situation d'abus, de négligence ou d'évaluation médico-légale, l'alliance thérapeutique va de pair avec une information claire sur le but de l'entretien, les responsabilités et le rôle du professionnel, et les limites de la confidentialité. Il faut savoir écouter les familles : pourquoi sont-elles venues ? Quel est leur souhait ? Quelle aide réclament-elles ?

Souvent, lors de l'évaluation des familles, le patient n'a pas de mots pour décrire sa version de l'histoire. Dans ce cas, l'observation de l'enfant, son comportement, ses réponses et l'interaction qui existe entre les membres de la famille permet d'aider le clinicien et la famille à comprendre les difficultés de l'enfant.

L'évaluation comprenant écoute, observation et interrogatoire permet d'identifier le ou les problèmes sous-jacents.

L'information obtenue permet au clinicien et à la famille de comprendre l'histoire familiale de façon à pouvoir en faire un récit. Ce récit est constamment remanié au fur et à mesure du temps, du fait du développement de l'enfant et de l'apparition de changements. Les occasions permettant d'observer le jeune et ses interactions avec les adultes sont nombreuses.

### ***L'histoire***

L'entretien, en présence de l'enfant et des parents, permet au clinicien d'étudier les attentes et les angoisses de la famille, les exigences pour eux-mêmes et leur enfant, ainsi que les expériences précédentes avec les services médicaux et psychologiques consultés au préalable. Une approche bio-psycho-socio-culturelle permet d'avoir les informations suivantes :

1. Le problème actuel
2. Le contexte et l'anamnèse développementale
  - a. de l'enfant
  - b. des parents et de la famille
3. Les éléments aggravants et de soutien

### ***Le problème actuel***

- Comment les membres de la famille comprennent et décrivent-ils ce qui les concerne ?
- Cela s'est-il passé auparavant ?
- Y a-t-il eu un événement déclencheur ?

- L'évaluation des bébés, enfants et des familles dépend du rôle du clinicien, du but de l'évaluation, du cadre et de la relation avec la famille
- La mise en relation des différents renseignements provenant de différents acteurs et lieux, permet une approche bio-psycho-sociale, qui renforce l'évaluation
- La santé physique est indissociable de la santé mentale de l'enfant au même titre que la sécurité de l'enfant est indissociable du contexte de soins et de relations dans lequel il a grandi
- L'évaluation peut se centrer sur un aspect particulier selon la situation mais le clinicien ne doit pas perdre de vue l'ensemble de la situation et faire des liens avec les acteurs impliqués afin de soutenir le développement de l'enfant et la qualité de vie de la famille et des relations.

- Pourquoi demandent-ils de l'aide maintenant ?
- Quelles solutions ont-ils essayé et qu'est ce qui a été utile?
- Comment ont ils pris la décision de solliciter le consultant?
- Qu'attendent-ils comme aide ? Quelles sont leurs priorités ?

### ***Le contexte historique***

Comprend les informations suivantes :

- L'histoire individuelle des chaque parent centrée sur la famille et les relations
- Le couple parental
- La conception, la grossesse, l'accouchement
- Le développement de l'enfant depuis la naissance

Les facteurs de risque et de protection de l'enfant, des parents, de la relation, et du contexte social et culturel, sont à identifier.

### ***Le cadre bio psycho social***

L'enfant est né avec un patrimoine génétique, qui détermine un tempérament, et qui à la naissance a déjà subit les effets de l'environnement in utéro (par exemple les apports nutritifs, l'exposition à alcool ou aux toxiques, la prématurité, les antécédents médicaux) (cf Chapitre B.1). Ces aspects biologiques influencent la présentation du problème.

La qualité de l'éducation parentale peut alléger ou exacerber les difficultés de l'enfant. Il est de bonne qualité lorsqu'il y a un ajustement entre les capacités et exigences parentales, et les besoins et capacités de l'enfant. Cet ajustement ainsi que la capacité parentale à répondre aux besoins de l'enfant reposent sur des facteurs psychosociaux, biologiques et interpersonnels, des parents et de l'enfant.

La place de l'enfant dans la famille, son sexe ainsi que sa place dans la fratrie, la représentation de cet enfant pour les parents et le contexte socioculturel dans lequel il naît, sont des éléments à prendre en compte. Aussi, il faut rechercher des facteurs biologiques, psychologiques, et sociaux étayant ou aggravant pour la famille :

***Facteurs biologiques*** : ils englobent la vulnérabilité génétique, la santé antérieure et actuelle, l'existence de pathologies familiales. Ces dernières concernent les expositions intra-utérines aux toxiques, ou tout autre facteur pouvant avoir un impact sur le développement physique et la santé mentale de l'individu.

***Les facteurs psychologiques et relationnels*** : les *facteurs intra psychiques*, tels que les pathologies psychiatriques, les troubles de la personnalité, les pattern d'attachement, les facteurs interpersonnels c'est-à-dire l'histoire et la qualité des relations actuelles ; doivent être recherchés.

***Les facteurs sociaux, culturels, et contextuels*** : ils concernent l'étayage social et culturel, la sécurité financière et l'emploi des parents. Le statut socio-économique est un indicateur puissant du développement de l'enfant (Zeanah et al, 1997), mais l'accessibilité de la famille au soutien social et culturel est primordial. Les facteurs identifiés par Reder et al (2003), sont les suivants :

- L'environnement social et l'interaction entre la famille et cet environnement

### **Exemples de facteurs de risques et facteurs protecteurs**

Tammy est née prématurément et dépendante aux stupéfiants, du fait d'une consommation d'héroïne de la maman durant la grossesse (risque biologique). Tammy a été placée à l'âge d'un mois chez son oncle et sa tante, sur demande de la maman qui a jugé ne pas pouvoir s'en occuper à cause de son addiction (la qualité du soin lors du placement déterminera si le placement est un facteur de risque ou protecteur). Tammy, qui était un bébé irritable et agité, a ensuite pu développer une relation d'attachement organisé avec sa tante (psychologiquement protectrice).

A l'âge de trois ans, une tempête a détruit la maison de sa tante (risque contextuel). Personne n'a été blessé, mais la famille a du vivre dans un refuge pendant plusieurs mois, l'oncle a perdu son travail et a fait une dépression (risque psychologique/ relationnel). Pour que l'oncle puisse retrouver du travail, la famille a du déménager dans un quartier isolé (risque socio-culturel). Les ressources familiales ont tout de même permis de nouer des liens avec d'autres familles et de s'intégrer progressivement dans la communauté (facteur contextuel protecteur).

**Table A.4.2 Echelles de cotation et questionnaires**

Instrument	Commentaires
<p><i>Child Behavior Checklist (CBCL) ) for 1.5 -5 yrs</i> (Achenbach &amp; Rescorla, 2000)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Deux questionnaires qui évaluent le fonctionnement adaptatif et mal adaptatif des enfants de 1 an et demi à 5 ans. Il est complété par les parents, les enseignants, les soignants.</li> <li>• Un projet international récent utilisant le CBCL a identifié des regroupements de problèmes émotionnels et comportementaux chez les enfants d'âge préscolaire dans 24 populations participant à l'étude (Ivanova et al, 2010 ; Rescorla et al, 2011).</li> <li>• Droits exclusifs</li> </ul>
<p><i>Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)</i> (Goodman, 1997)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Il cote 25 critères, positifs et négatifs. Le SDQ possède une évaluation supplémentaire qui évalue l'impact négatif des troubles du comportement. Il existe des versions pour les parents et enseignants pour les enfants de 3 et 4 ans, dans plusieurs langues.</li> <li>• Gratuit</li> </ul>
<p><i>The Ages and Stages Questionnaire (ASQ-3)</i> (Squires &amp; Bricker, 1999)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Il identifie les enfants de 0 à 5 ans possédant un potentiel de trouble développemental. Il évalue cinq dimensions : communication, motricité fine et globale, la résolution des problèmes, et la socialisation. Il est complété par les parents/donneurs de soins.</li> <li>• Droits exclusifs</li> </ul>
<p><i>The Ages and Stages Questionnaire: Social Emotional (ASQ:SE)</i> (Squires et al, 2003)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Outil de dépistage du développement socio émotionnel, il permet de déterminer les enfants à risque de retard de développement et de déterminer l'orientation à suivre. Les items évaluent les sphères suivantes : autorégulation, docilité, communication, comportement adaptatif, autonomie, affect, interactions avec les personnes.</li> <li>• Droits exclusifs</li> </ul>
<p><i>Preschool Age Psychiatric Assessment (PAPA)</i> (Egger &amp; Angold, 2004)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Il s'agit d'un entretien structuré pour parent pour déterminer le diagnostic psychiatrique de l'enfant de 2 à 5 ans. Il est utilisé pour la recherche également.</li> <li>• Droits exclusifs</li> </ul>
<p><i>The Parenting Stress Index – Short Form (PSI-SF)</i> (Abidin, 1995)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Outil de dépistage du stress parental et du stress dans la relation parent/enfant, du dysfonctionnement parental, et des difficultés d'ajustement dans la famille. Disponible dans plusieurs langues.</li> <li>• Droits exclusifs</li> </ul>

- Le fonctionnement familial, la pauvreté, le chômage, la réponse au stress, l'isolement social ou culturel
- La stabilité des relations et du contexte social
- La relation avec les autres et la capacité à se saisir du soutien communautaire
- Le réseau social étendu soutenant ou absent
- Les facteurs sociaux et culturels qui influencent la famille
- La qualité des relations et des interactions
- La violence familiale
- Les circonstances pratiques ; la réalité pratique de la famille, l'hébergement, la pauvreté, la situation professionnelle, les opportunités éducatives.

***Ce que les parents apportent à l'éducation parentale ?***

- Leurs forces et ressources psychologiques et sociales
- Leur imaginaire et représentation fantasmatique de l'enfant
- L'histoire qui précède la conception et la naissance, y compris leurs expériences familiales et vécus d'enfants
- Leurs attentes en tant que parent, influencées par leur vie familiale
- Leur psychopathologie : les antécédents psychiatriques individuels et familiaux, les abus de substance
- Leur âge et contexte de vie

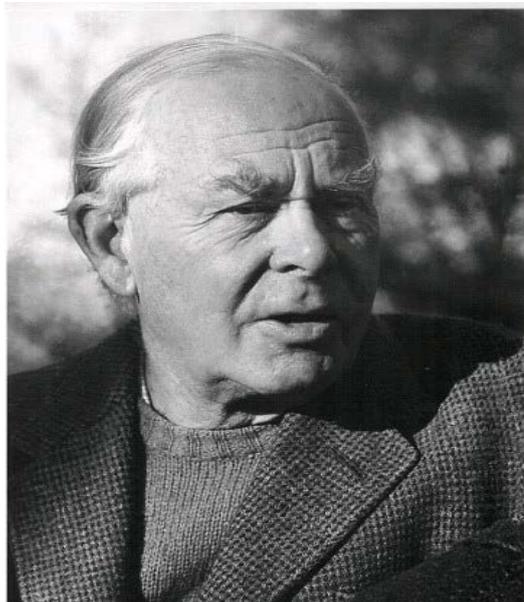
***L'impact du Trans générationnel sur l'éducation parentale***

Le fait de prendre soin de son enfant déclenche des sentiments, émotions, pensées, souvenirs, en lien avec sa propre enfance. Bien des aspects de la parentalité sont déterminés par l'éducation du parent, la façon dont il a été « parenté », soutenu, réconforté et écouté dans ses désirs et besoins. Cette information est stockée non pas dans la mémoire verbale mais la mémoire procédurale. Les expériences précoces avec ses propres parents ont eu lieu avant le langage verbal, et la capacité de mettre en mot les émotions. D'après Winnicott (1987) « ... elle était bébé autrefois, et a des souvenirs ancrés en elle ; elle a également le souvenir d'avoir été soignée, et ces souvenirs aident ou entravent son expérience maternelle » (p6).

Les parents avec une histoire familiale émaillée d'abus ou de négligence sont désavantagés face à la parentalité. Cela s'explique par l'existence de modèles parentaux internes inadaptés, par l'impact des négligences précoces sur leur capacité d'autorégulation, aussi ils disposent de peu d'étayage familial ou social. Seulement un tiers des enfants abusés deviennent abuseurs (Egeland et al, 2002), mais cela représente tout de même un facteur de risque pour la parentalité. L'évaluation des risques est exposée ci dessous.

**Questionnaires et entretiens**

L'utilisation de questionnaires, d'échelles d'évaluation et d'entretiens structurés peuvent être utiles pour l'évaluation, parallèlement à l'observation



John Bowlby (1907 – 1990), psychiatre anglais, était le principal théoricien derrière le concept d'attachement.

clinique et à l'interrogatoire. Les instruments standardisés évaluent le comportement de l'enfant et sont faciles à coter. Ils sont complétés par les parents, les donneurs de soins, les enseignants, et renseignent sur le fonctionnement de l'enfant dans différents contextes. Ils sont résumés dans le tableau A.4.2.

## EVALUER LES INTERACTIONS PARENTS/ENFANTS

Un entretien, même bref, avec la famille permet d'obtenir des informations sur la qualité des interactions et des relations, indispensable à l'évaluation du risque. Ces interactions reflètent du côté parental, la capacité des parents à prendre soin, à répondre de manière sensible et appropriée aux demandes de l'enfant ; et du côté de l'enfant la capacité de l'enfant à accepter ce que lui offre le parent.

Les rythmes quotidiens (alimentation, sommeil, change) permettent des échanges relationnels mais qui peuvent être entravés en cas de stress ou de comportement inadéquat. Ce que les parents font en réalité prime sur qu'ils disent ou pensent faire. La sensibilité et réceptivité des parents à la communication de l'enfant va déterminer le type de relation et reflète le type d'attachement du parent. L'évaluation clinique repose principalement sur l'observation de la réponse parentale aux signaux de détresse de l'enfant.

*L'observation permet d'obtenir une vision des différents points suivants :*

- La sensibilité des parents
- Les réponses de l'enfant aux soins et à l'attention des parents
- L'accordage entre parent et enfant
- La sécurité de l'enfant et du parent
- La capacité des parents à travailler ensemble et la qualité de la relation conjugale

*La relation et l'interaction avec l'enfant est influencée par :*

- Le contexte immédiat
- Les caractéristiques individuelles du donneur de soin et de l'enfant
- Les événements du passé, notamment l'expérience d'avoir été parenté pour le parent

*Le comportement des parents et de l'enfant en consultation est tout aussi important que les paroles. Les cliniciens doivent porter une attention toute particulière aux gestes et aux actes ainsi qu'aux paroles. En consultation nous pouvons voir comment l'enfant s'adapte au contexte, comment il répond à ses parents, comment il indique ses besoins et comment ses besoins sont pris en compte. Lorsqu'il s'agit d'un bébé, nous pouvons observer comment ce dernier explore la pièce, la distance ou proximité qu'il y a avec ses parents, ainsi que le comportement réclamant l'attention des parents.*

Le langage utilisé par les parents, la manière de s'adresser à leur enfant est aussi source d'information. On peut par exemple relever certains points :

- Les surnoms et remarques désinvoltes
- Les histoires racontées par le parent concernant une autre situation ou personne mais faisant apparaître une description de l'enfant ou de la relation avec l'enfant
- La communication non verbale entre les parents, entre le parent et



Une liste exhaustive des facteurs de stress psychosociaux et environnementaux potentiels identifiés dans la DC: 0-3R: Classification diagnostique de la santé mentale et des troubles du développement de l'enfance et de la petite enfance (Zero to Three Press, 2005) peut être trouvée et téléchargée sur le site Web (cliquer sur l'image).

l'enfant, lisible à travers l'expression faciale et le toucher

- L'écart entre les paroles adressées à l'enfant, et celles adressées au clinicien concernant l'enfant.

*Idéalement, la communication entre le parent et l'enfant est :*

- Contingente : le parent répond aux signaux de l'enfant, sans être insensible ou intrusif
- Collaborative : parent et enfant participent à l'interaction et ajustent ensemble le niveau de communication
- Emotionnellement ajustée : le parent est capable d'identifier l'état émotionnel de l'enfant et de s'y ajuster de façon à apporter une réponse adaptée.

Tout cela dépend de la capacité d'empathie du donneur de soin, de sa *capacité à s'accorder à l'état émotionnel de l'enfant*. Pour cela, le parent doit réfléchir à ses propres expériences, avoir un certain accès à ses états internes et prendre conscience que son enfant est un être en construction. C'est ce qu'on appelle la *capacité réflexive* (réflexivité) ou capacité de *mentalisation*.

### **La capacité réflexive ou capacité de mentalisation**

La capacité réflexive permet de penser un comportement en lien avec un état émotionnel ou mental, ou d'avoir « la tête en tête » (Allen et al, 2008, p3). L'état émotionnel inclut les pensées, les émotions, les intentions. La mentalisation fait donc référence à « la capacité à penser au vécu et à vivre les pensées » pour soi et pour l'autre (Slade, 2005 ; p271). Fonagy et al mettent en avant une corrélation entre la capacité des parents à tenir compte de l'expérience de l'enfant et la transmission générationnelle de l'attachement (Slade et al, 2005).

Il existe un outil permettant d'évaluer la capacité réflexive : le *Parent Development Interview* ou PDI (Slade, 2005). Il évalue la capacité du parent à considérer l'expérience de l'enfant comme différente de la sienne et à prendre en compte son vécu propre. Les enfants dont le comportement est mal interprété par le parent sont plus à risque de maltraitance (Howe, 2005).

#### **Evaluer l'interaction**

- Une mère en cours de traitement pour une psychose post-partum laisse entendre que l'allaitement de son bébé se passe bien. Lorsque le bébé geint, elle le prend et le positionne de façon à ce qu'il puisse téter, sauf qu'elle ne déboutonne pas sa chemise. La mère ne constate pas que le bébé essaye de téter, en vain, jusqu'à ce qu'il pleure bruyamment. Il a fallu l'intervention du clinicien, pour qu'elle déboutonne sa chemise.
- Un garçon de 2 ans tombe de la chaise durant l'évaluation et cogne sa tête. A noter que sa mère le décrit beaucoup comme un garçon indépendant. Plutôt que de pleurer, ou d'aller vers sa mère pour du réconfort, le garçon se met à regarder par la fenêtre. L'absence de signe de détresse ou de recherche de réconfort est frappante.
- Un garçon de 5 ans est amené en consultation par sa mère sur les conseils de l'enseignante suite à difficulté pour faire les activités à l'école. Ce garçon est souvent silencieux, solitaire et refuse les invitations à jouer de ses camarades. La mère n'explique pas pourquoi son fils agit comme cela. Lors de la seconde consultation, le psychologue tend des jouets au garçon et l'invite à jouer. Ce qui ressort de cette proposition c'est que le garçon n'a pu jouer qu'en présence de sa mère et de ses instructions. Il changeait de jeu seulement lorsque sa mère lui donnait l'autorisation. Un entretien plus poussé a permis de comprendre qu'il n'était pas autorisé à faire autre chose que ce qui était prévu par sa mère.

Une évaluation globale nécessite une connaissance des différentes étapes développementales et une observation des relations donneur de soins /enfant. Elle s'appuie sur :

- L'entretien clinique
- L'observation de l'interaction et de la relation parent-enfant
- L'évaluation développementale de l'enfant

### Evaluation semi-structurée autour du jeu

Certains services utilisent une évaluation structurée ou semi-structurée pour évaluer la relation parent-enfant. Le *Modified Crowell Procedure* (Crowell & Feldman, 1988), conçu pour des enfants de 12 à 60 mois, prend 30 à 45 minutes. Le parent est sollicité pour faire certaines activités avec son enfant. Il doit par exemple jouer comme ils joueraient à la maison (jeu libre), se laisser guider par le jeu de l'enfant, demander à l'enfant de ranger, faire un jeu de bulles, une série de puzzle et de résolution d'énigmes, et être confronté à une épreuve de séparation avec retrouvailles. A la fin, le donneur de soins doit informer si cette séance a été le reflet de ce qui pourrait se passer la maison. Le but de cette évaluation est d'observer le donneur de soins et l'enfant interagir lors de tâches différentes afin d'identifier les forces et faiblesses de cette interaction. L'évaluation se centre sur la résolution de l'énigme, le jeu, le partage de plaisir et sur l'évaluation informelle de l'attachement. Cela donne l'occasion d'observer la détermination de l'enfant, son appui sur le donneur de soins, ses capacités, sa motivation à demander de l'aide, son profil psychomoteur, sa motricité fine et globale, le degré de plaisir, l'aisance et le plaisir à être en lien. Seront observés la qualité et la nature du comportement et de l'interaction de chaque participant ainsi que les transitions entre les tâches (est-ce que l'enfant passe difficilement d'une tâche à l'autre ? est-il attentif ? coopère-t-il lors du rangement ? comment les parents communiquent avec l'enfant ?). L'observation de l'enfant pendant les périodes de transition et de séparation-retrouvaille permet d'analyser sa réponse au stress. Des informations plus détaillées sur l'utilisation de cet outil se trouvent dans (Aspland & Gardener, 2003, Crowell 2003 ; Crowell & Feldman, 1988 ; Miron et al, 2009).

## EVALUATION DU DEVELOPPEMENT

Une évaluation du développement peut faire partie de l'intervention thérapeutique. Plusieurs types d'évaluation peuvent être proposés en fonction du but, des besoins et attentes des familles, du clinicien. L'implication des parents au long de l'évaluation leur permet d'être renseigné sur les capacités de l'enfant et ses besoins, et permet au clinicien d'observer comment les parents utilisent ces informations. L'indication d'évaluation se fait devant une histoire ou une observation clinique problématique, ou suite à la réalisation d'échelles, comme le *Ages and Stages Questionnaire*, cité ci-dessus.

### Réaliser une évaluation du développement

#### Principes généraux

- Lors de toute évaluation, il est souhaitable de commencer par demander aux parents quelles informations ils souhaitent avoir. Cela suggère qu'il y a un bénéfice pour l'enfant et sa famille et permet d'avoir une alliance thérapeutique. Le fait de respecter les attentes et le rythme des parents n'exclut pas la possibilité de discuter des difficultés dans un second temps
- Fournir un cadre sécurisant et confortable pour l'enfant
- Evaluer le niveau de fonctionnement de l'enfant
- Inclure le ou les parents lors de l'évaluation (dans la pièce, ou derrière une glace sans teint)
- Avoir en tête les différences culturelles et les respecter

Les parents s'inquiètent souvent lorsque les enfants présentent un retard de développement ou un comportement pouvant faire penser à l'autisme. Le clinicien doit savoir repérer les signes cliniques précoces de l'autisme ; les enfants dont le trouble du spectre autistique a été diagnostiqué tôt et qui ont pu bénéficier d'un programme d'intervention, ont un meilleur pronostic (Johnson et al, 2007). [The American Academy of Pediatrics](#) aide les pédiatres à dépister et à prendre en charge les troubles du spectre autistique.

#### Les 4 P

Les 4 p permettent de synthétiser les facteurs contribuant au problème :

- **Prédisposant** : ce qui a rendu la famille vulnérable
- **Précipitant** : pourquoi la famille consulte-elle maintenant ?
- **Perpétuant** : qu'est-ce qui empêche une amélioration ?
- **Protecteur** : quelles sont les ressources chez l'enfant, la famille, dans le contexte social et familial sur lesquelles il est possible de s'appuyer pour la prise en charge ?

Les échelles d'évaluation utilisées sont les suivantes :

- Le *Neonatal Behavioural Assessment Scale* NBAS (Brazelton & Nuugent, 1995). Le NBAS a été conçu pour identifier les réponses comportementales précoces des enfants face à leur environnement, avant que le comportement soit façonné par le soin parental. L'idée est que le bébé est compétent, organisé et acteur dans l'interaction avec le donneur de soins. L'évaluation tente de comprendre la dynamique interactionnelle de l'enfant.
- Le *Bayley Scales of Infant Development* BSID (Bayley, 1993). Il s'applique aux enfants de 1 à 42 mois, et s'intéresse au langage, à la résolution des problèmes, au développement moteur, à la capacité attentionnelle, à l'engagement social, à l'affect, à l'émotion, et la qualité des mouvements ainsi que du contrôle moteur.
- Le *Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence* WPPSI (Wechsler, 2002). L'évaluation neuropsychologique peut être utile pour des enfants de 30 mois et plus. Cet outil évalue la compréhension verbale de l'enfant, la perception, l'organisation, et la vitesse de traitement ; donnant ainsi un indice sur l'intelligence de l'enfant.
- Le *Vineland Adaptive Behavior Scale* (Sparrow et al, 1984). Il s'agit d'un questionnaire destiné aux parents permettant d'évaluer le fonctionnement socio-adaptatif de l'enfant en examinant spécifiquement les domaines de la socialisation, de la communication, des aptitudes de la vie quotidienne et de la motricité.

### FORMULATION

Le but de l'évaluation est de comprendre pourquoi cette famille présente ce problème à l'heure actuelle, et quels sont les obstacles les empêchant de résoudre leurs difficultés sans l'aide d'un professionnel. Cette information constitue la base de la formulation. La formulation est un énoncé qui permet une compréhension intégrative du problème et des facteurs qui contribuent à sa présentation. Elle inclut essentiellement les facteurs biopsychosociaux. Un autre moyen de parvenir à une formulation est de rassembler les données sous forme de « 4P ».

Idéalement, lors de l'évaluation, la famille et le clinicien finissent par partager une explication sur la nature et les raisons des difficultés et la façon d'y résoudre. Pour développer un plan d'intervention et anticiper le pronostic, le clinicien doit identifier les facteurs protecteurs et les ressources.

#### Le rôle du diagnostic

Poser un diagnostic contribue à une meilleure formulation, en permettant par exemple de choisir un traitement approprié, ou en facilitant la communication entre les différents professionnels. Dans ce contexte, des efforts de classification diagnostic pour bébés, tout petits et enfants d'âge préscolaire. Les classifications existantes sont *Diagnostic Classification of Mental Disorders of Infancy and Early Childhood* (DC : 0-3R) (Zero à Trois ans, 2005) et le *Research Diagnostic Criteria-Preschool Age*.

#### Les symptômes alarmant chez l'enfant

- Colères fréquentes
- Sagesse et docilité excessives
- Inversion des rôles :
  - Controlling and punitive
  - Compulsive caregiving
- Gestes d'auto-apaisement, masturbation
- Gestes auto-agressifs, cognements de tête
- Comportement régressif persistant, perte de propreté, attitude « collante »
- Précocité, maturité excessive (petit adulte)

Les présentations des tout-petits et des enfants d'âge préscolaire sont discutées plus en détail par Luby (2006) et Banaschewski (2010).

**Table A.4.2 Indicateurs de risque physique, psychologique, développemental pour l'enfant.**

Chez l'enfant	Chez les parents	Dans le contexte
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Retard de croissance</li> <li>• Retard de développement psychomoteur</li> <li>• Hypervigilance</li> <li>• Excessivement sage ou replié</li> <li>• Traces d'agression</li> <li>• Besoins essentiels non satisfaits</li> <li>• Inversion des rôles ou parentification (rôle de parent donné à) de l'enfant</li> <li>• Problème de régulation émotionnelle</li> <li>• Hématomes ou blessure d'origine inconnue</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Incapacité à reconnaître ou prioriser les besoins de l'enfant</li> <li>• Pathologie psychiatrique ou abus de substance non traité</li> <li>• Manque de clairvoyance et d'investissement dans les services de santé</li> <li>• Délire incluant l'enfant</li> <li>• Insensibilité aux signaux de l'enfant et à ses besoins (psychiquement indisponible)</li> <li>• Idées auto-agressives ou peur de faire du mal à l'enfant</li> <li>• Peur de l'enfant, ignore ses pleurs</li> <li>• Comportement effrayant ou imprévisible, portage brutal</li> <li>• Attributions hostile ou négative</li> <li>• Exigences développementales inadaptées</li> <li>• Manque de compétences parentales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Absence d'adulte protecteur</li> <li>• Isolement culturel ou social</li> <li>• Peu de soutien social</li> <li>• Violence familiale</li> <li>• Risques sociaux multiples (absence de domicile, itinérance)</li> <li>• Stress chronique</li> </ul>

## EVALUATION DU RISQUE DANS L'ENFANCE ET LA PETITE ENFANCE

L'évaluation de l'enfant comprend, de façon implicite et parfois explicite, une évaluation du risque. Dans la plupart des pays, les professionnels de santé sont sous l'obligation légale de signaler une situation d'enfant à risque. Comme toutes les autres évaluations, l'évaluation du risque nécessite une histoire clinique détaillée, une observation des relations, et des informations provenant de sources différentes. Le risque survient lorsque les ressources du donneur de soins sont dépassées, et doit se situer au niveau de la relation. Les enfants peuvent présenter un risque développemental ou physique en cas de pathologie médicale ou d'une prématurité, mais le pronostic psychologique de l'enfant va dépendre principalement de la relation de soins et du contexte social.

Il existe plusieurs types et degrés de risques, qui vont de la pathologie somatique aux situations d'abus et de négligence. Parmi ces risques, il y a la prématurité, les pathologies somatiques, le tempérament de l'enfant, les troubles de l'attachement, les pathologies mentales parentales, l'exposition à la violence, le statut socioéconomique, la pauvreté, et le jeune âge des parents (Zeanah et al, 1997).

Il s'agit ici de se focaliser sur l'évaluation du risque pour l'enfant au sein de

Les parents de Rajini ont tous deux consommé de l'alcool et des toxiques après sa naissance et probablement durant la grossesse. Rajini a souffert de négligences et d'abus et a été témoin de violence conjugale. Elle a été retirée de la garde de ses parents à l'âge de 11 mois à la suite d'une fracture de la jambe sans cause médicale retrouvée. Elle avait un léger retard psychomoteur et une petite taille par rapport à son âge. Un placement chez un membre de la famille qui s'est bien occupé d'elle, a permis une amélioration du développement psychomoteur et staturo-pondéral.

A l'âge de 2 ans et demi, son donneur de soins a développé un cancer et Rajni est retournée vivre chez ses parents, l'exposant à nouveau à de la négligence et de la violence. Elle a été placée au sein d'une famille d'accueil à l'âge de 3 ans et demi, et a développé des problèmes de comportement de type crise de colère, coups sur la tête et grattage. Par ailleurs, elle volait et stockait les aliments pour les pauvres, s'attachait aux étrangers, grimpa sur leurs genoux, leur tenait la main, et avait des moments d'absence en cas de réprimande, de bruit intense, de conflit bruyant.

Les difficultés de Rajni peuvent se comprendre comme des stratégies de survie développées en réponse aux maltraitances précoces. L'adaptation à un environnement protecteur et aimant a permis un amendement de son comportement, mais il persiste une hypersensibilité au bruit ainsi que des troubles du sommeil, d'alimentation et de régulation émotionnelle.

sa relation avec le donneur de soins. Quand l'un ou l'autre des parents souffre d'une pathologie psychiatrique, d'un abus de substances, ou que la situation familiale est précaire, il est nécessaire d'évaluer le risque auto ou hétéro-agressif du donneur de soins. Quand le donneur de soins présente un risque, l'enfant est indirectement exposé à un risque du fait de sa relation avec ce dernier. Ainsi, la situation de violence conjugale, même en l'absence de violence envers l'enfant expose l'enfant à un risque développemental majeur. L'accumulation des différents facteurs de risque doit aussi être évaluée (Appleyard et al, 2005).

### Les types de risque

Globalement, un risque se définit comme la probabilité qu'un événement entraînant bénéfices et pertes, se produise. Dans ce contexte, l'évaluation du risque s'imprègne de jugements culturels et moraux. Le degré d'incertitude lors de la prédiction du risque pour l'enfant n'est pas négligeable et n'est pas sans générer une certaine angoisse chez le clinicien.

Dans ce contexte, nous relevons différents types de risque :

- Le risque de danger immédiat, physique ou émotionnel
- Le risque entravant le développement de l'enfant. Il se base sur les expériences précoces, les facteurs génétiques, in utero, et physiques.
- Le risque indirect dans des situations de séparation répétées en cas d'hospitalisation d'un parent souffrant d'une maladie organique ou psychiatrique ; ou en cas de pathologie mentale parentale.
- Le risque cumulatif qui existe quand un enfant et sa famille sont exposés à de multiples risques. Par exemple un enfant prématuré dont la mère souffre d'addiction, qui ne possède pas de soutien familial est plus à risque qu'un enfant prématuré dont les parents disposent d'un soutien financier et pratique.

Les risques les plus élevés sont ceux qui perdurent dans le temps :

- Négligence chronique
- Instabilité chronique dans le contexte familial et sociale

### Risques

- Les risques peuvent être identifiés au sein de l'individu, de la relation de soins et du contexte social
- L'évaluation consiste à peser les facteurs de risque et de protection
- Le plus grand impact sur le développement provient des risques cumulatifs, en particulier ceux qui opèrent à long terme
- L'évaluation des risques exige l'historique, l'observation des interactions et l'information provenant de diverses sources

- Exposition aux troubles de personnalité du parent ou à un dysfonctionnement ou une pathologie psychiatrique
- Hostilité envers l'enfant

### Les conséquences de la maltraitance

Les enfants victime d'abus ou de négligence gardent des séquelles physiques, émotionnelles, et comportementales, qui compliquent leur prise en charge. Par exemple un enfant traumatisé peut continuer longtemps à avoir un comportement évitant ou perturbateur même après avoir été placé dans un environnement sain et sécurisé. Ces situations d'abus et de négligence peuvent avoir un impact à long terme sur la compréhension des émotions de l'enfant et de ses relations. Un enfant qui garde des séquelles cérébrales après un trauma crânien peut avoir des symptômes physiques et émotionnels, rendant difficile le soin. Cela représente un défi pour les parents (famille d'accueil, parents adoptifs) qu'ils n'ont pas anticipé et qui les pousse à être plus persévérants et patients qu'avec un enfant lambda.

Les enfants issus de situations à risque élevé sont plus à même de développer un attachement insécurisé ou désorganisé avec leur donneur de soins. Il a été mis en évidence que les difficultés émotionnelles et comportementales dans l'enfance, l'adolescence et à l'âge adulte sont corrélées à un attachement désorganisé dans l'enfance. Si un enfant ne présente pas de risque sur le plan physique, cela n'empêche pas qu'un environnement instable, imprévisible ou négligent représente une menace pour son développement. Or, ces situations sont plus difficiles à détecter. Malheureusement, la plupart des enfants avec un risque élevé souffrent à la fois d'abus mais également de négligence.

## L'ÉDUCATION PARENTALE ET LES COMPÉTENCES PARENTALES

Plusieurs définitions de la compétence parentale ont vu le jour (Jones, 2001 ; Reder et al, 2003). Les éléments-clés définis par Hogue (1997) sont :

- *Soin* : répondre aux besoins physiques, émotionnels, sociaux, de l'enfant et le protéger des accidents, abus, et souffrance
- *Contrôle* : instaurer et renforcer des limites adaptées
- *Développement* : soutenir les compétences de l'enfant dans différents domaines.

Un bon parent nécessite ainsi un savoir, de la motivation, des ressources, et des opportunités.

### La compétence parentale

La compétence parentale peut être décrite comme la capacité à reconnaître et à répondre aux besoins physiques, émotionnels, sociaux variables de l'enfant de manière appropriée et accepter cette responsabilité. Elle dépend de :

- *Facteurs parentaux*, du modèle parental interne, de leur compréhension du rôle de parent et de leur capacité à reconnaître les besoins de l'enfant
- *Facteurs liés à l'enfant* (et à la relation parent-enfant)
- *Les sources de stress et soutien* (Reder et al, 2003).

### Risque dans l'enfance

- Il existe trois degrés de risque
- Les risques peuvent être cumulatifs : il n'y a pas de corrélation linéaire entre le pronostic sur le plan développemental et le type de risque par contre il existe une corrélation linéaire entre le pronostic développemental et le nombre de facteurs de risques
- Le risque peut être direct ou indirect
- Le risque peut être immédiat lorsqu'il engage la sécurité de l'enfant, ou à long terme lorsqu'il a un impact sur le développement

Il est question de tenir compte du poids relatif de chaque facteur dans l'évaluation du risque pour l'enfant. Dans leur conception de la compétence parentale, Donald et Jureidini (2004) mettent l'accent sur l'empathie potentielle des parents et l'adéquation de la relation parent-enfant (p7). Ainsi, pour eux, les facteurs liés à l'enfant ou au contexte social sont au second plan, et agissent indirectement par leur effet sur les compétences parentales. Si leur approche n'est pas testée en pratique, elle a l'avantage de permettre au clinicien de se focaliser sur la qualité de la relation et le potentiel des parents. Farnfield (2008) propose un modèle théorique pour l'évaluation de la compétence parentale identifiant sept dimensions clés et un certain nombre de variables. Ce modèle s'appuie sur les théories attachementnistes et systémiques et fait de l'histoire parentale une dimension centrale.

### La capacité de changement

Evaluer la capacité de changement des parents dans des situations à haut risque pour l'enfant, ou des situations d'abus ou de négligence avérées, est une tâche difficile.

Prenons l'exemple d'une mère adolescente en difficulté pour aider son enfant à avoir des rythmes de sommeil, d'alimentation, de réveil, et de jeux, ce qui entraîne une stagnation de son poids et une agitation psychomotrice. Cette mère n'est pas suffisamment renseignée sur le développement de l'enfant mais dispose de motivation et de ressources pour répondre aux besoins de son enfant. Dans ce cas, l'étayage et l'éducation parentale peut réduire le risque pour l'enfant, et l'aider à reprendre un développement normal. En l'absence de motivation du parent, cette prise en charge n'est pas suffisante pour protéger l'enfant des conséquences de la négligence.

Il est démontré que 25 à 50 % des familles du Royaume-Uni réitèrent les abus dès restitution de l'enfant après une période de placement (Reder, 2003). Les parents victimes de maltraitance dans le passé, sont en difficulté pour prendre soin d'un enfant et le protéger. Ces difficultés font obstacle à l'éducation parentale et empêchent l'accès et l'appui aux services de santé et d'aide aux familles.

Les inquiétudes concernant un danger imminent ou à long terme pour l'enfant doivent être abordées ouvertement avec les caregivers et signalées aux services de protection de l'enfance. S'ensuivent alors des mesures garantissant la protection, la sécurité de l'enfant et le bien-être de la famille. Un réseau de soutien des familles vulnérables, pouvant évaluer les capacités parentales, l'éducation parentale, l'accès aux soins, et la protection de l'enfant est indispensable dans ces situations.

## CONCLUSION

L'évaluation des familles avec bébés et jeunes enfants a lieu dans bien des contextes différents pour des raisons diverses. Cependant, une évaluation complète quelle qu'elle soit doit toujours prendre en compte les aspects relationnels et développementaux, les vulnérabilités et les ressources chez le parent et l'enfant, ainsi que les facteurs biopsychosociaux pouvant aider ou entraver les familles.

Il faut également avoir en tête qu'une alliance thérapeutique facilite la prise en charge et les propositions thérapeutiques. Les inquiétudes concernant un danger imminent ou à long terme pour l'enfant doivent être abordées ouvertement

### Les facteurs qui favorisent la résilience chez l'enfant (Ferguson & Horwood, 2003 ; Sameroff et al, 2003)

- Un parent ou un adulte proche avec un fonctionnement sain
- L'existence d'un soutien social
- L'intervention d'un professionnel quand cela est indiqué
- Des relations et des activités constantes et continues
- La présence d'un talent

avec les donneurs de soins et signalées aux services de protection de l'enfance. S'ensuivent alors des mesures garantissant la protection et la sécurité de l'enfant, et le bien-être de la famille.

Toute évaluation de l'enfant doit prendre en considération le risque. Le risque chez le bébé et l'enfant, est une notion complexe et multifactorielle. Il englobe le risque de danger immédiat, les facteurs de risques individuels et cumulés, et le risque développemental lié aux antécédents de maltraitance précoce. Le risque est toujours à replacer dans le contexte de relation de soins entre l'enfant et ses parents, étant donné la grande dépendance de l'enfant vis-à-vis de ses parents. Dans ce contexte, les menaces pesant sur le bien-être et la sécurité des parents pèsent également sur l'enfant.

Le risque s'agrandit lorsque les compétences parentales ne permettent pas de subvenir aux besoins de l'enfant. Cet écart entre les besoins de l'enfant et les réponses de l'adulte, peut s'expliquer par l'existence de facteurs liés à l'enfant, liés au système de soins (parents), ou liés au contexte social, ou encore les trois à la fois.

Les situations dangereuses, à risque élevé, sont anxiogènes pour tous, surtout si elles nécessitent un retrait de l'enfant de sa famille. L'évaluation du risque s'appuie sur une évaluation clinique globale, retraçant l'histoire familiale, se basant sur les observations des interactions parents-enfants, et les informations venant corroborer ces observations. Cela garantit que les décisions reposent sur des informations fondées, provenant de différentes sources, et se font dans l'intérêt de l'enfant.

**Ressources additionnelles :**

- Fernyhough C (2008). *The Baby in the Mirror: A Child's World from Birth to Three*. London: Granta Books.
- Lieberman AF (1993). *The Emotional Life of the Toddler*. New York: Free Press.
- [Mares S, Newman L and Warren B \(2011\). \*Clinical Skills in Infant Mental Health: The First Three Years \(2nd ed\)\*. Melbourne: ACER Press.](#)
- [World Association for Infant Mental Health](#)
- Zeanah CH (ed) (2009). *Handbook of Infant Mental Health (3rd ed)*. Section III Assessment, Chapters 14–16 (pp231–280). New York: Guilford Press.

## REFERENCES

- Achenbach TM, Rescorla LA (2000). *Manual for the ASEBA Preschool Forms & Profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth & Families.
- Abidin RR 1995. *Parenting Stress Index, Third Edition: Professional Manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources, Inc.
- Ainsworth MD, Blehar MC, Waters E et al (1978). *Patterns of Attachment: A Psychological Study of the Strange Situation*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Allen JG, Fonagy P, Bateman AW (2008). *Mentalizing in Clinical Practice*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association (2000). DSM-IV TR. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Appleyard K, Egeland B, van Dulmen MHM et al (2005). When more is not better: the role of cumulative risk in child behavior outcomes. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46:235–245.
- Aspland H, Gardener F (2003). observational measures of parent child interaction: an introductory review. *Child and Adolescent Mental Health*; 8:136-143.
- Banaschewski T (2010). Preschool behaviour problems-overpathologised or underidentified. A developmental psychopathology perspective is needed. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51:1-2.
- Bayley N (1993). *Bayley Scales of Infant Development (2nd ed)*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Boris NW, Zeanah CH & the Work Group on Quality Issues (2005). Practice parameter for the assessment of children and adolescents with reactive attachment disorder of infancy and early childhood. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 44:1206-1219.
- Brazelton TB, Nugent JK (1995). *Neonatal Behavioural Assessment Scale (3rd ed)*. London: Mac Keith Press.
- Chaffin M, Hanson R, Saunders B et al (2006). Report of the APSAC task force on attachment therapy, reactive attachment disorder, and attachment problems. *Child Maltreatment*, 11:76–89.
- Crittenden PM, Claussen AH, Kozłowska K (2007). Choosing a valid assessment of attachment for clinical use: A comparative study. *Australian New Zealand Journal of Family Therapy*, 28:78-87.
- Crowell JA, Feldman SS (1988). Mothers' internal models of relationships and children's behavioral and developmental status: A study of mother-child interaction. *Child Development*, 59:1273-1285,
- Crowell JA (2003). Assessment of attachment security in a clinical setting: Observations of parents and children. *Developmental and Behavioural Pediatrics*, 24:199-204.
- Donald T, Jureidini J (2004). Parenting capacity. *Child Abuse Review*, 13:5–17.
- Egeland B, Bosquet M, Chung AL (2002). Continuities and discontinuities in the intergenerational transmission of child maltreatment: Implications for breaking the cycle of abuse. In K Brown, H Hanks, P Stratton & C Hamilton (eds), *Early Prediction and Prevention of Child Abuse: A Handbook*. New York: Wiley and Sons, pp217–232.
- Egger H L, Angold A (2004). The Preschool Age Psychiatric Assessment (PAPA): a structured parent interview for diagnosing psychiatric disorders in preschool children. In: R DelCarmen-Wiggins & A Carter (Eds.), *Handbook of Infant, Toddler and Preschool Mental Health Assessment*. New York: Oxford University Press, pp223-243.
- Farnfield S (2008). A theoretical model for the comprehensive assessment of parenting. *British Journal of Social Work*, 38:1076-1099.
- Ferguson DW, Horwood LJ (2003). Resilience to childhood adversity: Results of a 21-year study. In SS Luthar (Ed.), *Resilience and Vulnerability: Adaptation in the Context of Childhood Adversities*. Cambridge: Cambridge University Press, pp130–155.
- Fonagy P, Steele M, Moran G et al (1991). The capacity for understanding mental states: The reflective self in parent and child and its significance for security of attachment. *Infant Mental Health Journal*, 13:200–216.
- Goodman R (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38:581-586.
- Hoghugh M (1997). Parenting at the margins: Some consequences of inequality. In KN Dwivedi (Ed), *Enhancing Parenting Skills: A Guide Book for Professionals Working with Parents*. Chichester: Wiley, pp 21–41.
- Howe D (2005). *Child Abuse and Neglect: Attachment, Development and Intervention*. New York: Palgrave Macmillan.
- Ivanova MY, Achenbach TM, Rescorla LA et al (2010). Preschool psychopathology reported by parents in 23 societies: Testing the seven-syndrome model of the child behavior checklist for ages 1.5-5. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 49:1215-1224.
- Johnson CP, Myers SM, American Academy of Pediatrics Council on Children with Disabilities (2007). Identification and evaluation of children with autism spectrum disorders. *Pediatrics*, 120:1183-215.
- Jones D (2001). The assessment of parental capacity. In J Horwath (Ed.), *The Child's World: Assessing Children in Need*. London: Jessica Kingsley, pp 255–272.
- Kowalenko N, Mares S, Newman et al (in press). Family matters: infants, toddlers and pre-schoolers of parents affected by mental illness. *Medical Journal of Australia*.

- Luby J (ed) (2006). *Handbook of Preschool Mental Health: Development Disorders and Treatment*. New York: The Guildford Press.
- Lyons-Ruth K, Yellin C, Helnick S et al (2005). Expanding the concept of unresolved mental states: Hostile/helpless states of mind on the Adult Attachment Interview are associated with disrupted mother-infant communication and infant disorganization. *Developmental Psychopathology*, 17:1-23.
- Miron D, Lewis ML, Zeanah CH (2009). Clinical Use of Observational Procedures in Early Childhood Relationship Assessment. In Zeanah CH (Ed) *Handbook of Infant Mental Health, 3<sup>rd</sup> ed.* New York: Guildford Press, pp252-265
- Newman L, Mares S (2007). Recent advances in the theories of and interventions with attachment disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 20:343-348.
- Reder P, Duncan S, Lucey C (2003). What principles guide parenting assessments? In P Reder, S Duncan & C Lucey (Eds.), *Studies in the Assessment of Parenting*. New York: Brunner-Routledge, pp3–26.
- Rescorla LA, Achenbach TN, Ivanova MY et al (2011). International comparisons of behavioral and emotional problems in preschool children: parents' reports from 24 societies. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 40:456-467.
- Sameroff AJ, Fiese BH (2000). Models of development and developmental risk. In CH Zeanah (Ed.), *Handbook of Infant Mental Health (2nd ed)*. New York: Guilford Press, pp3-19.
- Sameroff A, Gutman LM, Peck SC (2003). Adaptation among youth facing multiple risks: Prospective research findings. In SS Luthar (ed), *Resilience and Vulnerability: Adaptation in the Context of Childhood Adversities*. Cambridge: Cambridge University Press, pp364–391.
- Sameroff A, MacKenzie M (2003). Research strategies for capturing transactional models of development: The limits of the possible. *Development and Psychopathology*;15:613–640.
- Slade A (2005). Parental reflective functioning: An introduction. *Attachment and Human Development*, 7:269–281.
- Slade A, Greinenberger J, Bernbach E et al (2005). Maternal reflective functioning, attachment and the transmission gap: A preliminary study. *Attachment and Human Development*, 7:283–298.
- Sparrow SS, Balla D, Cicchetti D (1984). *Vineland Adaptive Behavior Scales*. Circle Pines: American Guidance Service.
- Squires J, Bricker D, Twombly E (2003). *Ages and Stages Questionnaire: Social-Emotional (ASQ-SE)*. Paul H Brookes Publishing Co.
- Squires J, Bricker D (1999). *Ages and Stages Questionnaire (ASQ-3)*. Paul H Brookes Publishing Co.
- Sroufe LA, Egeland B, Carlson EA et al (2005). *The Development of the Person: The Minnesota Study of Risk and Adaptation from Birth to Adulthood*. New York : The Guildford Press.
- Task Force on Research Diagnostic Criteria: Infancy and Preschool (2003). Research diagnostic criteria for infants and preschool children: the process and empirical support. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42:1504-1512.
- Wechsler D (2002). *WPPSI-III Administration and Scoring Manual*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Winnicott D W (1987). The ordinary devoted mother. In C Winnicott, R Shepherd, M Davis (eds.), *Babies and their Mothers*, Reading, MA: Addison-Wesley, pp3–14.
- Zeanah CH, Boris NW, Larrieu JA (1997). Infant development and developmental risk: A review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36:165–178.
- Zeanah CH, Berlin LJ, Boris NW (2011). Practitioner review: Clinical applications of attachment theory and research for infants and young children. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52:819-833.
- Zero to Three (2005). *DC: 0–3R: Diagnostic Classification of Mental Health Disorders of Infancy and Early Childhood* (Revised ed). Washington, DC: Zero to Three.