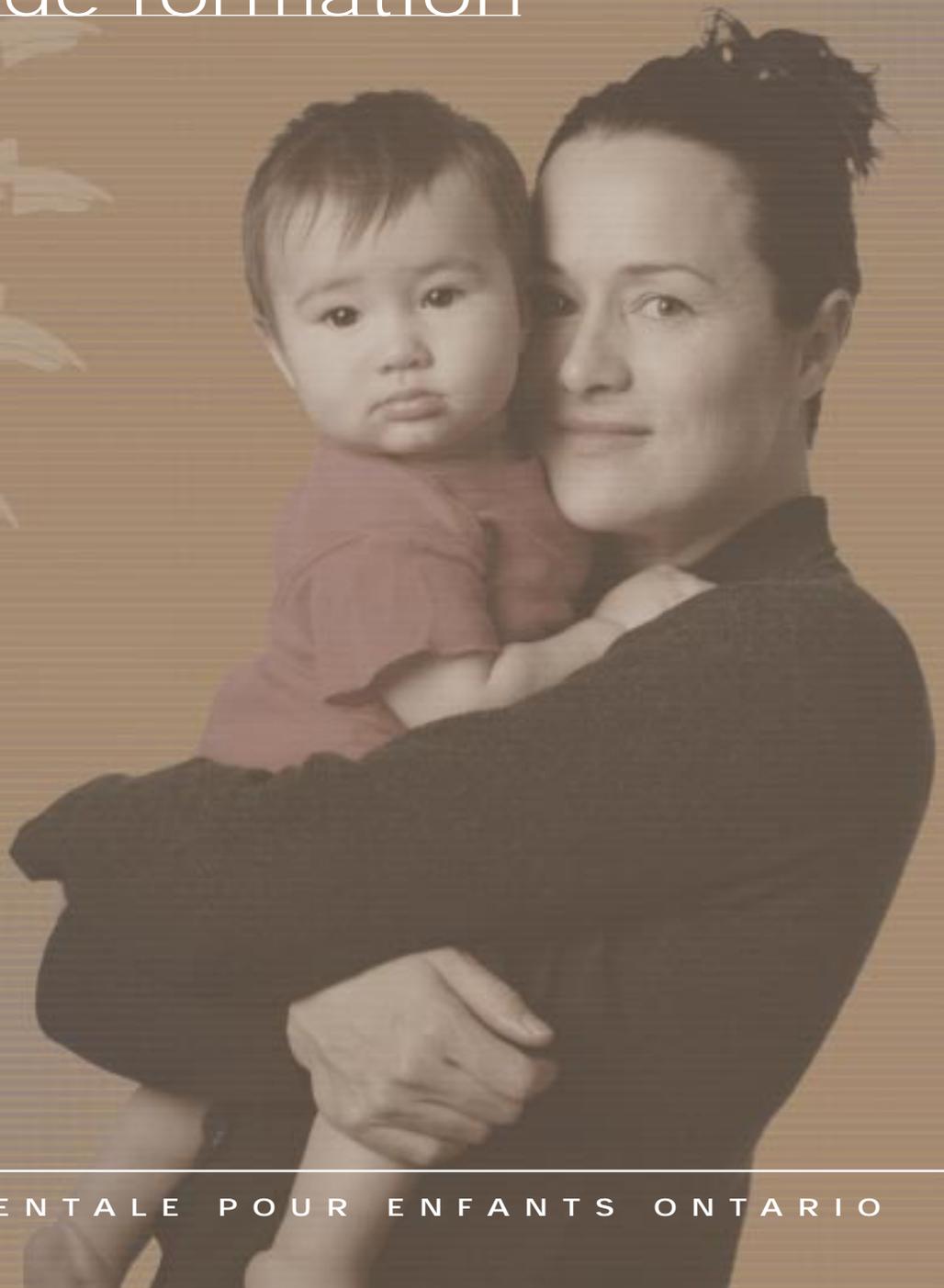




Santé mentale durant la petite enfance

Guide de formation



Santé mentale durant la petite enfance

Guide de formation

Connaissance de la petite enfance
Ressources créées par Invest in Kids avec la participation de la
Invest in Kids Foundation, du Hincks-Dellcrest Centre, et de The
Crèche Child and Family Centre.

REMERCIEMENTS

Un projet pluridisciplinaire comme le présent projet a nécessité à la fois de nombreuses communications, des séances de remue-méninges énergiques, une collaboration poussée et un engagement envers les objectifs. Les quatre partenaires étaient: Santé Mentale pour Enfants Ontario, le Hincks-Dellcrest Centre, Invest in Kids et The Crèche Child and Family Centre. L'expertise de chaque partenaire a été mise en commun et a permis de créer un document extrêmement valable.

Nous tenons en particulier à saluer la contribution des personnes suivantes. Greg Lubimiv, directeur général du Phoenix Centre, qui a co-dirigé tout le processus en faisant preuve d'humour, de créativité et de calme. La D^{re} Freda Martin a coordonné le personnel et offert un soutien à ce dernier qui a réalisé des vidéos de formation valables et des feuilles d'information sur les systèmes familiaux et la psychopathologie. Denise Martyn, du Toronto Growing Together Project, a été une source d'inspiration continue et a offert son aide dans des domaines clés comme le guide de formation. Elle a également été un membre indispensable de l'équipe de formation. Theo Lax et Angela Robertson de The Crèche Child and Family Centre, de même que leur partenaire, Rita Barron, du collège George Brown, ont organisé non seulement l'atelier, mais ont élaboré également la partie intitulée Effective Consultation to Childcare Centres and Schools (consultations efficaces pour les garderies et les écoles) du Guide de formation. La D^{re} Chaya Kulkarni et Nadia Hall d'Invest in Kids ont conçu et mis en œuvre le programme de formation et élaboré le Guide de formation. Comme toujours, Patti Quagliarini a su rendre le matériel de référence attirant, grâce à son esprit de créativité.

Ce projet a été financé par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée.

SANTÉ MENTALE POUR ENFANTS

Table des matières

1.	Développement de la petite enfance	1
2.	Attachement	9
3.	Psychopathologie de l'enfant	30
4.	Facteurs de risque et de protection	34
5.	Santé mentale des parents	43
6.	Systèmes et écosystèmes	51
7.	Diversité culturelle	57
8.	Participation des familles difficiles à joindre	65
9.	Dépistage et évaluation	74
10.	Pratiques multidisciplinaires	91
11.	Planification des interventions	98
12.	Bien-être personnel	111
13.	Consultation efficace	118

1. Développement de la petite enfance

Fiche d'information

Il existe un ensemble de connaissances qui nous permettent de mieux comprendre comment les rapports entre les expériences de la petite enfance et la santé et le bien-être la vie durant sont établis grâce au développement de la structure cérébrale au cours de la petite enfance. Les recherches prouvent que:

- des périodes sensibles existent entre la naissance et l'âge de 5 ans durant lesquelles les enfants acquièrent rapidement des capacités de base sur lesquelles reposera le développement ultérieur;
- ces périodes subissent l'influence profonde de facteurs de résilience et de vulnérabilité biologiques, environnementaux et interpersonnels, car nature-culture sont intimement liées, chacune influant sur l'autre;
- si l'on ne prévoit pas de stimulation appropriée ou de soins réceptifs et si l'on ne saisit pas l'occasion d'explorer l'environnement immédiat, il est possible que l'enfant ne développe pas les connexions et voies neurales qui facilitent l'apprentissage essentiel et qui débouchent sur l'acquisition de compétences en matière d'autorégulation;
- l'exposition aux traumatismes, à la négligence ou à un stress grave est néfaste pour le développement du cerveau et entraîne des difficultés d'apprentissage de même que des problèmes émotionnels et comportementaux.

Culture – Il faut dispenser des soins constants et réceptifs pour former les compétences sociales, émotionnelles, cognitives, et linguistiques essentielles de même que la motricité de l'enfant.

Nature – Les séquences et tendances normales en matière de développement sont prévisibles; cependant, le tempérament de l'enfant et « l'ajustement » entre le tempérament du parent et de l'enfant est également un facteur essentiel de la trajectoire au plan du développement.

Les trois fonctions de l'enfance

1. Développement émotionnel – Négociation de la transition entre l'autorégulation externe et interne

- Dès la naissance, l'enfant doit apprendre à réguler certaines fonctions physiologiques et émotionnelles.
- Pendant toute l'enfance, l'autorégulation intègre un plus grand nombre d'éléments émotionnels.
- Les émotions, le comportement et l'attention sont intimement liés; par conséquent, le succès dans un domaine peut entraîner le succès dans un autre domaine. Il en va de même des difficultés.
- La capacité de l'enfant de se réguler fait partie intégrante de ses relations avec autrui.
- Les demandes de nature émotionnelle peuvent être source de conflit et de confusion et peuvent paraître insurmontables lorsque les enfants sont élevés dans des milieux familiaux dysfonctionnels, lorsque les interactions sont forcées ou abusives, ou lorsqu'un des parents souffre de dépression ou d'autres troubles affectifs.

2. Développement cognitif – Acquisition de capacités qui sous-tendent la communication et l'apprentissage

- Les chercheurs parlent de «bébés programmés pour apprendre», ce qui oblige la société à se préparer à faire face aux compétences dont les enfants sont nantis; la réaction appropriée jette les bases de l'apprentissage et de la résolution de problèmes futurs.
- La réflexion, les interactions sociales, les rapports et les émotions convergent de façon marquée durant la deuxième année de vie.
- La qualité et la quantité de stimulation verbale et sociale qu'un enfant reçoit détermineront le processus d'apprentissage linguistique.

3. Développement social – L'apprentissage permettant d'avoir de bons rapports avec d'autres enfants et de nouer des liens

- Les compétences cognitives, linguistiques et de régulation émotionnelle d'un enfant, en pleine évolution, joueront un rôle pendant toute la période d'acquisition des compétences sociales et d'établissement de liens.
- L'attachement à des adultes compatissants durant la petite enfance et l'enfance jette les bases de rapports futurs.

- La présence de compétences permettant de nouer des rapports positifs est un prédicteur de la popularité auprès des pairs durant les années préscolaires (Sroufe, 1983, 1990).
- Les nourrissons qui montrent un attachement ambivalent peuvent devenir des tout-petits et des enfants d'âge préscolaire malheureux qui essuient des rebuffades et qui se sentent aisément frustrés (Erikson, Sroufe et Engeland, 1985; Renken et coll., 1989).
- Les enfants qui sont compétents au plan social lorsqu'ils sont des tout-petits ou des enfants d'âge préscolaire ont des parents qui aident activement leurs enfants à apprendre à jouer; les enfants qui semblent ne pas être socialement épanouis ont souvent des parents qui estiment que les compétences sociales sont du ressort du système scolaire et qui n'accordent en général que peu d'importance aux compétences sociales.

REMARQUE : Sécurité

Les blessures et non pas la maladie sont la principale cause de décès des enfants au Canada. La plupart des blessures subies durant l'enfance peuvent être prévenues grâce à des renseignements et des soins appropriés. Par ailleurs, la négligence, qui peut revêtir différentes formes, peut avoir des répercussions graves et la vie durant.

Ressources

Davies, D. (1999). *Child Development: A Practitioners Guide*. New York: The Guilford Press.

Keating, D.P. & Hertzman, C. (éd.), (1999). *Developmental Health and wealth of nations*. New York: The Guilford Press.

Shonkoff, J.P. & Phillips, D.A (éd.), (2000). *From Neurons to Neighbourhoods: The science of early childhood development*. Washington, DC: National Academy Press.

Shonkoff, J.P. & Meisels, S.J. (éd.), (2000). *Handbook of Early Childhood Intervention*. (2^e édition). Cambridge, Royaume-Uni: Cambridge University Press.

Échanges sur la recherche au Canada : À l'appui des enfants et des familles. Volume 5. (2000). Fédération canadienne des services de garde à l'enfance.

www.zerotothree.org

www.cich.ca. Site Web de l'Institut canadien de la santé infantile offrant diverses publications et ressources.

www.cfc-efc.ca/cccf. Site Web de la Fédération canadienne des services de garde à l'enfance offrant diverses ressources et publications dans le domaine du développement de la petite enfance, de l'éducation et des soins.

www.excellence-earlychildhood.ca – Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants

www.investinkids.ca

www.cmho.org

www.hincksdellcrest.org

Stratégies

Les stratégies visant à favoriser le développement émotionnel mettront l'accent sur:

- le fait que les parents reconnaissent les signaux donnés par les nourrissons et y répondent comme il se doit;
- le réconfort offert à un nourrisson perturbé;
- des routines prévisibles;
- la discussion des émotions, l'explication des expériences émotionnelles de l'enfant de même que des personnes qui les entourent;
- l'aide offerte aux enfants pour qu'ils comprennent que leurs sensations peuvent être différentes de celles des autres ou d'amis et pour leur en expliquer la raison;
- l'aide offerte aux enfants pour qu'ils trouvent les stratégies leur permettant de surmonter des émotions difficiles;
- l'occasion qui est donnée aux enfants d'explorer différentes émotions en faisant semblant de jouer, ou grâce à des marionnettes, au dessin ou à des histoires.

Les stratégies visant à favoriser le développement linguistique de l'enfant incluent ce qui suit:

- parler à l'enfant avant qu'il ne puisse lui-même parler;
- prêter attention lorsqu'un nourrisson, un tout-petit ou un enfant d'âge préscolaire parle au parent;
- suivre l'exemple de l'enfant et suivre l'évolution de ses idées et expression;
- faire preuve de patience et réaliser que trouver les bons mots et la bonne prononciation prend du temps;
- ne pas avoir peur des silences, car il se peut que l'enfant réfléchisse ou essaie de développer une compétence dans un autre domaine;
- lire aux enfants et leur expliquer ce qu'on leur a lu;
- lire une variété de textes.

Les stratégies visant à favoriser le raisonnement et la résolution de problèmes incluent ce qui suit:

- encourager la curiosité durant le jeu se produisant naturellement;
- discuter souvent avec les enfants pendant la journée;
- être prêt à interagir même lorsque l'enfant joue seul;

- savoir que le caractère, le degré de développement, les intérêts, les préférences et les humeurs influent tous sur la capacité d'apprendre de l'enfant à partir d'expériences offertes;
- penser à haute voix pour que l'enfant puisse observer les processus de raisonnement et de résolution de problèmes;
- lire et toujours lire;
- s'intégrer à la journée de l'enfant et participer à des activités que l'enfant aime.

Les stratégies visant à favoriser le développement social de l'enfant incluent ce qui suit:

- offrir des expériences sociales avec d'autres enfants;
- offrir un cadre de jeu structuré avec d'autres enfants, de façon régulière;
- offrir des expériences de jeu non structurées;
- parler des expériences de jeu avant et après les activités;
- offrir des stratégies permettant de relever les défis en matière de jeu ou d'interaction avec autrui;
- reconnaître et respecter les aptitudes sociales de l'enfant comme la timidité et l'assertivité;
- comprendre l'influence que le caractère de l'enfant exerce et déterminer comment il influence ses rapports avec autrui.

FAQ

Q: Quelles sont les conclusions clés de la recherche sur la science du développement de la petite enfance?

- R:** L'ouvrage intitulé *From Neurons to Neighbourhoods: The Science of Early Childhood Development* mentionne les conclusions suivantes fondées sur une étude minutieuse des travaux de recherche:
- Le débat traditionnel entre «nature et culture» est simpliste et scientifiquement obsolète.
 - Les expériences durant la petite enfance influent clairement sur le développement du cerveau; cependant l'accent disproportionné mis sur les années allant de la «naissance à l'âge de trois ans» commence trop tard et finit trop tôt.
 - Les programmes d'intervention précoce peuvent accroître les chances des jeunes enfants vulnérables; cependant, les programmes qui marchent sont rarement simples, peu coûteux ou faciles à mettre en œuvre.
 - Savoir ce que les jeunes enfants *ressentent* est tout aussi important que savoir ce qu'ils *pensent*, en particulier en ce qui a trait à la préparation à la scolarité.
 - Un développement sain de la petite enfance est fonction du soutien moral et de rapports fiables.
 - La culture influe sur tous les aspects du développement de la petite enfance par le biais des croyances et pratiques d'éducation des enfants.
 - Des preuves scientifiques importantes montrent qu'une mauvaise alimentation, des infections précises, des neurotoxines environnementales, l'exposition aux médicaments et le stress chronique peuvent nuire au développement du cerveau.
 - Les problèmes importants de santé mentale des parents (en particulier la dépression chez la mère), l'abus d'intoxicants et la violence familiale alourdissent le fardeau des jeunes enfants au plan de leur développement (Shonkoff & Phillips, *Zero to Three*, avril-mai 2001).

Q: Que signifie le terme d'enrobage biologique du point de vue de la santé mentale des enfants?

- R:** La conséquence réelle est que les professionnels doivent intervenir auprès de l'enfant dès son plus tendre âge afin de prévenir toute emprise d'une adaptation neurologique négative.

Réflexion guidée

- Dans quelle mesure votre pratique sera-t-elle influencée par les nouvelles connaissances disponibles?
- À votre avis, quels sont les renseignements qu'il faudrait partager avec les parents?

2. Attachement

Fiche d'information

CE QU'ON ENTEND PAR «ATTACHEMENT»

Le concept de l'attachement concerne le processus par lequel les nourrissons et les jeunes enfants acquièrent un sentiment de sécurité avec la conviction que leurs parents sont à la fois capables et désireux de les protéger.

- La théorie de l'attachement s'appuie sur la recherche inductive.
- La théorie de l'attachement touche le développement social, affectif et intellectuel.
- Un attachement peut durer toute une vie.
- Un attachement évolue au fil du temps et finit souvent par changer.
- L'influence de Bowlby, Ainsworth et Main est forte dans la théorie de l'attachement.

En faisant appel à une mise en situation d'étrangeté, Ainsworth (1973) a reconnu les comportements relatifs à l'attachement. On reconnaît deux formes d'attachement:

- Attachement sûr: un enfant qui jouit d'un attachement sûr sait qu'il peut compter sur son parent pour le protéger en cas de détresse. Inspiré d'une telle confiance, l'enfant se sent en mesure d'explorer le monde et de forger des liens fiables avec autrui.
- Attachement critique: un enfant dont l'attachement n'est pas sûr n'a pas confiance que son parent le protégera et le réconfortera quand il se sent en détresse (quoique le parent puisse être présent et affectueux en d'autres circonstances). Un tel enfant ne sent pas qu'il peut se fier à ses parents et doit donc élaborer d'autres stratégies pour éprouver le réconfort dont il peut avoir besoin à l'occasion.

L'attachement critique peut prendre trois formes distinctes:

1. Attachement critique avec évitement

- Les enfants témoignant d'un attachement caractérisé par un comportement d'évitement manifestent:
 - un comportement sans attachement marqué quand on les sépare de leur mère;

- aucun signe de détresse dans une situation où une telle réaction serait attendue;
 - aucune émotion;
 - un sens d'autonomie et un comportement d'évitement pour se protéger de tout rejet, comme stratégie pour ne pas s'éloigner de leur mère.
- La mère d'un enfant faisant preuve d'un attachement critique avec évitement:
 - néglige souvent l'enfant ou le rejette;
 - parle de son enfant de façon négative;
 - semble souvent être en colère contre son enfant.
- Dans sa recherche sur les conséquences de l'attachement à longue échéance, Sroufe (1990) a constaté qu'en grandissant, ces enfants:
 - continueront d'afficher ce comportement d'évitement au-delà du bas âge;
 - se comporteront souvent de manière très hostile et agressive sans provocation;
 - afficheront une attitude négative dans leurs relations avec d'autres enfants;
 - se comporteront négativement, se replieront sur eux-mêmes, bouderont et se tiendront à l'écart;
 - feront appel à des stratégies d'évitement et d'autonomie pour s'éloigner des autres.

2. Attachement critique avec ambivalence/résistance

- Les enfants dont le comportement relatif à un attachement critique se caractérise par l'ambivalence et la résistance:
 - réagiront avec intensité quand ils doivent se séparer de leur mère, mais refuseront de s'en rapprocher ou de lui répondre à son retour;
 - résisteront aux efforts déployés pour les consoler;
 - exprimeront leur colère envers leur mère parce qu'ils ne peuvent pas s'y fier;
 - manifesteront à la fois des émotions intenses et un comportement ambivalent;
 - en bas âge, ne seront pas portés à explorer mais se concentreront sur l'attachement.
- La mère d'un enfant manifestant un attachement critique avec ambivalence et résistance:
 - ne réagira pas aux signaux donnés par le bébé;

- sera souvent incapable de reconnaître les signaux donnés par le bébé;
 - réagira différemment d'une fois à l'autre.
- Dans ses conclusions, Sroufe (1985,1989) suggère que ces enfants:
 - accorderont de l'importance aux questions d'attachement même à l'âge scolaire;
 - manqueront de confiance en soi;
 - feront souvent preuve d'inhibition;
 - auront des relations difficiles avec leurs pairs;
 - se retireront souvent de situations sociales.

3. Attachement critique avec désorganisation/désorientation

- Les nourrissons dont le comportement à l'attachement s'accompagne de désorganisation et de désorientation:
 - manifesteront de la confusion et un sentiment de désorientation quand on les réunira avec leur mère;
 - n'auront aucune stratégie pour se faire consoler en cas de détresse;
 - afficheront un comportement à la fois ambivalent et résistant relativement à l'attachement;
 - manifesteront parfois des symptômes d'abus.
- La mère d'un tel nourrisson:
 - est généralement victime d'une forme de traumatisme (p. ex.: objet ou témoin de violence);
 - n'a pas de solution à son traumatisme et manifeste de l'angoisse et de la peur;
 - projette souvent ses craintes sur les circonstances actuelles;
 - exprime souvent ses émotions de manière craintive et intense;
 - est incapable de reconnaître les signaux donnés par son bébé;
 - réagit de manière imprévisible d'une situation à une autre.

On a encore peu de données sur les conséquences à longue échéance d'un attachement désorganisé. À l'âge scolaire, de tels enfants manifestent souvent un comportement fortement agressif, hostile et violent (Lyons-Ruth, 1996).

Les formes d'attachement que connaît un enfant auront une influence sur son comportement dans ses futures relations interpersonnelles.

- Le modèle de comportement parental offert à tel enfant lui servira de référence dans la formulation de ses relations interpersonnelles.
- Ce modèle parental pourra évoluer selon l'expérience.
- Les effets de la première expérience se répercuteront sur toute nouvelle relation interpersonnelle.
- Certains aspects du modèle offert par les parents risquent de résister à toute modification.

De même, le modèle auquel un parent a recours pour former son attachement au nourrisson aura une influence sur le type de relations interpersonnelles et d'attachement qu'ils développeront.

Les compétences parentales d'une personne auront une influence sur la forme d'attachement qu'elle aura avec son enfant. Selon la recherche (Main et coll., 1985), il semblerait que trois facteurs principaux aient un effet sur les compétences parentales:

- L'expérience que le parent lui-même aura connue, à l'enfance, dans ses relations avec ses parents;
- Les facteurs de risques présentés par les parents, tels que maladie mentale ou toxicomanie;
- La présence d'appuis externes.

La nature des rapports que chaque parent aura connus avec ses propres parents aura une influence sur le type d'attachement qu'il développera avec son enfant. Les parents qui jouissaient d'un attachement sûr dans leur enfance:

- apprécient l'importance de l'attachement dans leurs relations interpersonnelles;
- comprennent que leurs relations interpersonnelles ont eu une influence sur leur propre personnalité;
- décrivent leurs relations interpersonnelles objectivement;
- sont à l'aise quand ils parlent de leur attachement;
- ont une opinion réaliste de leurs parents et de leur propre expérience relativement à l'attachement.

Par contre, les parents qui ont connu un attachement critique dans leur enfance, disposent d'un modèle médiocre sur lequel développer leur rôle de parent. Ces parents tendent à être:

- indifférents dans leur rôle adulte;
- soucieux (cherchant encore à satisfaire leurs propres parents et inquiets au sujet de leurs relations interpersonnelles actuelles);
- aux prises avec un sentiment de perte ou un traumatisme non résolu.

Mary Ainsworth (1973) a reconnu quatre stades de développement de l'attachement:

- Le «pré-attachement» – qui se forme dans les semaines suivant la naissance avant que le nourrisson ne manifeste une préférence pour un gardien précis;
- L' «attachement en formation» – qui dure de 6 à 7 mois, quand le nourrisson commence à témoigner clairement d'une préférence;
- L' «attachement absolu» – qui se développe entre les âges de 6 mois et 1 an;
- L' «attachement avec but» – qui se manifeste à l'âge préscolaire, quand l'enfant possède la capacité cognitive de comprendre que l'objet de son attachement a ses propres besoins et qu'il est nécessaire de négocier en en tenant compte.

Zeanah (2000) a poursuivi sur la voie ouverte par Emde (1989), qui cherchait à élaborer un modèle permettant de comprendre les caractéristiques des relations entre parents et enfants, en soulignant les qualités suivantes propres à un gardien, en tant que comportements saillants pour la formation de l'attachement:

- disponibilité affective
- soins et chaleur
- protection
- réconfort

Selon Zeanah (2000) les comportements ci-dessus correspondent, chez l'enfant à ce qui suit:

- sécurité et confiance
- stabilité émotionnelle
- vigilance
- recherche de réconfort
- expression de sentiments et communication

Réciproquement, selon Zeanah (2000), les comportements suivants sont moins saillants en rapport avec l'attachement:

- jeu
- enseignement
- soins et routines déterminantes
- discipline et limites

En Amérique du Nord, l'absence d'attachement est rare:

- se rencontre chez moins de 1 % des enfants (Zeanah, 2000);
- se rencontre peut-être davantage chez des enfants vivant dans un pays où le recours à l'orphelinat et à d'autres institutions est plus fréquent.

Le taux d'attachement désorganisé est plus élevé, soit de 14% à 82% (Zeanah, 2000) dans ces pays où l'on reconnaît la fréquence de mauvais traitement des enfants ou de pathologie psychologique parentale.

TROUBLES DE L'ATTACHEMENT

Le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-IV)* reconnaît cinq types de troubles de l'attachement (Zeanah, 1993):

- Trouble avec carence d'attachement
 - Lorsqu'un enfant n'a pas eu l'occasion de former un lien affectif avec autrui.
 - Cela peut être dû à un mauvais traitement, au placement en foyer adoptif ou en institution, à une mère toxicomane ou alcoolique ou, à un trouble mental grave chez la mère.
- Trouble de l'attachement au hasard
 - Peut résulter d'une longue séparation d'une figure d'attachement.
 - Peut aussi résulter d'un séjour en foyer adoptif et du manque de possibilité de former un lien intime avec un autre être humain.
 - Se rencontre souvent chez les enfants qui ont séjourné dans une institution.
- Trouble d'inhibition de l'attachement
 - Résulte d'une carence de disponibilité parentale ou du manque de certitude découlant de séparations fréquentes telles que des séjours à l'hôpital.

- Trouble de l'attachement agressif
 - Se manifeste quand des sentiments de colère et de frustration dominent la relation.
 - L'enfant peut aussi faire preuve d'agression excessive à l'égard de symboles d'attachement.

- Trouble de l'attachement avec renversement des rôles
 - L'enfant adopte le rôle parental.
 - L'enfant peut afficher un comportement extrême tel que commander, témoigner de soins excessifs ou diriger la situation.

ÉVALUATION DES TROUBLES DE L'ATTACHEMENT

Les troubles de l'attachement résultent de difficultés au niveau des liens parent-enfant telles que séparation de l'enfant de ses parents, perte du gardien, mauvais traitement ou négligence ou soins insuffisants. Parmi les symptômes des troubles de l'attachement, on note:

- comportement imprévisible;
- comportement intimidant ou victimisation par intimidation;
- aptitudes sociales insuffisantes;
- comportement agressif envers les autres enfants;
- impatience et faible maîtrise de soi;
- désorganisation et désorientation marquées face à un problème;
- craintif à la fois en l'absence du gardien et quand celui-ci est présent;
- comportement contradictoire;
- peur, anxiété généralisée et tristesse;
- symptômes de dissociation ou regard perdu et manque d'attention aux circonstances;
- manque de résilience et tendance à s'énerver face à une situation problématique;
- aptitudes insuffisantes à la résolution des problèmes ou à la recherche d'appui; tendance à abandonner ou à se mettre en colère;
- manque d'empathie à l'égard des autres et tendances sociopathiques;
- difficulté à se faire des amis et à faire confiance à autrui;
- accès de colère fréquents et difficulté à régulariser les émotions;

- déficience des émotions et expressions de plaisir ou de peine minimales selon les circonstances.

(Landy, Hôpital Toronto East General, 2002)

Stratégies

Selon Landy (2002), l'évaluation d'un trouble de l'attachement devrait généralement comprendre:

- l'établissement de l'historique du développement de l'enfant;
- l'observation et l'évaluation de la relation parent-enfant et de l'attachement;
- l'observation de l'enfant au jeu et à la garderie;
- l'exécution d'un test direct, le cas échéant;
- l'évaluation de l'historique, de l'état mental et du fonctionnement actuel des parents.

On peut mesurer la relation parent-enfant et l'attachement à l'aide des méthodes suivantes:

- mise en situation d'étrangeté (de 12 à 20 mois) (Ainsworth et coll., 1978);
- système Marvin-Cassidy de classification de l'attachement chez les enfants âgés de plus de 18 mois (de 2½ à 4 ans);
- système Main-Cassidy de classification de l'attachement chez les enfants à l'âge de la maternelle (de 4½ à 7 ans);
- évaluation de l'attachement à l'âge préscolaire (de 2½ à 4½ ans);
- Q-Sort de l'attachement (*AQS*) (de 12 à 60 mois);
- test de complètement de l'histoire sur l'attachement (3 ans);
- jeu de réaction aux images (de 6 à 7 ans).

D'autres mesures d'évaluation peuvent être appliquées aux interactions parent-enfant:

- échelles d'enseignement et d'alimentation du NCAST (*Nursing-Child Assessment Satellite training*);
- évaluation relationnelle parent-enfant à la petite enfance;
- échelle d'évaluation de la fonctionnalité affective;
- mesure d'observation au domicile (*HOME*);
- évaluation et classification du comportement de la mère (*Atypical Maternal Behaviour Instrument for Assessment and Classification – AMBIANCE*);

(Landy, Hôpital Toronto East General, 2002)

L'observation directe doit faire partie de toute évaluation en règle. Telle observation:

- devrait se dérouler dans un milieu familial pour l'enfant;
- peut faire appel à un outil structuré tel que l'évaluation transdisciplinaire axée sur le jeu, qui peut aider à évaluer le niveau de jeu prétendu et permet d'explorer le niveau de socialisation de l'enfant avec d'autres enfants.

On recommande aussi d'effectuer une évaluation du développement de l'enfant. Il arrive fréquemment aux enfants ayant un trouble de l'attachement d'accuser aussi un retard du développement. Les données obtenues seront utiles à l'élaboration d'un plan de traitement.

Il sera également nécessaire d'évaluer l'historique des parents, leur état mental et leur fonctionnement actuel. On peut faire appel aux questionnaires suivants:

- questionnaire sur l'attachement pour adulte (AAI);
- Q-Sort de l'attachement pour adulte;
- plan d'entrevue pour enfant (WMCI);
- historique de l'attachement (AHQ);
- échelle mère-père-pairs.

TRAITEMENT DES TROUBLES DE L'ATTACHEMENT

Le traitement des troubles de l'attachement vise généralement:

- la relation parent-enfant;
- l'enfant.

Les interventions visant la relation parent-enfant comprennent:

- **Orientation de l'interaction au moyen d'une vidéo (mise au point par Susan McDonough, 1995)**
 - Efficace auprès des parents à risque élevé.
 - Comprend la prise de vues de l'interaction sur vidéo et l'examen subséquent de l'enregistrement avec le parent, en discutant des interactions positives et négatives.
 - La vidéo durera de 10 à 20 minutes.
 - On posera des questions d'approfondissement pour faciliter la discussion.

- Dans le cadre de la recherche, cette méthode a produit une amélioration marquée de l'interaction parent-enfant et de l'attachement parent-enfant.
- **Session d'observation et de découverte («*Watch, Wait and Wonder*»)**
 - Élaborée par Wesner, Downling et Johnson (1982), avec innovations et recherche par Cohen, Muir et Lojkasek (1999).
 - Comprend une interaction dirigée par l'enfant suivie d'une discussion entre la mère et le thérapeute sur ce qui a été observé et ressenti.
 - Comprend une séance de jeu de 20 à 30 minutes entre la mère et l'enfant, pendant laquelle la maman doit être sur le sol avec l'enfant, dont elle doit suivre l'initiative (elle doit aussi ne pas prendre l'initiative dans le jeu ni diriger l'activité).
 - Pendant la discussion, les parents peuvent exprimer leurs propres sentiments et les difficultés qui ont surgi pendant la séance de jeu. Le thérapeute voudra peut-être explorer cette expérience et des expériences précédentes.
 - Cette intervention a produit une élévation de l'attachement parent-enfant et du fonctionnement de l'enfant dans d'autres domaines.
- **Orientation de l'interaction modifiée (élaborée par Diane Benoit, 2002)**
 - S'applique à des enfants dont l'attachement est désorganisé en conséquence des antécédents parentaux de traumatisme et de perte sans résolution.
 - Vise à réduire un comportement parental précis tel qu'attitude craintive ou intimidante, désorientation, intrusion, expression négative ou retrait; tend vers une hausse de la sensibilité et de l'empathie de la mère.
 - L'intervention se déroule sur 5 à 7 sessions, généralement au domicile, en enregistrant de 5 à 10 minutes sur vidéo.
 - On passe en revue la vidéo en compagnie du parent.
 - On fait ressortir les comportements positifs et négatifs. Quand on discute des interactions négatives, on demande à la mère ce qui, selon elle, traverse l'esprit et le cœur du bébé à ce moment précis.
 - On donne aussi aux parents des renseignements sur le développement normal de l'enfant et sur les compétences parentales normales.
- **Psychothérapie enfant-parent**
 - Quand des interventions plus intenses et à long terme s'avèrent nécessaires.
 - Nécessite une session hebdomadaire de 90 minutes pendant un an.

- Vise la relation affective entre la mère et l'enfant et tout sentiment de douleur résultant d'une perte ou d'un mauvais traitement dans le passé.
- Le but est de développer auprès de la mère un lien thérapeutique qui aura une influence sur sa relation avec l'enfant.
- Il faudra peut-être d'autres interventions conjointes, soit orientation développementale, modelage, «parler à la place de l'enfant».
- Des résultats positifs pour le parent et l'enfant ressortent des évaluations.

Les interventions visant l'enfant comprennent:

- **Thérapie non directive par le jeu**

- L'initiative est laissée à l'enfant tandis que le thérapeute montre son acceptation.
- Plusieurs sessions sont généralement nécessaires.
- L'enfant intériorise parfois la relation qui s'établit entre lui et le thérapeute, remplaçant ainsi d'autres souvenirs négatifs.
- L'enfant peut projeter ses émotions sur le thérapeute, donnant ainsi à celui-ci un aperçu de son monde personnel.
- Les sessions fournissent une structure qui autrement n'aurait pas d'équivalent dans la vie de l'enfant.
- Le thérapeute reflète les sentiments de l'enfant et les interprète.
- Pour les enfants qui souffrent d'un trouble de l'attachement, la relation avec le thérapeute pourrait bien être le facteur le plus important.
- Cette méthode peut servir aussi aux enfants traumatisés ayant un trouble de l'attachement. Dans de tels cas, la thérapie devrait commencer immédiatement après le traumatisme.

- **Traitement axé sur la famille**

- Connue en tant que programme d'attachement familial (Cohen & Duvall, 1996); mis au point pour aider les enfants adoptés ayant traversé une période traumatique.
- Vise à bâtir la famille après l'adoption, en forgeant des relations d'attachement au sein de la famille.

N.B.: toutes les interventions nécessitent une formation. L'institut Hincks-Dellcrest offre des cours pour la plupart des types d'intervention ci-dessus. Voir les sections sur la santé mentale des parents pour connaître d'autres stratégies.

TABLEAU 2.1 – Développement du cerveau, développement de l’autocontrôle et effets du milieu ambiant sur ce développement		
Domaine de développement	Développement du cerveau	Effets du milieu ambiant
Motif de l’autocontrôle	<p>Buts intrinsèques du système central:</p> <ul style="list-style-type: none"> organiser l’information pour la comprendre et lui donner du sens; pouvoir anticiper les événements; trouver un moyen plus efficace ou plus intéressant de résoudre un problème ou de parvenir à un but. 	<p>Le manque de cohérence et de sens risque de faire obstacle à l’expression des buts intrinsèques.</p> <p>L’absence d’occasions de faire un choix, prendre l’initiative et devenir plus efficace risque de faire obstacle à l’expression des buts intrinsèques.</p>
Autocontrôle des émotions	<p>Les émotions exercent une influence marquée sur le développement des fonctions de l’autocontrôle telles que la prise de décision et le choix d’un but.</p> <p>L’autocontrôle de l’alerte se développe dès la première année.</p> <p>Certaines stratégies permettant de maîtriser l’expression des émotions s’élaborent dès la deuxième et la troisième années.</p>	<p>À la petite enfance, les interactions avec les gardiens mènent à des modifications des neurohormones au niveau du cerveau.</p> <p>Des soins chaleureux et attentifs protègent contre les effets négatifs du stress.</p> <p>La réactivité de l’enfant aux cycles et signaux biologiques l’aide à régulariser ses systèmes biologique et affectif.</p> <p>Certaines conclusions portent à croire que l’intervention immédiate peut pallier certains effets des carences de soins à la petite enfance.</p>
Autocontrôle du comportement	<p>L’aptitude à inhiber le comportement se développe même avant la parole (peut inhiber la réaction immédiate à un événement).</p> <p>L’aptitude à inhiber le comportement s’accroît sensiblement entre les âges de 2 à 3 ans; avant l’âge de 3 ans un enfant ne comprend pas toujours les règles (trouve plus facile d’obéir quand on explique comment commencer une activité que comment la cesser); à l’âge de 3 ans, peut suivre les explications pour lancer et cesser une activité.</p> <p>Entre les âges de 2 à 4 ans, on observe une hausse prononcée du taux métabolique dans la région préfrontale du cortex, qui commande les prises de décisions et les actions volontaires.</p> <p>Un tout-petit est capable d’obéir à des demandes simples; entre les âges de 3 à 5 ans, un enfant peut suivre des règles et obéir à des instructions et à des règles de plus en plus complexes.</p> <p>L’enfant devient adepte à bloquer ce qui interfère avec une activité en cours et à maintenir son attention.</p>	<p>Des expériences négatives (traumatisme, négligence, séjour en institution, dépression maternelle, pauvreté) ont des effets négatifs sur le développement du cerveau et sur la maîtrise du comportement et risquent de nuire à un attachement sain à d’autres personnes.</p> <p>Des expériences négatives risquent de créer une prédisposition à réagir de manière agressive ou violente à une situation stressante ou frustrante.</p> <p>Certaines conclusions portent à croire que l’intervention immédiate peut pallier certains effets des carences de soins à la petite enfance.</p>
Autocontrôle des processus cognitifs	<p>Le cerveau s’organise spontanément (forme des catégories, remarque les irrégularités et commence à les anticiper, détecte les impondérables et forme des conclusions de cause à effet).</p> <p>Le fonctionnement du lobe frontal augmente à l’âge de 6 mois à un 1 an, vers l’âge de 6 ans et vers l’âge de 10 ans.</p> <p>Les enfants ont une mémoire non verbale avant le développement de la parole.</p> <p>La hausse de la capacité de la mémoire opérationnelle (accentuée par la parole) se produit parallèlement à des hausses de l’intentionnalité, de la prise de décisions, du raisonnement et de la conscience.</p> <p>Le cortex préfrontal joue un rôle dans l’intentionnalité, l’anticipation, la planification, le suivi, la maîtrise de l’attention, la prise de décisions et la conscience.</p>	<p>Certaines conclusions portent à croire que des soins attentifs et chaleureux sont nécessaires pour le développement normal du cerveau chez les jeunes enfants.</p> <p>Un niveau suffisant de stimulation est nécessaire au développement normal du cerveau des jeunes enfants.</p> <p>Un milieu ambiant cohérent est nécessaire pour permettre au cerveau d’un enfant de s’organiser efficacement.</p> <p>Certaines conclusions portent à croire que l’intervention immédiate peut pallier certains effets des carences de soins à la petite enfance.</p>

Bronson M. (2000). *Self-regulation in Early Childhood: Nature and Nurture*. NY: The Guilford Press.

DE LA RECHERCHE À LA PRATIQUE

TABLEAU 2.2

Domaine de développement	Étapes	Rôle des adultes	Rôle du milieu
Autocontrôle cognitif	<p>Désire des routines prévisibles et résiste au changement.</p> <p>Peut choisir entre un nombre d'options limité.</p> <p>Commence à entreprendre des tâches qu'il maîtrise et qui ont un but.</p> <p>Commence à remarquer les erreurs et à les corriger dans ses activités à objectif.</p> <p>Fait appel à un nombre croissant de stratégies pour parvenir à son but.</p> <p>Fait preuve d'organisation cognitive par l'appariement, le triage et la classification.</p>	<p>Fournir des accessoires de jeu propres au stade de développement et appuyant les efforts de l'enfant pour:</p> <ul style="list-style-type: none"> • explorer et découvrir les propriétés des matières (telles que l'eau et le sable); • organiser l'information (triage, appariement, classification); • explorer et structurer des objets (avec des matériaux malléables tels que des cubes ou de la pâte à modeler); • comprendre l'ordre de déroulement et le suivre (avec des tâches complexes dont il a la maîtrise); • observer les erreurs et les corriger (dans des tâches aux buts évidents, telles qu'un jeu de casse-tête). <p>Mettre en jeu des aptitudes linguistiques acceptables.</p> <p>Fournir les soutiens à l'apprentissage pour accroître la compréhension de l'enfant et l'aider.</p>	<p>Offre des endroits sûrs et intéressants dans lesquels l'enfant peut jouer et explorer.</p> <p>Contient une gamme d'objets judicieux et, dans les groupes, un nombre suffisant d'objets avec lesquels l'enfant peut jouer aussi longtemps qu'il y est intéressé.</p> <p>Présente des endroits et des possibilités propices à l'activité et à la recherche, avec des points protégés assurant un jeu ininterrompu.</p>
Motivation de l'autocontrôle	<p>Choix de buts plus délibérés et résistance aux options.</p> <p>Intérêt croissant dans les rapports de cause à effet et dans l'expérience des objets.</p> <p>Intérêt croissant dans les tâches dont il a la maîtrise et qui ont un but.</p> <p>Persistance croissante dans la poursuite des buts.</p>	<p>Encourager le jeu autonome.</p> <p>Démontrer les attitudes renforçatrices favorisant l'autonomie du nourrisson et ses efforts de réussite.</p> <p>Aménager un milieu ambiant qui favorise l'autonomie.</p> <p>Protéger la participation délibérée de l'enfant et ses activités autonomes.</p>	<p>Cadre sûr pour les activités du tout-petit et ses activités autonomes.</p> <p>Présente des possibilités d'exercice de l'autocontrôle et du choix pour le tout-petit.</p> <p>Présente divers niveaux de difficulté correspondant aux aptitudes et au niveau d'intérêt du tout-petit.</p>

Bronson, M. (2000). *Self-regulation in Early Childhood: Nature and Nurture*. NY: The Guilford Press.

DE LA RECHERCHE À LA PRATIQUE

TABLEAU 2.3 Étapes développementales de l’autocontrôle chez les enfants d’âge préscolaire et à la maternelle et principales formes d’appui du milieu ambiant

Domaine de développement	Étapes	Rôle des adultes	Rôle du milieu
Comportement social/affectif	<p>Capable de mieux maîtriser ses émotions, de respecter les règles et d’éviter les comportements interdits.</p> <p>Capable de mieux employer un langage qui règle son propre comportement et influence les autres.</p> <p>Plus intéressé aux autres enfants et à leur acceptation, étant ainsi mieux en mesure de régler son comportement à l’égard des camarades.</p> <p>Capable de mieux coopérer dans ses interactions avec les autres.</p> <p>Capable d’apprendre des stratégies d’interaction plus efficaces.</p> <p>Capable d’adopter des rôles et de suivre des règles dans le cadre de jeux.</p>	<p>Fonctionner en tant que modèles, ressources et guides pour:</p> <ul style="list-style-type: none"> • les styles et stratégies d’interaction sociale; • les stratégies d’autocontrôle; • le sens des valeurs et des attitudes. <p>Appliquer des techniques d’orientation réceptive qui:</p> <ul style="list-style-type: none"> • font appel au langage pour aider l’autocontrôle; • soulignent la maîtrise de l’individu sur son comportement; • appuient le développement du contrôle intériorisé; • donnent des raisons de choisir certains comportements; • suggèrent les stratégies qui conviennent au contexte. <p>Surveiller le jeu avec les pairs et aider à résoudre les conflits ou à négocier (au moyen d’une démarche de résolution de problèmes).</p> <p>Fournir des occasions de jouer un rôle et des possibilités de choix entre diverses options judicieuses.</p>	<p>Inclut un adulte fiable qui appuie l’autonomie, l’autocontrôle et les interactions acceptables avec les autres enfants.</p> <p>Inclut des lignes directrices claires (correspondant à l’âge et au niveau de développement de l’enfant ou des enfants) concernant les responsabilités, possibilités (choix), attentes et conséquences, que l’on met en pratique convenablement et sans faute.</p> <p>Présente des possibilités d’interaction surveillée avec les autres enfants.</p> <p>Inclut des objets qui appuient l’interaction constructive avec les autres enfants et le jeu de rôles.</p> <p>Minimise les risques d’attitudes et de comportement négatifs.</p>
Comportement prosocial	<p>Commence à parler des états mentaux, les siens et ceux des autres.</p> <p>Comprend mieux ce que ressentent les autres.</p> <p>Peut se comporter délibérément de manière à aider, partager et consoler.</p> <p>Intériorise les normes du comportement.</p> <p>Devient plus stable dans ses attitudes et ses comportements prosociaux (ou antisociaux).</p>	<p>Exemplifier les attitudes et comportements prosociaux.</p> <p>Minimiser la présence de modèles violents ou antisociaux (en personne ou dans les médias).</p> <p>Attribuer des motifs prosociaux aux enfants.</p> <p>Attribuer des responsabilités judicieuses aux enfants.</p> <p>Attendre et encourager la prise de responsabilité dans le comportement.</p> <p>Fournir des lignes directrices qui établissent un lien entre un comportement et ses effets, y compris les conséquences du comportement pour les autres.</p>	<p>Présente des possibilités d’interaction positive et coopérative avec les autres.</p> <p>Inclut des objets et des activités qui encouragent et appuient les attitudes et comportements coopératifs et prosociaux.</p> <p>Présente des lignes directrices qui exigent, encouragent et appuient le sens des responsabilités, du respect et de la bienveillance envers les autres, ainsi que des styles d’interaction positive.</p> <p>Sanctionne le comportement négatif ou antisocial.</p>

Bronson, M. (2000). *Self-regulation in Early Childhood: Nature and Nurture*. NY: The Guilford Press.

Enfants d'âge préscolaire et à la maternelle

TABLEAU 2.3 (suite)

Domaine de développement	Étapes	Rôle des adultes	Rôle du milieu
<p>Autocontrôle cognitif</p>	<p>Peut participer à une gamme plus vaste d'activités cognitives.</p> <p>Capable de mieux exécuter des activités successives.</p> <p>Capable de mieux maintenir son attention et de résister aux distractions.</p> <p>Peut apprendre à utiliser plus de stratégies de lancement d'activités et de résolution de problèmes.</p> <p>Capable de mieux choisir les tâches convenant à ses compétences (entre plusieurs choix familiaux).</p>	<p>Fournir des objets et des activités de jeu correspondant au niveau de développement pour favoriser:</p> <ul style="list-style-type: none"> • le choix judicieux; • le développement de stratégies d'apprentissage et de résolution des problèmes; • la poursuite d'activités successives; • le maintien de l'attention et le contrôle; • l'assemblage de catégories cognitives qui facilitent la compréhension de l'ordre, de la structure et de la prévisibilité dans le milieu ambiant. <p>Modeler un langage efficace et l'appliquer dans les communications.</p> <p>Fournir des mécanismes de soutien à l'apprentissage pour accroître la compréhension de l'enfant et l'aider (y compris suggérer des stratégies de lancement d'activités et de résolution de problèmes dans le contexte voulu).</p>	<p>Assez cohérent et prévisible pour que l'enfant comprenne l'ordre et la prévisibilité.</p> <p>Assez adaptable pour que l'enfant puisse exercer son influence comme il convient ou modifier certains aspects du milieu.</p> <p>Inclut une gamme suffisante d'objets convenant à l'intérêt de l'enfant et à ses aptitudes.</p> <p>Offre des choix dans le répertoire voulu d'intérêts et d'aptitudes.</p> <p>Permet de prendre le temps de choisir des activités et de les exécuter.</p> <p>Présente le cadre et la possibilité d'action et d'exploration, avec des lieux protégés où poursuivre des activités suivies de manière ininterrompue.</p>
<p>Motivation de l'autocontrôle</p>	<p>Passe de l'exploration, comme objet principal d'une tâche, à la maîtrise visant un but précis.</p> <p>Passe du déroulement, comme objet principal d'une tâche, à la réalisation d'un produit.</p> <p>Commence à évaluer ses propres compétences par rapport à:</p> <ul style="list-style-type: none"> • la réalisation du but choisi; • l'évaluation des autres; • la réussite des autres. 	<p>Démontrer les attitudes renforçatrices favorisant l'autonomie, la persistance et les efforts de maîtrise.</p> <p>Aménager un milieu ambiant qui favorise l'autonomie.</p> <p>Concevoir des objets et des activités qu'un enfant ou un petit groupe peut mettre en pratique sans avoir à demander des conseils.</p> <p>Protéger la participation soutenue de l'enfant et ses actions autonomes.</p> <p>Faire appel à des stratégies d'aide qui protègent l'attention et l'action autonomes de l'enfant (y compris fournir des stratégies que l'enfant pourra appliquer seul, plus tard).</p>	<p>Présente suffisamment de cohérence, de prévisibilité et d'adaptabilité pour que l'enfant puisse à la fois comprendre ce qu'on attend de lui et s'engager indépendamment dans des activités autonomes.</p> <p>Présente un niveau de difficulté qui correspond aux intérêts et aptitudes de l'enfant.</p> <p>Offre des objets que l'enfant peut manipuler indépendamment.</p> <p>Présente des possibilités d'exercice de l'autocontrôle et du choix.</p> <p>Offre des objets que l'enfant peut se procurer et utiliser indépendamment.</p> <p>Pour les groupes, présente des règles qui appuient l'action autonome et la protègent (telles que la disponibilité d'activités soutenues poursuivies seul ou dans un petit groupe et des lignes directrices sur le nombre de participants dans un endroit précis).</p> <p>Inclut des accessoires permettant l'organisation autonome d'activités (tels que des tableaux de planification ou de choix).</p>

Bronson, M. (2000). *Self-regulation in Early Childhood: Nature and Nurture*. NY: The Guilford Press.

TABLEAU 2.4 Étapes du développement de l'autocontrôle chez les enfants au cycle primaire et principales formes d'appui dans le milieu ambiant			
Domaine de développement	Étapes	Rôle des adultes	Rôle du milieu ambiant
Comportement social /affectif	<p>Capable d'autocontrôle à volonté. Digne de confiance dans le respect des règles mais peut les appliquer de manière rigide et punitive. Capable d'utiliser le langage pour régulariser son propre comportement et influencer les autres. S'intéresse sensiblement à ses pairs et participe – le désir d'être accepté ajoute du poids à l'influence normalisante des camarades. Capable d'interaction coopérative avec les autres : peut négocier indépendamment et résoudre des difficultés sociales avec ses pairs, sans trop de supervision par les adultes. Peut faire appel à des stratégies axées sur le problème plutôt que sur les émotions dans ses relations interpersonnelles. Peut tirer une leçon de discussions autant que d'expériences pratiques. Peut jouer des jeux fondés sur des règles.</p>	<p>S'offrir toujours en tant que modèle, ressource et guide mais en soulignant maintenant l'importance des communications ouvertes et fréquentes auprès des enfants en ce qui concerne les attitudes et valeurs intéressantes les adultes ou l'enfant. Faire appel, le cas échéant, à des techniques d'orientation telles que:</p> <ul style="list-style-type: none"> • utiliser des techniques de résolution de problèmes; • lancer une discussion sur les questions et problèmes (peut maintenant passer des cas précis aux problèmes en général); • souligner la responsabilité et le contrôle de l'individu; • mettre en jeu des normes et principes généraux; • suggérer des stratégies pertinentes; • prendre une décision dans le cadre d'une prise de conscience. <p>Il devient moins pressant de superviser toutes les activités, mais il est important qu'un adulte surveille l'ensemble des intérêts de l'enfant, l'influence des camarades et sa participation, l'influence des médias et sa participation, ainsi que d'autres activités en dehors de la famille et de l'école.</p>	<p>Offre un climat de respect, d'acceptation et d'attentes positives pour un comportement autocontrôlé. Présente des possibilités d'interaction positive avec les pairs, tant à la maison qu'à l'école. Présente des lignes directrices claires (propres à l'âge et au niveau de développement de l'enfant ou des enfants) concernant les responsabilités, possibilités (choix), attentes et conséquences, qui sont mises en œuvre sans faute et judicieusement. Inclut des objets et des activités à l'appui des interactions constructives entre pairs. Des expériences structurées (salle de classe) minimisent l'exposition aux attitudes et comportements négatifs (présents dans le milieu ou dans la culture), tiennent compte du niveau de développement de l'enfant et de sa capacité d'assimilation des informations négatives, et comprennent des discussions avec les adultes ainsi qu'avec les pairs quand une telle exposition se produit.</p>
Comportement prosocial	<p>Capable de réfléchir à son comportement et à celui des autres et à leurs conséquences. Conscient de son état mental et de ses sentiments, ainsi que de ceux des autres. Commence à comprendre le point de vue des autres. S'intéresse aux notions de réciprocité et d'équité. A intériorisé des normes de comportement et en élabore d'autres. Fait preuve d'attitudes, de valeurs et de comportements relativement prosociaux (ou antisociaux). Peut participer consciemment à des échanges prosociaux. A élaboré, dans une certaine mesure, un sens de responsabilité morale ou de « conscience »; est vu comme étant responsable d'un nombre croissant d'actions qui lui sont propres.</p>	<p>Présenter un modèle d'attitudes et de comportements prosociaux Attribuer des motifs prosociaux aux enfants. Donner des responsabilités adéquates aux enfants. Attendre de l'enfant qu'il se comporte de manière responsable et l'encourager en ce sens. Observer les modèles violents et antisociaux (en personne et dans les médias) auxquels l'enfant est exposé et discuter avec lui des comportements ou événements allant à l'encontre des valeurs prosociales. Guider l'enfant (si possible) pour l'éloigner d'expériences qu'on estime lui être nuisibles. Fournir les lignes directrices d'un comportement qui est en rapport avec ses effets et qui intègre des références aux valeurs et principes généraux, ainsi que les conséquences de tout comportement pour les autres.</p>	<p>Le climat social et les lignes directrices du comportement exigent, encouragent et appuient les notions de responsabilité, de respect et de bienveillance à l'égard des autres, ainsi que des styles interpersonnels positifs, tout en sanctionnant les comportements négatifs ou antisociaux. Présente des possibilités d'interaction positive et de coopération avec les autres. Inclut des objets et des activités qui encouragent et appuient les attitudes et comportements coopératifs et prosociaux (jeux de société, activités d'apprentissage coopératif).</p>

Bronson, M. (2000). *Self-regulation in Early Childhood: Nature and Nurture*. NY: The Guilford Press.

FAQ

- Q: Les chercheurs s'efforcent de nos jours de comprendre les conséquences de l'attachement à court terme et à long termes. Les cycles gouvernant l'attachement peuvent-ils évoluer au fil du temps?**
- R:** Oui. Les interventions effectuées dans la petite enfance reposent sur l'hypothèse que si l'on peut modifier les premiers attachements, on modifiera du même coup l'évolution des attachements à long terme et des nouveaux attachements.
- Q: Sur qui la thérapie devrait-elle se concentrer: le parent, l'enfant ou le parent et l'enfant?**
- R:** Nous savons que la thérapie la plus efficace vise le parent et l'enfant (Lieberman, 2001). Cela ne veut pas dire qu'un autre traitement visant l'enfant ne peut pas s'intégrer au plan d'intervention, mais en général, pour maintenir un changement positif chez l'enfant, il faut faire participer le parent.
- Q: Je vois beaucoup de parents qui paraissent incapables de reconnaître les signaux que leur donne leur enfant. Peut-on changer cela?**
- R:** Oui. Il ressort de la recherche que par la psychothérapie enfant-parent et l'orientation interactionnelle, les parents sont mieux en mesure de reconnaître les signaux que leur donnent leurs enfants et d'y répondre régulièrement.
- Q: Puis-je me servir des interventions décrites dans ce chapitre?**
- R:** Non. Pour appliquer l'une des interventions décrites ici, il est nécessaire de recevoir une formation auprès d'un moniteur breveté. Si vous n'avez pas la formation voulue, vous voudrez peut-être inviter un thérapeute breveté à se joindre à votre équipe.
- Q: Si je traite un enfant ayant un attachement critique, est-ce que je dois me pencher aussi sur d'autres aspects de son développement?**
- R:** Oui. Il est toujours recommandé d'adopter une démarche holistique dans toute intervention auprès des enfants et de leur famille. Un trouble de l'attachement risque d'avoir un impact sur d'autres aspects du développement dont il convient de tenir compte dans le plan de traitement. On trouvera les mesures développementales dans la partie sur le dépistage et l'évaluation.

Réflexion guidée

- Pour bien des parents, admettre que leur relation avec leur enfant n'est pas ce qu'ils auraient espéré est, en soit, un seuil difficile à franchir. Comment pourriez-vous aider les parents à surmonter cette réalisation?
- De quelle manière vos propres liens avec ceux et celles qui vous entourent pourraient-ils influencer votre point de vue sur les relations des autres?
- Comment maintiendrez-vous votre engagement à l'égard d'une famille dont les progrès sont difficiles, même après plusieurs mois d'intervention?
- Le travail d'un professionnel œuvrant auprès d'enfants qui ont un trouble de l'attachement, peut être parfois déconcertant et même pénible. Par quels moyens vous assurerez-vous d'un appui suffisant?

Ressources

Dancing with My Baby – Programme de formation au rôle de parent axé sur l'attachement, à l'intention des parents à risque. Pour plus de renseignements, s'adresser à sammen@mail.cspp.edu ou consulter le site www.cspp.edu

Michigan Association for Infant Mental Health – www.mi-aimh.msu.edu

IMPrint – Magazine du projet *IMP (Infant Mental Health Promotion Project)* – www.sickkids.ca/imp

www.icyf.msu.edu - Site mettant en évidence le travail de la D^{re} Marguerite Barratt, *Institute for Children, Youth and Families*.

Sites Web

Secure Base Support for Social Competence: Attachment Q-sort Correlates of Security and Social Competence in a Sample of African-American Children Attending Head Start (Une base d'appui sûre pour une bonne compétence sociale: corrélations, selon la classification Q sur l'attachement, entre les notions de sécurité et la compétence sociale chez un échantillon d'enfants afro-américains participant au programme Head Start).

- Le rôle parental en Amérique
- Procès-verbal de la conférence tenue à Madison (Wisconsin), du 19 au 21 avril 1998; article de Kelly Bost, Brian E. Vaughn et Carrol Heller – 17 pages

Site Web: <http://parenthood.library.wisc.edu/Bost/Bost.html>

Controversial Aspects of Bowlby's Attachment Theory (Aspects controversés de la théorie de l'attachement de Bowlby).

- De la page d'accueil du *Buenos Aires Attachment Research Center*, institution consacrée à la recherche, à la promotion et au rétablissement de la santé mentale
- Regard critique sur la théorie de l'attachement, article de Juan Carlos Garelli – 9 pages

Site Web: <http://garelli.freeyellow.com/controversy.html>

Chapitre II: analyse documentaire

- Chapitre 2 de *Attachment Parenting: A Practical Approach for the Reduction of Attachment Disorders and the Promotion of Emotionally Secure Children*, thèse de la maîtrise en pédagogie de Tami E. Breazeale, présentée au Bethel College – 3 pages

Site Web: <http://www.visi.com/~jlb/thesis.html>

Documentation sur l'attachement

- Sources de documentation de base et de renseignements du *Irving B. Harris Training Center for Infant and Toddler Development* du *College of Education and Human Development* (Université du Minnesota) – 4 pages

Site Web: <http://education.umn.edu/ICD/harriscenter/AttachmentReferenceList.htm>

Bonding and Attachment in Maltreated Children: Consequences of Emotional Neglect in Childhood (Formation de liens affectifs et attachement chez les enfants maltraités: conséquences de la négligence émotionnelle pendant l'enfance)

- Du site Web *Scholastic, Teacher Resource Center*, article de Bruce D. Perry – 6 pages

Site Web: <http://teacher.scholastic.com/professional.bruceperry/bonding.htm>

Petite enfance: attachement

- Notes du cours de l'université de Chicago sur la psychologie développementale (*Psychology 350*) – 2 pages

Site Web: <http://www-personal.umich.edu/~suekane/psych/350/Notes/lecture8.html>

Building the Foundation for a Side-by-Side Explanatory Model : A General Theory of Crime, the Age-Graded Life Course Theory, and Attachment Theory (Bâtir la fondation d'un modèle explicatif parallèle comprenant une théorie générale du crime, la théorie du classement par âge et de la théorie de l'attachement).

- Article de la *Western Criminology Review* (Vol. 1, Num. 2 – 1999), Rebecca S. Katz – 19 pages

Site Web: <http://wcr.sonoma.edu/v1n2/katz.html>

3. Psychopathologie de l'enfant

Fiche d'information

Vue d'ensemble

- La psychopathologie de l'enfant peut être envisagée selon deux perspectives assez différentes.

Syndromes et troubles – ceux-ci sont décrits en détail dans le DSM 4

- Les principaux troubles qui apparaissent avant l'âge de 6 ans sont:
 - trouble envahissant du développement (trouble autistique);
 - troubles d'apprentissage;
 - troubles de la parole et du langage;
 - trouble d'hyperactivité avec déficit de l'attention (THADA);
 - trouble des conduites;
 - trouble oppositionnel avec provocation;
 - trouble anxieux.

Les caractéristiques générales de ces troubles sont les suivantes:

- groupes de symptômes clairement définis – référence au DSM 4;
- causes spécifiques généralement inconnues bien que certaines soient plus liées à des facteurs génétiques qu'à d'autres causes exogènes – généralement, il y a une interaction complexe de facteurs multiples.

Souvent, le diagnostic doit être un diagnostic complet dans les premières années.

La croissance et le développement rapides et irréguliers qui caractérisent cette période de l'enfance peuvent modifier le diagnostic.

Déviations dans les capacités de développement – il est utile de décrire les dix capacités de développement qui se manifestent durant ces premières années (Landy, 2002).

- Développement de son propre corps
- Capacité de jeu – particulièrement le jeu symbolique
- Communication
- Attachement
- Régulation du comportement
- Régulation de l'affection
- Concentration
- Planification et résolution de problèmes
- Estime de soi
- Empathie et comportement social prévenant

À cause des interactions complexes entre facteurs génétiques et exogènes et du développement rapide ayant lieu pendant cette période, les deux perspectives sont essentielles, et en fait, sont complémentaires.

Stratégies

- **Être bien renseigné sur les critères du DSM 4.**
- **Être bien renseigné sur les 10 capacités et savoir comment chacune d'entre elles peut être impliquée dans chacun des syndromes du DSM 4.**
- **Être sensible à l'importance du diagnostic précoce et aux différentes approches concernant:**
 - Les syndromes ayant principalement une origine génétique et qui ont un impact sur les capacités essentielles – c.-à.-d. autisme, troubles de l'apprentissage et en particulier de l'apprentissage réceptif, troubles de la parole et du langage, trouble d'hyperactivité avec déficit de l'attention. À ce propos, un diagnostic clair et détaillé et une approche éducative des parents peuvent s'imposer.
 - Les troubles ayant principalement une origine exogène (relationnelle) – c.-à.-d. troubles des conduites, trouble oppositionnel avec provocation et troubles anxieux. Dans ce cas de figure, travailler avec la dyade des parents de l'enfant pour améliorer la qualité de la relation d'attachement et atténuer les cercles vicieux sera certainement le plus efficace. Veuillez consulter les fiches concernant l'attachement, les systèmes et les écosystèmes.

FAQ

Q: N'est-il pas préjudiciable pour un enfant de «l'étiqueter» dès son plus jeune âge?

R: Étiqueter un enfant peut être préjudiciable à tout âge si cela n'est suivi d'aucune intervention efficace. Il est important de savoir qu'à cause d'une différence du niveau d'activité de développement et de la croissance rapide, le processus diagnostique peut avoir besoin d'être minutieux et prolongé. Toutefois, il est tout aussi important de savoir que les interventions précoces et efficaces peuvent être décisives à la fois pour les troubles d'origine génétique (consultez la fiche d'information) et pour les troubles d'origine exogène (consultez la fiche d'information).

Q: Comment puis-je faire la distinction entre une mère qui est simplement hyper anxieuse et une véritable psychopathologie de l'enfant?

R: Le fait que la mère soit anxieuse est en soi une raison de préoccupation. Seule une observation de la mère et de l'enfant séparément, puis ensemble, peut préciser votre diagnostic.

Réflexion dirigée

- Prenez le temps de réfléchir posément aux dix capacités et à leurs différents niveaux de développement chez différents enfants. Prenez en compte la manière dont les facteurs exogènes peuvent avoir une influence sur ces capacités et en particulier pensez à l'importance de la mise en évidence de la santé et des forces d'un enfant afférentes au système parent-enfant et à la mise au point de vos interventions.

4. Facteurs de risque et de protection

Fiche d'information

La notion de risque est présente avant la conception et peut être:

- biologique (p. ex. une variante génétique);
- environnementale (p. ex. un abus de substances psychoactives).

Rutter (2000, 2001) et Werner (1995) décrivent les facteurs de protection comme ceux qui modifient les conditions de risque afin de créer une résilience chez les enfants:

- Les facteurs de protection incluent les points forts personnels de chaque enfant (intelligence, esprit d'initiative, tempérament, efficacité personnelle), les points forts de la famille (environnement familial coopératif, avantages socio-économiques), et des points forts sur le plan scolaire et communautaire (école sûre et performante, participation à des groupes sociaux) (Garmezy, 1991).

Le nombre des facteurs de risque est décisif dans la détermination des résultats de l'enfant.

- Un facteur de risque isolé est rarement responsable d'un développement compromis, mais peut induire d'autres facteurs de risque.
- La trajectoire du développement d'un enfant est généralement le résultat de la contribution.
- Cumulée de facteurs de risque plutôt que d'une variable isolée (Sameroff, 2002).

Une accumulation de facteurs de risque semble avoir des effets négatifs puissants sur les résultats cognitifs et de santé mentale (Furstenberg et coll., 1999)

On constate de façon constante qu'un certain nombre de facteurs qui relèvent de l'interaction enfant-famille-parents et de l'environnement ou du contexte sont liés aux mauvais résultats chez les enfants:

- Les relations enfant-parents sont le conduit par lequel les jeunes enfants expérimentent les facteurs de risque environnementaux, p. ex. la pauvreté, la violence familiale ou la santé mentale de la mère sont filtrés vers le nourrisson au travers de la relation soignante (Zeanah & Zeanah, 2001).

- À l'inverse, les bébés prématurés qui ont des problèmes de développement obtiennent de meilleurs résultats quand leur environnement soignant est coopératif et modère les risques (McCarton, et coll., 1997; Ramey et coll., 1992).

Certains types de facteurs de risque et de protection peuvent avoir des effets différents à des âges différents:

- Les facteurs de proximité ont plus d'influence chez le nouveau-né et au cours de la petite enfance, p. ex. le fonctionnement parental et les interactions parent-enfant.
- Les facteurs distaux prennent une importance croissante plus tard dans l'enfance, p. ex. les facteurs psychosociaux comme la pauvreté, la mauvaise santé mentale, l'abus de substances psychoactives, etc. (Sameroff & Seifer, 1990; Seifer et coll., 1992).

Les comportements et interactions familiaux et parentaux qui influencent la trajectoire de développement de l'enfant, en particulier l'attachement, la régulation émotionnelle et l'estime de soi sont (Landy, 2000):

- la sensibilité;
- la disponibilité émotionnelle;
- la réceptivité;
- l'acceptation de l'enfant;
- l'émotivité positive;
- les réponses chaleureuses quand l'enfant est bouleversé.

Le fonctionnement psychologique du père ou de la mère affecte le développement de l'enfant. Les domaines à prendre en considération sont (Landy, 2000):

- régulation des émotions et capacité à l'empathie;
- capacité à l'auto-réflexivité;
- lieu de contrôle/sens de l'auto-efficacité;
- confiance parentale;
- perte ou traumatisme non résolu;
- capacité cognitive, y compris résolution de problème, adaptation et compétence;
- modèles fonctionnels ou attributions de l'enfant;
- fonctionnement défensif;
- fonctionnement familial et violence familiale;
- croyances culturelles et pratiques parentales.

La compétence chez les enfants est le résultat d'une interaction complexe entre différentes variables; par conséquent, changer une chose chez le jeune enfant, la famille ou la communauté est en général trop simpliste et donc inefficace. L'intervention aura plus de chances de succès si plusieurs facteurs peuvent être visés.

Facteurs de risque et de protection

L'enfant	Historique des parents et fonctionnement courant
• Exposition in utero à des toxines	• Difficultés consécutives à des abus ou à des pertes remontant à l'enfance
• Enfant à terme/prématuré	• Expérience du système de placement en foyer nourricier
• Poids de naissance	• Estime de soi
• Anomalies congénitales/condition génétique	• Historique de compétence et de succès
• Tempérament	• Sentiment de contrôle de sa propre vie
• Niveau de tonus musculaire	• Aptitudes à résoudre des problèmes
• Sensibilité au toucher	• Capacités sociales et interpersonnelles
• Réceptivité	• Santé physique des parents
• Degré de santé	• Santé mentale des parents
• Établissement de rituels d'alimentation et de sommeil	• Perspectives d'avenir
• Établissement de liens	• Stratégies de prise en charge et résilience
• Indicateur de signaux	• Réseau de soutien (famille et au-delà)
• Degré et intensité des pleurs	• Criminalité
• Trajectoire de développement	• Abus de substances psychoactives
• Comportement perturbateur ou inhibé	• Sens des responsabilités
• Anxiété	• Violence familiale
• Aptitude à se concentrer	• Participation à des activités communautaires
• Aptitude à se calmer	

Facteurs de risque et de protection

Attitudes, comportements et interactions parentales

- Préparation pendant la grossesse
- Connaissances parentales du développement de l'enfant
- Répondre aux besoins basiques et médicaux du nourrisson
- Contact visuel avec l'enfant
- Sensibilité/adaptation aux signaux ou aux cris du nourrisson
- Cohérence et prévisibilité avec l'enfant
- Vocalisation pour l'enfant
- Émotion envers l'enfant
- Attributions envers l'enfant
- Encouragement du développement de l'enfant
- Structure et règles au foyer

Facteurs sociodémographiques et sociétaux

- Compétences parentales des adolescentes et adolescents
- Emploi
- Niveau de revenu
- Stabilité du logement
- Accès au téléphone
- Niveau d'éducation
- Famille monoparentale
- Stress de la vie
- Degré d'isolement ou de connexité

Ressources

Oxford, D. R. & Lipman, E.L. (1996). Problèmes émotionnels et comportementaux. *Grandir au Canada: Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes*. Catalogue de Statistique Canada n° 89-550-MPE. Ottawa: ministre de l'Industrie, 119-126.

Sameroff, A.; Spectrum of Developmental Disabilities XXIV: Early Intervention: Neuroscience and Clinical Issues, 8-10 avril 2002.

Santé publique de Toronto (2000). Tool for Determining Type and Frequency of Family Home Visitor Intervention. Conçu par la D^{re} Sarah Landy, cet outil fournit la possibilité d'évaluer et de contrôler les facteurs de risque et de protection dans la vie d'une famille et d'aider à la planification des interventions et au passage en revue périodique.

Shonkoff, J.P. & Meisels, S.J. (éd.) 2000. *Handbook of Early Childhood Intervention*. Cambridge, Royaume-Uni: Cambridge University Press. Cet ouvrage contient des articles sur les thèses les plus récentes au sujet du risque et de la résilience par Joy Osofsky, James Garbarino, Emmy Werner et Michael Rutter.

Zeanah, C.H.; éd. (2000). *Handbook of Infant Mental Health*. New York: Guildford Press.

Stratégies

Développer un sens social clair de l'évolution des systèmes écologiques des familles et de la façon dont votre travail avec l'enfant et la famille en sera affecté:

- **Modèle écologique:** Bronfenbrenner (1986) a fourni le cadre pour la compréhension du développement de l'enfant dans le contexte des cercles d'influence sociaux, p. ex. l'enfant dans le contexte de la famille, et la famille dans le contexte de la communauté.
- **Le modèle transactionnel du développement de l'enfant** conçu par Sameroff (1993) affirme que les interactions entre l'enfant et son environnement sont continuellement dynamiques et bidirectionnelles. Ceci veut dire que l'enfant influence son environnement et que l'environnement influence l'enfant en permanence et sur une longue période.
- **Les théoriciens des systèmes familiaux** ont fourni la base permettant d'identifier comment le stress, les stratégies de prise en charge et les mécanismes de soutien sociaux influent sur le comportement des enfants et des familles.
- **Les modèles d'habilitation familiale** ont montré l'importance de domestiquer les forces inhérentes aux familles et aux communautés pour améliorer la santé mentale des enfants et de leur famille.

Être capable de distinguer comment les facteurs de risque et de protection (enfant et parent) affectent les rapports parent-enfant et les résultats du développement de l'enfant. Par exemple:

- Les bébés prématurés ou ayant un faible poids à la naissance sont moins réceptifs à l'interaction parentale, moins en mesure de gérer leur désarroi, et présentent un risque plus élevé de difficultés comportementales et émotionnelles (Achenbach et coll., 1990); cependant, les risques sont modérés si leur environnement de soins leur apporte soutien et réceptivité émotionnelle.
- Les parents adolescents s'engagent fréquemment dans des schémas d'interaction mal régulés (p. ex. l'enfant pleure, la mère crie après l'enfant parce qu'il pleure), sont en général moins réceptifs, et initient moins souvent des interactions verbales. Ces schémas négatifs d'interaction et les styles parentaux contribuent au risque que court l'enfant de développer des relations affectives peu sûres et désorganisées et d'obtenir des résultats sociaux et émotionnels moins bons; cependant, les adolescents qui ont un bon réseau de soutien social sont des fournisseurs de soins compétents.

Évaluer la qualité de la relation parent–enfant. Observer chez la mère ou le père:

- la sensibilité aux signaux de l'enfant;
- un sens social de croissance des émotions de l'enfant et des réponses appropriées;
- la réceptivité aux efforts de l'enfant pour communiquer, entreprendre des travaux, etc.;
- la réciprocité entre parent et enfant;
- l'incidence des émotions positives et l'acceptation de l'enfant.

Voir les stratégies dans les chapitres sur la santé mentale des parents et la planification des interventions.

FAQ

Q: Existe-t-il une relation claire et spécifique entre les facteurs de risque et de protection?

R: Non. Certains chercheurs ont décrit les facteurs de risque et de protection comme opposés, p. ex., l'isolement est un facteur de risque alors qu'un réseau familial fort ou un système de soutien social agit comme un facteur de protection. Cependant, les facteurs de risque ne se manifestent pas par hasard et ne sont pas indépendants les uns des autres; il est donc difficile d'établir une relation linéaire entre les risques, les résultats et les mécanismes de modération.

Q: Est-il possible de créer une formule de facteur de risque et de protection qui puisse être utilisée pour prévoir la trajectoire de développement d'un enfant?

R: Non. Il n'a pas été possible de créer une formule de facteur de risque et de protection qui puisse être utilisée pour prévoir les résultats de l'enfant parce que les interactions entre variables sont complexes et évolutives dans le temps. La démarche protectrice peut agir chez le même individu de façon simultanée ou successive face à différents défis et à différentes étapes du développement (Werner, 2000). L'évaluation du risque et l'intervention apportent le plus d'informations à la démarche thérapeutique quand elles sont liées à un instant précis.

Q: Existe-t-il certains facteurs de risque plus préjudiciables que d'autres?

R: Les travaux de recherche montrent clairement que les facteurs les plus proches de l'enfant, p. ex. le fonctionnement parental, les interactions parent-enfant, et les styles d'éducation ont plus d'influence durant les périodes sensibles postnatales et de la petite enfance, alors que les variables extérieures à la famille, p. ex. les sources de stress psychosociales et sociodémographiques ont une influence croissante plus tard dans l'enfance et à l'adolescence.

Q: Existe-t-il un chiffre magique de facteurs de risque qui fasse une différence?

R: Non. Bien que ce soit rarement le cas, un facteur de risque isolé peut compromettre le développement. En général, cependant, le risque augmente avec le nombre de facteurs de risque. Un certain nombre d'études a montré que les facteurs de risque ont une action multiplicative et pas seulement additive.

Q: Quels sont les facteurs de protection associés à des résultats positifs accrus?

R: Les facteurs de protection qui résident (1) dans l'individu incluent, entre autres, un tempérament « propice » à l'engagement, une intelligence au-dessus de la moyenne, un centre interne de contrôle, une forte motivation pour la réussite, une idée de soi positive, des talents particuliers etc. (2) dans la famille incluent, entre autres, une famille de petite taille, c'est-à-dire moins de 4 membres, un niveau d'étude élevé chez la mère, une forte compétence de la mère, un lien étroit avec un fournisseur de soins primaire (pas nécessairement le père ou la mère biologique), des grands-parents coopératifs, etc., et (3) dans la communauté incluent, entre autres, des éducatrices et éducateurs et des fournisseurs de soins coopératifs, des pairs proches et compétents qui sont des confidents, de bonnes écoles, etc.

Q: Comment puis-je évaluer le risque?

R: Il est essentiel d'évaluer si l'équilibre entre les événements stressants de la vie et les facteurs de protection est favorable. Il existe des mesures d'évaluation du risque qui sont utilisées par les infirmières du bien-être de l'enfance et de la santé publique (modèle d'évaluation des risques pour la protection de l'enfance et outil d'évaluation des familles du programme « Bébé en santé, enfants en santé ») qui permettent aux spécialistes d'analyser l'interaction entre les risques et la protection dans la vie d'une famille. L'ouvrage de la D^{re} Landy, intitulé *Tool for Determining Type and Frequency of Family Home Visitor Intervention*, aide le fournisseur de services à identifier à la fois les points forts et les risques dans les domaines clés du développement de l'enfant, des compétences parentales et de l'environnement psychosocial.

Réflexion guidée

- Quels sont les quatre facteurs de protection que vous avez trouvés les plus importants pour la vie d'un jeune enfant?
- De quelles façons ces facteurs ont-ils amorti les effets des risques?
- Quels facteurs communautaires ont, d'après vos observations, un effet sur le développement des jeunes enfants?
- Ont-ils eu une influence plus ou moins déterminante que l'environnement familial (p. ex. la relation parent-enfant ou le niveau d'aide sociale pour le père ou la mère)?
- Comment le degré d'aide sociale que reçoit une mère affecte-t-il la trajectoire de développement de son enfant?

5. Santé mentale des parents

Fiche d'information

Le cheminement le long du continuum de la santé mentale peut être plus ou moins fonctionnel. Il est toutefois important de comprendre:

- les signes et les symptômes des maladies;
- les points forts des parents;
- les compétences parentales;
- les risques associés au développement de l'enfant;
- les évaluations;
- les interventions;
- les restrictions.

Il y a deux domaines affectés par la maladie mentale d'une mère ou d'un père:

- 1) les interactions parent-enfant; et
- 2) la trajectoire de développement de l'enfant.

Il est fréquent que les enfants qui ont des problèmes de santé mentale vivent avec des parents qui ont aussi des difficultés de santé mentale.

En conséquence les relations parent–enfant peuvent (Landy, 2000):

- manquer de réciprocité;
- avoir tendance à être intrusives, désorganisées, moins réceptives et moins émotionnellement impliquées ou même fuyantes;
- rendre plus hostile, plus critique et même parfois plein de rage;
- manquer de la douceur et de la sensibilité appropriée, laisser l'enfant incapable de contenir ses émotions intenses et ses états négatifs;
- provoquer des comportements qui effraient l'enfant;
- conduire à un comportement violent envers l'enfant;
- manquer de constance en matière de soutien et de soins;
- conduire à un risque accru d'attachements déstabilisants, anxieux ou désorganisés.

La trajectoire de développement de l'enfant peut être affectée par:

- un risque accru de retards dans l'acquisition ou l'expression du langage;
- de mauvais résultats scolaires dus à un manque de concentration ou de motivation;
- des difficultés à contrôler les réactions physiologiques et biochimiques au stress;
- des dérèglements accrus du sommeil et des difficultés à établir des rituels d'endormissement, de réveil et d'alimentation;
- des difficultés dans la régulation émotionnelle conduisant à un comportement plus agressif ou à une attitude oppositionnelle avec provocation;
- des stratégies de prise en charge insuffisantes;
- un risque accru de retrait social, des symptômes dépressifs tels que léthargie, tristesse et désarroi extrême en cas de séparation.

Troubles mentaux: prévalence, gravité et incapacité

L'Association canadienne pour la santé mentale estime que:

- 1 Canadien sur 5 souffrira d'une maladie mentale au cours de sa vie;
- environ 2,5 millions de Canadiens adultes et plus de 10% de la population de 18 ans et plus connaîtra des troubles dépressifs;
- parmi les dix premières causes d'incapacité à l'échelon mondial, cinq sont des troubles psychologiques – dépression sévère, schizophrénie, et troubles liés à la bipolarité, à l'usage de l'alcool et aux obsessions compulsives.

Les statistiques suivantes sont citées dans *Evidence Based Practices for Children and Adolescents with Depressive Disorder* (Santé Mentale pour Enfants Ontario, 2001)

- Environ 60% des enfants de parents souffrant de troubles dépressifs graves développeront des troubles psychiatriques durant leur jeunesse ou leur adolescence et ils ont quatre fois plus de chances de souffrir de troubles affectifs (Lavoie et Hodgins, 1994).
- **L'Étude d'incidence canadienne des cas déclarés de violence et de négligence envers les enfants de 1998 indique que sur les 135 000 cas déclarés de violence et de négligence:**
 - 32 610 concernaient au moins une mère ou un père ayant des problèmes de santé mentale avérés ou supposés.

- 45 591 concernaient au moins une mère ou un père avec abus avéré ou supposé de drogues ou d'alcool au point de poser un problème pour la famille.
- Un cas au moins de problème de stress émanant du milieu soignant ou de la famille a été identifié dans 89% des enquêtes pour sévices émotionnels incluant entre autres l'abus de substances psychoactives (49%), la violence remontant à l'enfance (38%), et des problèmes de santé mentale (37%).

Ressources

Lester, B.M., Boukydis, C.F.Z., & Twomey, J.E. (2000) Maternal substance abuse and child outcome. Dans *Handbook of Infant Health*, par C.H. Zeanah (Ed.), NY: The Guilford Press.

Seifer, R. & Dickstein, S. (2000). Parental mental illness and infant development. Dans *Handbook of Infant Health* par C.H. Zeanah (Ed.), NY: The Guilford Press.

Stratégies

Les professionnels travaillant avec de jeunes enfants et avec leur famille doivent connaître les symptômes et les indicateurs des troubles fréquents de la santé mentale des parents et les risques qui en découlent pour les enfants: la dépression, y compris la dépression et la psychose postpartum, les troubles liés à l'anxiété, la schizophrénie et les abus de substances psychoactives.

Les interventions générales qui par nature apportent un soutien visent à:

- promouvoir les atouts et les succès des parents et de la famille;
- maintenir la stabilité de la famille;
- intervenir pour promouvoir les interactions positives parent-enfant;
- enseigner aux parents à établir des habitudes stables et à rendre leur environnement plus prévisible et moins chaotique;
- évaluer la santé physique et mentale de la mère ou du père; promouvoir des soins médicaux réguliers et contrôler ou promouvoir la conformité à la médication et aux conseils conformément à leur prescription;
- enseigner aux parents des aptitudes pour réunifier et construire une relation avec l'enfant au foyer si une séparation a eu lieu;
- donner des choix aux parents, identifier les attentes et clarifier les conséquences;
- faire des recommandations aux organismes communautaires compétents;
- évaluer les risques pour l'enfant et promouvoir la sécurité et le bien-être de l'enfant;
- déterminer la disponibilité des aides et des services proches du domicile et leur capacité de répondre aux besoins;
- créer un cercle de soutien à la famille.

Interventions spécialisées pour:

La dépression

- Pratiquer des évaluations de routine pour les signes précoces de la dépression et des difficultés à faire face au stress.
- Informer les parents sur les signes précoces de prévention de la rechute.
- Enseigner et modéliser les techniques de relaxation, de restructuration cognitive et de modification du comportement pour les parents et les enfants.
- Promouvoir des visites médicales régulières et la conformité à la médication et aux conseils prescrits.

- Établir un régime sain et de l'exercice pour toute la famille.

Les troubles de l'anxiété

- Encourager la réduction de consommation de stimulants (caféine et sucre) par les parents et les enfants et d'alcool par les parents.
- Enseigner aux parents des stratégies d'auto-contrôle et d'amélioration du sommeil.
- Enseigner et modéliser les techniques de relaxation et de restructuration cognitive.
- Enseigner aux parents des stratégies pour la gestion positive du comportement de l'enfant et pour des interactions parent-enfant positives.
- Promouvoir des visites médicales régulières et la conformité à la médication et aux conseils prescrits.
- Établir un régime sain et de l'exercice pour toute la famille.

Le trouble de stress post-traumatique

- Informer les parents sur les situations qui peuvent favoriser la poursuite de la victimisation et sur l'établissement d'habitudes stables.
- Conseiller.
- Faire des recommandations pour des traitements consécutifs à des traumatismes spécifiques, par ex. groupes de victimes de violence sexuelle, désensibilisation des mouvements oculaires et retraitement.

Abus de substances psychoactives ou dépendance

- Offrir des renseignements sur l'étiologie des dépendances, les traitements appropriés et le potentiel de rechute.
- Enseigner des aptitudes parentales positives.
- Faciliter la capacité de la mère ou du père de développer des mécanismes de soutien sociaux en dehors du milieu social qui encourage l'usage ou l'abus de substances psychoactives.
- Enseigner aux parents des compétences leur permettant de tolérer la frustration et les émotions négatives, la dépression éventuelle et la prévention de la rechute. Recommander des programmes spécialisés de lutte contre la toxicomanie, y compris des programmes en établissement.

FAQ

Q: Quels sont les principales conséquences de la maladie mentale des parents sur le développement de l'enfant?

R: La trajectoire du développement de l'enfant peut être affectée par:

- un risque accru de retards dans l'acquisition ou l'expression du langage;
- de mauvais résultats scolaires dus à un manque de concentration ou de motivation;
- des difficultés à contrôler les réactions physiologiques et biochimiques au stress;
- des dérèglements accrus du sommeil et des difficultés à établir des rituels d'endormissement, de réveil et d'alimentation;
- des difficultés dans la régulation émotionnelle conduisant à un comportement plus agressif ou à une attitude oppositionnelle avec provocation;
- des stratégies de prise en charge insuffisantes;
- un risque accru de retrait social, des symptômes dépressifs tels que léthargie, tristesse et désarroi extrême en cas de séparation.

Q: Quel rôle joue l'équipe de santé mentale des enfants dans une famille où une maladie mentale chez la mère ou le père a été identifiée?

R: Il est essentiel d'établir avec la famille une relation d'aide et de confiance. Les relations agissent comme un modèle pour un nouveau style d'interaction pour les parents atteints de maladie mentale. Il procure une maîtrise et une sécurité pour traiter les traumatismes qui ont frappé la famille ainsi que la peur de ces parents concernant l'avenir du bien-être de leur enfant. En complément de l'effet d'acceptation et de stabilisation qu'apporte la relation professionnel-parent, le spécialiste de la santé mentale des enfants doit concilier intervention spécifique en cas de crise avec aide concrète et résolution de problème permanentes. Les interventions centrées sur la relation parent-enfant et le contrôle permanent contribuent également à fournir une aide directe à l'enfant.

Q: Comment le risque encouru par un jeune enfant séparé de sa mère ou de son père mentalement malade à qui il est profondément attaché peut-il être évalué par rapport au risque de le laisser aux soins de cette mère ou de ce père? Comment de tels risques peuvent-ils être minimisés ou améliorés?

R: Bien que l'affection de l'enfant ait une grande importance, cette considération ne doit à aucun moment l'emporter sur les considérations de dommage corporel et de traumatisme lié à la violence émotionnelle et à la négligence. La sécurité physique de l'enfant est primordiale. Pour l'enfant, se retrouver seul avec une

mère ou un père violent(e) à qui il est profondément attaché peut être psychologiquement dommageable dans la mesure où cette affection devient tout ce que l'enfant a au monde. Si l'enfant doit rester avec sa mère ou son père, les risques peuvent être minimisés en s'assurant que d'autres adultes en mesure d'apporter soin et soutien sont aussi présents de façon fiable, p. ex. pour aider une mère en dépression et s'assurer qu'elle ne reste pas seule avec son enfant. Si l'enfant doit être éloigné, des visites supervisées doivent être encouragées et facilitées. Les très jeunes enfants doivent être observés de près avec leur « mode d'attachement » et les signes de peur ou d'anxiété pris au sérieux. Les enfants plus âgés, de 3 à 6 ans, doivent avoir la possibilité d'exprimer leurs sentiments et leurs préoccupations. Les adultes peuvent ne pas se rendre compte de l'impact réel que les événements ont sur un enfant.

Q: Que faut-il dire aux enfants âgés de 2 à 6 ans au sujet du comportement de leurs parents qui est clairement dû à une grave maladie, par ex. parler en réponse à des hallucinations, grave repli sur soi-même dû à une dépression, rages imprévisibles? Que faut-il dire au sujet des hospitalisations et même des morts imminentes?

R: Tout d'abord, pour pouvoir exprimer leurs propres peurs et préoccupations les enfants ont besoin de forums appropriés tant avec que sans la présence de leurs parents. L'information donnée doit toucher l'enfant sur le plan des émotions et du développement et sous une forme qu'il peut comprendre, p. ex. l'enfant d'une mère psychotique qui se parle à elle-même ou d'un père psychotique qui se parle à lui-même, peut être inquiet au sujet de lui-même et de sa propre sécurité ou inversement être inquiet pour sa mère ou son père et craindre qu'il ou elle ne lui soit retiré(e). Il est important de découvrir ce qui préoccupe l'enfant avant de transmettre l'information. Un enfant ayant une mère ou un père physiquement malade peut avoir peur de la mort, de l'hospitalisation et du vide, ou peut craindre d'être exposé à un risque et de «l'attraper». La meilleure information vient de quelqu'un en qui l'enfant a confiance et à un moment où il est émotionnellement disponible et peut «l'entendre».

Réflexion guidée

- Quelles sont les considérations à prendre en compte pour réconcilier les intérêts conflictuels entre parents et enfant?
- Quel est le rôle des aides formelles et informelles dans la vie des familles frappées par une maladie mentale? Quelles formes d'aide peuvent être nuisibles «Championnes un jour, championnes toujours! Les femmes et le sport»?
 - Dans quelles interventions vous sentez-vous à l'aise? Quelles interventions vous mettent mal à l'aise?

6. Systèmes et écosystèmes

Fiche d'information

Aperçu

Une perspective systémique exige une façon particulière d'envisager les enfants, les fournisseurs de soins et les familles:

- Éviter de se concentrer sur une unité en particulier.
- Éviter de se concentrer sur des attributs – «cet enfant est agressif».

Se concentrer plutôt sur:

- le contexte – les parents, la famille étendue, la collectivité;
- les modèles et les séquences de comportement;
- les facteurs contextuels qui soutiennent la croissance et un comportement adaptatif ou qui contribuent à maintenir un comportement non adaptatif.

Les systèmes familiaux peuvent être compris en fonction des éléments suivants:

- La structure;
- Les limites – perméables, souples ou rigides;
- La hiérarchie;
- La nature des communications – ouvertes ou conflictuelles;
- Les affiliations et les alliances;
- La cybernétique – c'est-à-dire les circuits de rétroaction positive ou négative (à noter que ce concept est différent du renforcement positif et négatif. Il ne s'agit pas de récompenser ou de punir.) Il s'agit plutôt d'informations ou de signaux qui encouragent un certain comportement, c'est-à-dire qui émettent le signal d'en «faire plus» (rétroaction positive) ou qui découragent ce comportement, c'est-à-dire qui émettent le signal d'en «faire moins» (rétroaction négative). Les problèmes surviennent lorsque l'étalonnage de ces circuits ou leur régulation deviennent dysfonctionnels ou non adaptatifs;
- Les scénarios familiaux – ces scénarios émergent principalement du tissage des:
 - modèles d'attachement de chaque parent, hérités de sa famille d'origine;
 - souvenirs et sentiments de chaque parent sur la façon dont il ou elle a été élevé(e).

- Les scénarios familiaux peuvent être:
 - répétés
 - correctifs
 - improvisés
- Les scénarios sains sont flexibles et adaptatifs.
- Les scénarios malsains sont rigides, répétitifs et non adaptatifs.

Conséquence

- Le comportement apparemment malsain d'un enfant peut donc être moins indicateur d'une psychopathologie, par exemple agressivité, opposition, peur ou insomnie, que du besoin de l'enfant de s'adapter à certains modèles de communication, structures, circuits de rétroaction et scénarios familiaux.
- Il en découle des conséquences claires pour la nature et le point de mire des interventions.
- Par ailleurs, le fonctionnement d'une famille peut également être grandement influencé par le contexte dans lequel elle se trouve, par exemple son isolement par rapport à la famille étendue et aux amis, la présence de membres de la famille indiscrets, une collectivité et des structures sociales offrant peu de soutien, et des scénarios. Voici quelques exemples de ces scénarios:
 - (a) les familles monoparentales;
 - (b) des origines ethniques ou raciales particulières;
 - (c) le comportement d'un parent, présent ou passé, comme la consommation de drogues, une condamnation criminelle, le chômage, etc.
- Les collectivités peuvent avoir des scénarios clairs et rigides envers de tels facteurs.
- Les familles et les collectivités (tout comme les parents) peuvent être comprises comme fournissant une base solide ou précaire à leurs membres.

Stratégies

Recueillez des renseignements sous divers angles, dont des informateurs sur la famille et des facteurs contextuels plus larges, avant de tirer une conclusion (poser un diagnostic) quant aux conséquences de certains comportements en particulier.

Posez un diagnostic systémique qui comprend des facteurs individuels et familiaux, de même que des facteurs sociaux plus larges.

Décidez où il faut intervenir en gardant à l'esprit les facteurs suivants:

- Les facteurs dans le système qui semblent avoir la plus grande influence sur 1) la création et le maintien de symptômes ou de la dysfonction ET sur 2) le soutien d'une adaptabilité saine.
- Les personnes avec qui vous pouvez former une alliance positive dans le système, à titre d'intervenants, ainsi que le domaine.

Décidez de la façon dont vous interviendrez en gardant à l'esprit les facteurs suivants:

- L'urgence – si le système se dirige droit vers l'effondrement ou une perte de contrôle grave, des interventions décisives urgentes, incluant le retrait de l'enfant, pourraient être indiquées.
- L'intérêt général du recours à des interventions qui:
 - renforcent les compétences parentales et l'estime de soi;
 - encouragent les parents (ou les gardiens) à travailler ensemble pour trouver des solutions;
 - aident les parents (ou gardiens) à créer leurs propres solutions uniques face aux problèmes qu'ils éprouvent;
 - encouragent les parents à réfléchir aux facteurs qui influencent leur comportement, par exemple leur propre expérience en tant qu'enfants;
 - amènent la famille à adopter des structures et modèles plus sains et plus flexibles.

Surveillez votre propre expérience et votre comportement subjectifs en vous souvenant que les systèmes exercent une pression considérable sur toutes les personnes avec qui ils entrent en contact. Citons, entre autres, des pressions visant à:

- faire observer la loi du silence et à nier la situation réelle, par exemple dans les cas d'abus ou de négligence;
- vous faire prendre parti pour un aspect ou l'autre d'un système;
- susciter en vous des sentiments négatifs d'incompétence, de traumatisme ou d'hostilité alors que vous commencez à réussir et à pousser le système à changer. Le système offrira souvent une résistance face à de tels changements.

Si possible, ayez toujours une équipe ou un consultant pour vous soutenir et considérez le fait de consulter librement comme un signe de compétence professionnelle.

FAQ

Q: Comment la perspective systémique peut-elle être utilisée de manière à prendre en considération la réalité et la gravité de certains comportements et situations, plus particulièrement là où il y a abus ou négligence d'un nourrisson ou d'un enfant d'âge préscolaire?

R: La perspective axée sur les systèmes peut être très utile en la matière si les éléments suivants sont pris en considération:

1. La vulnérabilité physique et émotionnelle de l'enfant.
2. Les facteurs dans les systèmes parentaux, familiaux (famille étendue) et sociaux (facteurs élargis) qui peuvent être utilisés pour soutenir l'enfant et la dyade parent-enfant, et donc atténuer l'abus. Il faut également prendre en considération les facteurs qui pourraient l'augmenter ou le perpétuer, par exemple dans l'évaluation des effets nuisibles potentiels du comportement d'une mère, n'oubliez pas de tenter de voir si un autre membre de la famille peut fournir une aide fiable ou, au contraire, si la mère est sur le point d'éprouver encore plus de stress, comme par exemple à la libération imminente de son conjoint brutal de la prison.

Q: Quelle est la différence entre une perspective systémique et une perspective familiale ou communautaire?

R: Une perspective systémique considère tous les systèmes pertinents, par exemple nos modèles physiologiques, les systèmes psychosociaux des individus, les systèmes familiaux et communautaires, de même que les interactions complexes entre tous ces facteurs. Prendre seulement en considération la perspective familiale pose le danger de se concentrer uniquement sur la famille comme unité, par exemple, et peut finir par privilégier la « famille », son autonomie, etc., aux dépens d'un membre en particulier de la famille, comme par exemple un enfant vulnérable.

Q: Comment la perspective systémique tient-elle compte de l'influence du bagage génétique et du tempérament?

R: La plupart des chercheurs sur les nourrissons s'entendent pour dire que les facteurs génétiques et environnementaux forment un système complexe d'interactions, dès le moment de la conception. Les gènes interagissent avec d'autres gènes de même qu'avec les milieux intra-utérin et postnatal. Il est donc essentiel de bien comprendre la contribution du bagage génétique pour obtenir une véritable perspective systémique.

Q: Comment certaines des «écoles de pensée» les plus modernes, par exemple la focalisation sur les solutions, la thérapie narrative, le constructivisme, etc., peuvent-elles se rattacher à une perspective systémique?

R: Il faut noter que ces «écoles» ont vu le jour dans le contexte de la théorie et de la pratique des systèmes familiaux et élargis, de sorte que chacune privilégie une perspective particulière et donc n'est plus véritablement systémique. Par exemple, la thérapie misant sur les solutions privilégie un style d'intervention particulier; la thérapie narrative, un ensemble particulier de modèles et d'interactions (l'histoire construite d'un individu), alors que le constructivisme, lui, met l'accent sur la nature subjective de notre perception de la réalité.

Réflexion guidée

- Comment alliez-vous – et par conséquent maximisez-vous – le potentiel positif de la culture dominante dans la société avec vos propres perspectives personnelles pour joindre un large éventail de systèmes et de contextes familiaux et y intervenir?
- Comment privilégiez-vous les perspectives individuelle et ethnique particulières de chaque famille?
- Réfléchissez à ce que vous, ou des personnes que vous connaissez, ressentirez et à votre comportement dans des situations différentes.

Ressources

Byng-Hall, J. (1995). *Rewriting Family Scripts*. NY: Guildford Press.

Hoffman, L. (1981). *The Foundation of Family Therapy*. NY: Basic Books.

Minuchin, S. (1974). *Families and Family Therapy*. Harvard University Press.

Minuchin, S. et Fishman, H. (1981). *Family Therapy Techniques*. Harvard University Press.

7. Diversité culturelle

Fiche d'information

Les professionnels compétents en matière de culture reconnaissent que les différences d'attitudes, de valeurs et de croyances ne sont pas inquiétantes mais enrichissantes. Ils pensent qu'une vaste identité commune existe parmi tous les êtres humains (c.-à.-d. un besoin d'amour, de sécurité, et d'amitié, un sentiment d'appartenance, la compétence et la possibilité d'atteindre son propre potentiel, etc.). C'est la manière dont ces besoins communs sont exprimés qui diffère grandement d'une culture à l'autre, ainsi que parmi les membres de la famille d'une même culture.

Principes des prestataires de services compétents en matière de culture (Lynch & Hanson, 1998):

- Une professionnelle ou un professionnel doit comprendre son milieu culturel, ethnique et linguistique ainsi que les valeurs et les croyances concernant les individus qui sont différents d'elle ou de lui.
- Chaque famille est unique et bien qu'elle soit influencée par son milieu ethnique, culturel, racial et linguistique, elle n'est pas entièrement définie par ces facteurs. Les différences dans ces facteurs ne doivent pas être utilisées pour stéréotyper ou servir d'unique moyen de détermination dans le cadre d'une approche d'intervention.
- La culture n'est pas figée. L'apprentissage de sa propre culture ou de la culture d'un autre ne peut pas se faire une fois pour toutes, mais doit se faire tout au long de la vie.
- Les professionnels ont deux rôles principaux: collaborer avec les familles pour définir des interventions qui soient compétentes culturellement; et expliquer le courant culturel dominant aux familles pour qu'elles puissent trouver des moyens de le surmonter efficacement.
- Toutes les interactions et les interventions prennent place dans un contexte sociopolitique plus large. L'objectif ultime de la compétence culturelle est de reconnaître et de surmonter les obstacles politiques et sociétaux qui nous séparent artificiellement.

La culture est construite conjointement par les parents et l'enfant selon un système de sens partagés. Voici une liste de problèmes et d'obstacles à la compétence culturelle:

- Difficultés de langage et de style de communication
 - Comprendre le pourquoi et le comment des services de santé mentale de la petite enfance.
 - Même avec des interprètes, les nuances et les subtilités peuvent être perdues et faire que les discussions restent à un niveau superficiel ou sont déformées par des inexactitudes ou une incomplétude des interprètes.
 - Les différences dans les styles de communication non verbale peuvent limiter et gêner la relation parent-professionnel c.-à.-d., faire signe de la tête pour indiquer «oui je comprends» ne doit pas être interprété comme «oui je m'y engage».
 - Les expériences précédentes avec les « symboles d'autorité » peuvent avoir des conséquences radicales sur la participation aux évaluations et aux interventions.

- Difficultés à partager les significations profondes
 - Des écarts dans la compréhension mutuelle des relations, du rôle parental ou du développement de l'enfant peuvent créer des obstacles et des conflits.

- Différences de perception du code vestimentaire et du comportement «appropriés»
 - Les familles peuvent avoir des croyances culturelles ou religieuses spécifiques vis-à-vis des styles vestimentaires, des modes de salutation, du langage corporel, des sujets de discussion ou du comportement en interaction.

- Manque de sensibilisation à la dynamique et au rôle de la famille
 - Comprendre les valeurs qui régissent l'implication et le rôle des différents membres de la famille dans le processus d'évaluation et d'intervention.

- Historique de l'oppression d'un groupe culturel
 - Comprendre les effets de traumatismes directs ou transmis par personne interposée (p. ex. séparation des familles et des communautés; violence, placement en famille d'accueil, etc.) sur le rôle parental et le développement de l'enfant.
 - Méfiance, rancœur et haine si la professionnelle ou le professionnel représente le groupe ethnique de l'opresseur.
 - L'historique de l'oppression et les disparités en matière de pouvoir ont influencé la manière dont les familles se comportent dans les relations professionnelles ainsi que leur perception de ce qui est nécessaire à leur enfant pour qu'il s'adapte et qu'il survive.

- Conflit dans les valeurs entre la professionnelle ou le professionnel et la famille
 - Certaines croyances, pratiques et circonstances peuvent faire affront au système de valeurs de la professionnelle ou du professionnel ou bien à celui des parents, c.-à.-d. alors que la praticienne ou le praticien croit en une approche axée sur la famille, cette dernière peut attendre, pour des raisons culturelles, que la professionnelle ou le professionnel soit autoritaire et prenne les devants; l'absence d'une telle initiative peut résulter en un manque de confiance en la ou le prestataire de services.
 - Réticences de la famille à adopter les valeurs et les pratiques d'éducation des enfants du courant dominant.
 - L'approche clinique de l'Occident est axée sur l'individu, tandis que d'autres approches sont plutôt axées sur la famille. La praticienne ou le praticien risque de tomber dans le piège de diagnostiquer comme facteur pathologique une valeur culturelle, c.-à.-d. le besoin de discuter les décisions avec les membres de la famille étendue est considéré comme une dépendance excessive sur les autres.

- Impact de l'immigration – les facteurs suivants peuvent contribuer à une résistance ou une défiance de la part de la professionnelle ou du professionnel:
 - perte du statut professionnel et économique;
 - nouvelles tensions dans la famille;
 - manque de soutien informel;
 - manque de sensibilisation et de confort dans la recherche d'un système de soutien formel;
 - racisme et discrimination.

Signes indiquant que la «culture» peut poser un problème:

- résistance à participer;
- désaccord à propos des principaux composants des interventions thérapeutiques;
- la clinicienne ou le clinicien travaille trop;
- évitement, «vous ne comprenez pas»;
- la ou le thérapeute observe un problème comportemental mais ne peut lui trouver aucune explication.

Stratégies

L'enfant existe dans un contexte d'environnements familial, physique et social, de règles culturelles et de pratiques d'éducation des enfants et de croyances dominantes à propos de l'enfance.

Être culturellement compétent nécessite de la part de la professionnelle ou du professionnel qu'il explore le contexte social encadrant le développement de l'enfant et la vie de famille. Posez des questions sur les perceptions et croyances familiales clés dans les domaines suivants:

- **Caractéristiques de l'enfant:**

- Tempérament
- Santé
- Réalisations clés
- Importance du sexe et du rang de naissance

- **Pratiques des parents:**

- Mode d'éducation des enfants – alimentation, sommeil et pratiques de socialisation (comprenant à la fois les comportements affectifs et agressifs)
- Rôle de la religion et des croyances à propos de l'enfance
- Traditions qu'il est important de préserver
- Croyances à propos de la santé et des soins (dont la vision de la famille à propos d'un handicap ou d'un besoin spécial)

- **Interactions parent-enfant:**

- Pratiques d'attachement
- Rôle du parent-substitut principal et importance des autres membres de la famille dans la vie de l'enfant
- Styles de communication et d'interaction
- Perception de l'indépendance et de la dépendance au cours des différentes étapes de la vie de l'enfant
- Approche de la discipline

- **Contexte familial:**
 - Priorités et préoccupations
 - Valeurs liées à l'aide et à l'intervention

- **Contexte communautaire:**
 - Comment est perçu le système communautaire de services et de réseaux?
 - Quelles sont les formes préférées d'interaction avec la communauté?
 - Quelles sont l'accessibilité et la disponibilité des mécanismes de soutien et des ressources informels et formels?
 - Quels sont les obstacles en matière de soutien et de ressources?

Stratégies permettant de favoriser l'établissement de relations culturellement sensibles avec les familles:

1. Être ouvert à l'apprentissage des croyances culturelles et des pratiques de la famille.

2. Reconnaître que les valeurs, croyances et comportements sont basés sur la culture.

3. Établir des rapports sensibles et réceptifs avec les familles en:
 - étant sensible aux difficultés et préoccupations auxquelles font face les nouvelles familles au Canada;
 - trouvant une identité commune avec la famille comme point de départ;
 - prenant conscience du changement notable de statut économique et social des nouveaux Canadiens;
 - étant compréhensif à l'égard des sentiments de tristesse, de perte et de nostalgie envers la patrie;
 - étant attentif aux indicateurs de traumatismes.

4. Résoudre les problèmes et discuter des différences culturelles ou raciales.

5. Quand il n'y a plus de progrès dans un dossier, considérez comme potentiel un problème lié aux différences culturelles qui n'a pas encore été traité et analysez-le.

Ressources

Harkness, S. & Super, C.M. (éd.) (1996). *Parent's Cultural Beliefs Systems: Their origins, expression and consequences*. New York: Guildford Press.

Lieberman, A.F. (1989). What is culturally sensitive information? *Early Child Development and Care*, 50, 197-204.

Lynch, E. & Hanson, M., éd. (1998). *Developing Cross-Cultural Competence: A Guide for Working with Children and Their Families*. Baltimore: Paul Brooks Publishing Co.

FAQ

Q: Comment puis-je faire comprendre à une famille l'importance du traitement pour leur enfant?

R: Si, comme James Garbarino, vous croyez que «chaque culture a quelque chose à enseigner et quelque chose à apprendre» (1995), alors vous serez capable d'écouter les problèmes que la famille peut avoir en ce qui concerne le traitement. Cela peut vouloir dire qu'une fois que vous aurez une meilleure compréhension des valeurs et des croyances de la famille, vous pourrez expliquer pourquoi une stratégie sera utile ou trouver une base commune à partir de laquelle résoudre les problèmes liés à une intervention qui correspond aux perspectives de la famille. Si la professionnelle ou le professionnel n'écoute ce que lui dit la famille qu'avec ses propres modes de compréhension théoriques et cliniques, alors la situation sera dans une impasse.

Q: Que dois-je faire s'il n'y a pas d'interprète pour une langue précise dans ma collectivité?

R: Essayez le système de soutien informel et renseignez-vous pour savoir si la famille a des amis, des collègues, des chefs religieux ou n'importe qui dans la communauté qui puisse vous aider avec la traduction.

Q: Que faire si la famille veut avoir une ou un prestataire de services issu(e) de son propre milieu culturel?

R: L'objectif final est de faire que les services satisfassent les besoins de la famille. Si la famille estime que quelqu'un de la même culture comprendra les pratiques et les valeurs traditionnelles, alors l'intégration des besoins cliniques et culturels sera sans doute mieux servie en respectant la demande de la famille.

Q: Il y a tant de permutations liées à la culture, la religion, la race, etc. Comment puis-je garder tout ceci à l'esprit et que dois-je faire?

R: Cela peut être épuisant voire paralysant si nous pensons que chaque comportement, chaque parole ou chaque action d'un parent a une conséquence culturelle, ethnoraciale ou religieuse. La compétence culturelle consiste plutôt à reconnaître que les familles évoluent dans un contexte sociopolitique très large et que bien que ce contexte soit influencé par la race, la culture, le langage et le statut économique, les familles sont très particulières. Par conséquent, avoir des a priori et avoir recours à des informations stéréotypées va à l'encontre du processus d'apprentissage des familles sur elles-mêmes à travers notre interaction avec elles. Quand il y a un engagement et un mouvement en avant de la part des familles, il est peu probable que vous aurez à vous inquiéter d'un écart culturel

dans votre intervention. Si ce n'est pas le cas, vous devez considérer les besoins culturels comme un problème potentiel qui n'a pas été résolu correctement.

Réflexion dirigée

- Comment est ce que votre propre contexte culturel et familial influence les valeurs qui forment vos perceptions des relations familiales, du rôle des parents et des pratiques clés de l'éducation des enfants?
- Existe-t-il des valeurs culturelles qui vous semblent plus naturelles ou plus pratiques ou au contraire qui vous semblent plus étrangères ou effrayantes? Comment gérez-vous les émotions susmentionnées?
- Comment augmentez-vous votre prise de conscience et votre sensibilité culturelles personnelles?

8. Participation des familles difficiles à joindre

Fiche d'information

Un changement qui peut avoir de profondes conséquences dans le traitement et l'intervention au stade de la petite enfance est la nouvelle conceptualisation du rôle de la famille. Les conséquences de ce changement de paradigme sont les suivantes:

- Les familles sont maintenant placées au centre et ce sont les services qui les entourent.
- L'attention est portée sur les histoires et significations de la famille, sa façon de faire face à la situation et son style d'adaptation.
- L'importance de la diversité de la famille nécessite une compétence interculturelle.
- La nature de la relation parents-professionnel est passée de l'approche traditionnelle, soit «il faut régler le problème», dictée par le professionnalisme, à une approche plus collaboratrice de partenariat de travail.

Voici les principales caractéristiques d'une philosophie centrée sur la famille:

- La famille est un participant clé, un partenaire égal prenant des décisions dans le processus d'évaluation et de planification des interventions.
- Les atouts et les ressources de la famille sont identifiés et servent de fondement.
- La famille détermine son propre niveau de participation et prend des décisions éclairées sur les priorités, les objectifs et les types de services.
- Un consentement éclairé doit faire partie de l'ensemble du processus.
- Le rôle du professionnel est d'améliorer et de soutenir la capacité de la famille de trouver des solutions et de répondre aux besoins de son enfant; de partager ses connaissances dans le cadre d'une relation respectueuse et collaboratrice afin que la compétence de l'enfant et de la famille soit renforcée (Dunst et coll., 1988).

Les services centrés sur la famille exigent les aptitudes suivantes de la part des professionnels:

- Collaboration
- Soutien
- Négociation

- Connaissance de soi et pratique réflexive
- Écoute active
- Attitude exempte de critique
- Connaissance du développement des enfants, des défis en matière de rôle parental et des traumatismes inhérents

Obstacles à la participation – pragmatiques

- Accès à un téléphone
- Accès à un mode de transport
- Temps requis pour les déplacements
- Alphabétisation
- Risque au niveau de la sécurité pour les interventions à la maison
- Horaire pendant la journée

Obstacles à la participation – professionnels

- Tendance à juger et à apposer rapidement une étiquette
- Frustration face à l'impuissance de ne pouvoir connecter; finit par sembler une perte de temps ou un rejet
- Inflexibilité pour faire en sorte que les services répondent aux besoins de la famille
- Triangulation

Obstacles à la participation – familiaux et personnels

- Hésitation à raconter les «affaires» de famille à l'extérieur du cercle familial
- Rejet, critique et blâme dont on s'attend de la part des professionnels
- «Secrets» qui doivent être gardés, par exemple abus de substances, violence familiale, trouble de santé mentale
- Besoins ou problèmes plus urgents, par exemple alimentation, hébergement et sécurité
- Manque de réceptivité
- Traumatismes survenus antérieurement
- Sentiment de désespoir, situation qui semble sans issue

Obstacles à la participation – familiaux et liés aux services

- Peur de s'impliquer avec les services de protection de l'enfance
- Peur de perdre le contrôle au profit de l'agence; sentiment d'impuissance
- Nombre élevé de professionnels avec qui interagir
- Différences culturelles
- Méfiance causée par de mauvaises expériences antérieures avec des organismes d'aide

La motivation de changer entraîne des problèmes clés qui influent sur la participation des familles. Parmi les principaux facteurs de motivation, citons:

1. Le changement désiré apportera plus de bienfaits que le statu quo.
2. On a l'impression que les choses peuvent changer (espoir).
3. On a la volonté nécessaire pour changer.
4. Il existe des ressources pour maintenir le changement.
5. La peur de l'inconnu (du changement) n'est pas démesurée, mais elle semble plutôt acceptable.
6. Le système de croyances soutient le besoin de changement.
7. La famille sait ce qu'elle doit faire concrètement.
8. La famille perçoit le clinicien comme quelqu'un qui croit qu'elle peut «y arriver».

Il y a beaucoup plus de chances que les objectifs soient atteints lorsque la famille comprend comment les changements l'affecteront positivement et lorsqu'elle sent qu'elle est capable d'atteindre ces objectifs de changement.

Ressources

Dunst, C.J., Trivette, C.M. & Deal, A. (1988). *Enabling and Empowering Families: Principles and Guidelines for Practice*. Cambridge, MA: Brookline Books, Inc.

McDonough, S.C. (2000). Interaction Guidance: An approach for difficult to engage families. Dans C.H. Zeanah, Jr. (éd.) *Handbook for Infant Mental Health*. NY: Guilford Press.

www.zerotothree.org

Stratégies

Cadre de travail conceptuel

1. *Changez votre perception de la «famille qui résiste» à la lumière des obstacles expliqués précédemment*, par exemple la famille est incapable d'acquérir les aptitudes ou les connaissances nécessaires pour apporter les changements voulus ou il y a transfert.
2. *Évaluez vos croyances sur la famille*. Même si vous ne dites jamais que vous pensez que la famille ne peut pas changer, vos interactions parleront pour vous. Discutez-en avec votre superviseur, votre équipe ou vos collègues et faites attention au problème de contre-transfert (voir Bien-être personnel).
3. *Minimisez la triangulation* en coordonnant les efforts entre les autres agences visées; ne permettez pas qu'il y ait des secrets et partagez ouvertement tous les problèmes avec tous les intervenants; clarifiez les rôles et respectez celui qui vous incombe.
4. *Rendez la thérapie intéressante et concrète*. Les sermons et la thérapie informative ou orale ont tendance à être moins efficaces auprès des familles qui sont désengagées. Servez-vous d'activités, de jeux et de jeux de rôles amusants. Exploitez les sens visuels et kinesthésiques des membres de la famille.
5. *Maximisez la sécurité*. De nombreuses familles ont l'impression qu'elles ont été «vendues» ou «trahies» ou qu'elles ont été victimes de programmes secrets et de décisions surprises de la part d'agences par le passé. Mettez vos cartes sur la table. N'ayez pas de programme secret. Faites face ouvertement au problème de confidentialité et aux problèmes auxiliaires de protection de l'enfance ou des rôles d'autorité. Soyez honnête.
6. *Comprenez le système de croyances*. Lorsque les choses sont bloquées, il y a généralement un système de croyances en place et tant qu'il demeurera intact, les possibilités de changement seront limitées. Par exemple, si des parents croient que la seule chose qui vous intéresse est de leur enlever leur enfant, vous ne pourrez rien accomplir avec eux.
7. *Maximisez le respect et la confiance mutuels*.

8. *Maximisez l'utilisation des atouts de la famille.*
9. *Maximisez l'expertise de la famille.*
10. *Maximisez la relation que vous avez avec la famille.*

Cadre de travail conceptuel

- **Étapes pour créer une alliance gagnante reposant sur l'empathie, le respect, la bienveillance et une véritable compréhension:**

1. Observer la famille et l'inviter à partager son histoire.
2. Écouter et répondre sans juger.
3. Permettre à la famille d'identifier ses forces.
4. Résoudre les conflits de manière proactive.
5. Bâtir des relations.
6. Encourager une participation égale et créer un sentiment d'espoir.
7. Minimiser la triangulation.
8. Clarifier les rôles et établir des objectifs clairs.
9. S'assurer qu'il n'y a aucun secret ou aucune surprise.

- **Établir des relations continues**

- **Respectez:**

- la famille, qui fait de son mieux;
- les objectifs et les valeurs de la famille;
- l'honnêteté de la famille et la vôtre;
- les difficultés et les traumatismes que la famille a vécus.

- **Souvenez-vous:**

- que la famille détient le contrôle ultime sur la direction de l'intervention;
- de fournir une continuité et une cohérence personnelles;
- d'être disponible dans les moments de crise;

- de persister lorsque vous faites face au rejet;
 - d'être clair quant aux limites du travail clinique;
 - de reconnaître les expériences positives et négatives de la famille et de faire preuve d'empathie envers elle;
 - de reconnaître les facteurs qui pourraient entraver l'expérience parents-professionnel.
- **Habilitez:**
 - les parents à être des agents de changement dans la vie de leur famille, par exemple avec leur enfant;
 - toutes les personnes visées en vous assurant que l'information est partagée et ouverte.
- **Écoutez activement:**
 - résumez ou paraphrasez pour vous assurer d'avoir bien compris l'information;
 - demandez au client de vous dire ce qu'il a entendu et compris;
 - ne triangulez pas et ne devenez pas triangulé(e).

Ressources

Ages and Stages Questionnaire.

Anderson, C. & Stewart, S. (1983). *Mastering Resistance*. NY: Guilford Press.

Cowger, G. (1997). *Assessing clients strengths: Clinical assessment for client empowerment*. *Social Work*, 39(4), 262-266.

De Shazer, S. (mars 1984). *The death of resistance*. *Family Process*, 23, 11-21.

Haley, J. (1976). *Problem Solving Therapy*. San Francisco: Jossey-Bass.

Hincks-Dellcrest (2000). *Learning Through PlayCalendars: From Birth to Three Years; From Three to Six Years*.

Invest in Kids Years Before Five Resource Kit.

Nipissing District Developmental Screening.

Sommers-Flanagan, J. & R. (1997). *Tough Kids, Cool Counseling: User-Friendly Approaches with Challenging Youths*.

Walsh, F. (1998). *Strengthening family resilience*. New York: Guilford Press.

www.infolnks.com – renseignements sur les travaux du D^r Louis Rossetti, et la vidéo *Enhancing Services to Infants, Toddlers and their Families*.

www.play-therapy.com – site pour le centre de la thérapie par le jeu et l'amélioration de la famille.

www.capt.com – site de la Canadian Association of Play Therapy.

FAQ

Q: Comment peut-on équilibrer le besoin de «régler» le problème de l'enfant avec les besoins de la famille?

R: Il arrive souvent que les parents aient de multiples besoins personnels qui sont en concurrence avec les besoins de l'enfant. Il faudra peut être mettre en œuvre différentes stratégies à la fois afin de soutenir l'enfant et les parents. Dans la mesure du possible, intégrez de l'information au sujet des besoins de l'enfant lorsque vous planifiez des stratégies avec les parents. Par exemple, élaborer une routine pour ce qui est de l'heure du coucher pour un parent qui se sent dépassé par les événements et stressé, ce qui permettra une plus grande constance dans les structures familiales pour l'enfant, de même qu'une réduction du stress pour le parent.

Soutenez les parents et guidez-les dans les moments de crise. Intégrez des activités qui aident les familles à acquérir les aptitudes de base nécessaires à l'apprentissage. Vous les aidez à apprendre comment apprendre en même temps que vous vous attendez à ce qu'ils apprennent comment devenir de bons parents.

Et, finalement, vous devrez peut-être vous concentrer sur les besoins des parents avant de porter votre attention sur les besoins de l'enfant, à condition que ce dernier ne soit pas en danger et que son développement ne soit pas compromis.

Q: Comment maintenons-nous une relation adéquate avec les services de protection de l'enfance?

R: De nombreux professionnels qui travaillent auprès de familles rencontrent des situations dans lesquelles ils doivent offrir des services ordonnés par la cour ou croient que consulter une agence de protection de l'enfance avant de parler avec les parents serait une trahison de la relation qu'ils ont avec une famille. Il est important de comprendre que le rôle d'un ou d'une professionnel(le) ne l'emporte jamais sur des exigences de déclaration légiférées. Un énoncé clair doit être donné et passé en revue avec les familles lors de toute première rencontre au sujet des responsabilités légales en matière de consultation des services de protection de l'enfance, lorsqu'il y a des inquiétudes par rapport à la sécurité d'un enfant, sa protection ou son bien-être. Informez les familles sur la protection des enfants plutôt que de leur attribuer le rôle du méchant. Il est conseillé d'élaborer des protocoles lorsqu'il est nécessaire de travailler avec des services de protection de l'enfance. Ces protocoles doivent définir le processus, les responsabilités, la communication et la résolution de conflits entre les deux agences. N'hésitez pas à fixer des réunions régulièrement avec la haute direction de toute agence communautaire visée afin de résoudre des problèmes qui font obstacle au travail effectué auprès de familles accablées.

Q: Arrive-t-on à un point où l'on doit abandonner?

R: Parfois, il est nécessaire de prendre de la distance et de donner à la famille le temps dont elle a besoin pour décider comment elle souhaite vivre sa vie. Si vous décidez de ne plus offrir vos services, il se peut que vous ayez l'impression «d'avoir abandonné physiquement»; cependant, vous pouvez demeurer lié(e) émotionnellement à la famille si vous laissez la porte ouverte pour qu'elle vienne à vous éventuellement ou pour que vous puissiez vous informer de la situation de temps à autre. Vous enverrez ainsi un message clair que cette famille vous importe, que son sort vous tient à cœur et que vous ne lui gardez nullement rancune.

Q: Comment habilitiez-vous une famille lorsqu'elle semble faire de «mauvais» choix?

R: Les fournisseurs de services doivent respecter et honorer les décisions que les familles prennent même lorsqu'il est impossible d'être d'accord avec elles. L'essentiel est que la sécurité et la protection de l'enfant ne soient pas en jeu. Pour toutes les autres situations, il est important de dire ouvertement que d'autres options existent. Vous pouvez aider une famille à explorer les autres choix qui s'offrent à elle et ensuite intégrer une obligation de rendre compte pour la voie dans laquelle elle s'est engagée.

Réflexion guidée

- Si un professionnel vous téléphoniait pour fixer un rendez-vous, quels seraient les aspects de son style de communication qui pourraient influencer votre réponse? Si vous vous sentiez particulièrement vulnérable quant à certains aspects de votre vie, comment cela pourrait-il affecter l'importance que vous accorderiez à l'appel?
- De quelles techniques vous servez-vous pour établir un lien avec une famille?
- Quelles stratégies créatives avez-vous observées au sein de votre agence ou ailleurs pour pousser les familles à établir une relation de travail valable?

9. Dépistage et évaluation

Fiche d'information

De la naissance à l'âge de 6 ans, il est important chez un enfant d'éliminer tout problème de santé ou de développement avant de déterminer qu'il existe un problème de santé mentale. Le changement de paradigme dans le traitement de la petite enfance exige maintenant qu'il englobe une évaluation. Les principes suivants font état des changements importants que connaît le domaine de l'évaluation de la petite enfance dans les dernières années.

PRINCIPES DU DÉPISTAGE ET DE L'ÉVALUATION

Il convient de voir le dépistage et l'évaluation comme faisant partie intégrante du processus de l'intervention et non seulement comme un moyen de reconnaître et de mesurer.

- Fusionner le dépistage et l'évaluation signifie que l'on dispose alors de données recueillies au moyen d'outils d'évaluation, tout en établissant les interactions qui appuient le développement de l'enfant.

Le dépistage et l'évaluation doivent puiser à plusieurs sources d'information.

- Jusqu'à présent, les évaluations faisaient appel à des procédures hautement spécialisées et à des instruments normatifs appliqués dans un milieu formel.
- Aujourd'hui, l'évaluation recueille ses données à partir de points de vue multiples et d'une variété de contextes, pour former un portrait multidimensionnel de l'enfant, y compris ses points forts et ses aptitudes.
- La santé mentale des enfants n'étant pas un phénomène isolé, les pratiques exemplaires courantes font appel à des évaluations multiples par des personnes représentant diverses disciplines.

La participation de la famille fait partie intégrante du processus de dépistage et d'évaluation.

- On avait l'habitude de concentrer les évaluations sur l'enfant seul. Aujourd'hui, les évaluations considèrent l'enfant en rapport avec la famille et avec ses gardiens, dans l'ensemble de son écosystème.
- La famille est au cœur du processus et participe à l'évaluation des points forts, des ressources et des besoins.

Le processus de dépistage et d'évaluation doit examiner les aspects de l'expérience d'un enfant qui sont essentiels à son développement et ce, de manière naturelle et familière, sans l'impressionner.

- Jusqu'à présent, l'évaluation des jeunes enfants se déroulait dans un milieu structuré et dans des circonstances réglementées. Depuis quelques années, on tend plutôt à évaluer l'enfant dans un milieu familial et « inclusif » qui le met à l'aise, ne l'intimide pas et même l'intéresse, soit à la maison, à la garderie ou à l'école.
- Le jeu fait partie de l'évaluation.
- Le dépistage et l'évaluation doivent tenir compte de la culture de l'enfant.
- Une formation approfondie est nécessaire, dans deux domaines – a) administration, notation et interprétation de tests; et b) connaissance de la théorie des systèmes familiaux, des processus d'interaction et de la diversité culturelle.
- L'évaluateur doit savoir communiquer efficacement avec la famille, afin d'en reconnaître les points forts, de l'appuyer et, de discuter de ses besoins.
- Il est essentiel de tenir une séance-bilan avec la famille. Les résultats doivent lui être offerts dans des termes clairs et concrets en marquant un rapport direct avec ses besoins et préoccupations.
- Il faut traduire et interpréter toute autre évaluation clinique pour la famille.

Ressources

Greenspan, S., et Wieder, S., *Dimensions and Levels of the Therapeutics Process in "Infants in Multirisk Families"* – Éd.: Greenspan, S., Wieder, S., Nover, R., Lieberman, A., Lourie, R., Robinson, M.; pages 391 à 430. International Universities Press Inc., Madison (Connecticut).

Handbook of Early Childhood Intervention, Shonkoff, J.P. & Meisels, S.J. (éd.) 2000. Cambridge (GB): Cambridge University Press. Ouvrage contenant une section consacrée entièrement aux méthodes d'évaluation.

Liste des mesures du dépistage et de l'évaluation.

Understanding Young Children's Mental Health: A Framework for Assessment and Support of Social-Emotional-Behavioral Health. Nebraska Early Childhood Mental Health Work Group, janvier 2001.

Zero to Three, février/mars 2001, vol. 21, n° 4 – Numéro établissant le lien entre l'évaluation et l'intervention.

Stratégies

Dans le domaine de la santé mentale de la petite enfance, l'évaluation des familles a été fortement influencée par les systèmes écologiques et les modèles d'autonomisation. Il s'ensuit que l'on met l'accent maintenant sur des stratégies d'évaluation axées sur la famille, permettant à celle-ci de prendre les rênes du processus et de participer d'égal à égal.

UNE ENTREVUE EFFICACE ET SENSIBLE

Pour faciliter les communications

- permettre au parent de donner le ton;
- employer un langage simple (pas un jargon professionnel);
- inviter le parent à offrir des renseignements et des observations de l'enfant.

Faire preuve d'intérêt

- pratiquer l'écoute active;
- répéter les déclarations de la famille en les paraphrasant;
- donner aux membres de la famille un écho de la matière et des sentiments de leurs déclarations;
- s'exprimer dans des termes montrant que l'on apprécie leurs problèmes et leurs sentiments.

Poser les questions au moment judicieux

- au départ, éviter de se concentrer sur les questions pouvant susciter l'anxiété;
- questions et commentaires doivent être offerts au bon moment dans le déroulement des déclarations du parent.

Formuler des questions judicieuses

- poser des questions ouvertes pour découvrir les valeurs, perceptions et perspectives;
- éviter l'emploi de «pourquoi», qui évoque un interrogatoire ou un jugement;
- éviter les questions suggestives;
- ne pas ignorer le fait que dans certaines cultures, une question directe est considérée comme étant déplacée;

- faire en sorte qu'il soit possible d'avoir des discussions spontanées sur la vie des membres de la famille ou sur des sujets importants pour eux.

Poser des questions exploratrices

- pour approfondir une question ou pour amener le parent à préciser, p. ex.:
 - *Pourriez-vous m'en dire davantage à ce sujet?*
 - *Est-ce que vous pouvez me donner quelques exemples pour me permettre de mieux comprendre?*
 - *Et quels sont vos sentiments à ce sujet?*
- répéter la question ou la modifier;
- répéter la réponse du parent, puis marquer un temps d'arrêt.

Savoir reconnaître l'angoisse d'un parent

- être attentif aux indicateurs, verbaux et autres, qui révèlent le ton affectif;
- observer le comportement moteur, le niveau d'activité et toute modification de la posture;
- observer tout changement de la physionomie et du ton par rapport à l'objet de l'interview.

Comment réagir en cas de résistance

- répondre à la résistance par la réflexion;
- s'adapter et trouver un terrain d'entente commun;
- faire appel aux parents pour solutionner un problème;
- donner un nom à tout problème mis sur la table;
- demander à la famille de prêter son aide;
- rechercher une entente.

Poser des questions sur les émotions et faire écho

- poser des questions faisant preuve d'empathie;
- dans toute question ou déclaration, montrer que l'on est conscient des émotions qu'exprime le parent;
- demander des exemples de scénarios dans lesquels un sentiment exprimé était en jeu.

Il n'y a pas nécessairement de mal à adopter le silence, mais il faut en tenir compte et comprendre que le silence peut indiquer:

- la crainte de l'interviewer;
- la crainte du parent d'examiner ses propres émotions;
- la peur d'examiner un problème ou de s'examiner soi-même de trop près;
- un sentiment de culpabilité ou de dépression du parent;
- le besoin du parent de prendre le temps voulu pour se rappeler ou organiser ses pensées;
- le parent a fini de fournir ses renseignements;
- le parent espère qu'une autre personne répondra à la question.

Observer:

- tout comportement non verbal;
- la manière dont les membres de la famille réagissent l'un envers l'autre;
- l'appui offert: convient-il au cas précis?;
- la manière dont les parents réagissent au comportement des enfants.

TABLEAU 9.1 - Mesures de dépistage et d'évaluation communes pour les familles et les enfants de la naissance à six ans

Titre	Âge	Description générale	Recherche
Outils de dépistage généraux – Famille		Formation minimum nécessaire, à moins d'indication contraire	
IFTI – <i>Infant-Toddler and Family</i> Paul H. Brookes Publishing Co Inc. Internet: www.pbrooks.com	Gardiens et enfants de 6 à 36 mois	Contient des composantes d'interview et d'observation permettant d'évaluer le fonctionnement de la famille, le développement de l'enfant et son milieu familial.	Aucune évaluation connue
NCAST – <i>Nursing-Child Assessment Satellite Training Teaching</i> ncast@u.washington.edu ou University of Washington Box 357920, Seattle, WA 98195-7920	0-36 mois	76 articles dans les deux échelles permettent d'évaluer la sensibilité et la réceptivité du gardien, ainsi que la clarté des signaux de l'enfant.	Fiabilité: le test-retest des parents est supérieur (0,75) à celui de la sous-échelle d'évaluation des enfants sur l'échelle d'alimentation; le test-retest des parents est bon, mais les résultats pour les enfants ne sont pas stables sur l'échelle d'enseignement.
Échelle des besoins de la famille (1988) Dunst et coll., <i>Enabling and Empowering Families: Principles and guidelines for practice</i> Cambridge (Mass.): Brookline Books	Gardiens	Se concentre sur l'évaluation des besoins actuels et du soutien familial.	Non disponible
MSRI – <i>Maternal Self-Report Inventory</i> (1988) Fitzgerald, Lester & Yogman, <i>Theory and research in behavioural pediatrics</i> , Vol. 4, pages 100-139	Mères	Évalue la confiance en soi des parents, y compris comment la mère perçoit la grossesse, le travail et l'accouchement, son image du corps, ses aptitudes aux soins, son acceptation de l'enfant et sa relation avec lui.	Non disponible
PSI – Parenting Stress Index (Version française) Internet: www.psychcopr.com	Gardiens d'enfants âgés de 1 à 12 mois	Cette mesure du stress du parent permet de prévoir la possibilité d'un comportement parental dysfonctionnel, de problèmes comportementaux du parent et de difficultés d'ajustement pour l'enfant. Comprend 7 sous-échelles parentales et 5 pour l'enfant.	Non disponible
Inventaire Beck de la dépression – II (BDI-II) Internet: www.psychcorp.com	Gardiens	Ce questionnaire d'auto-évaluation est conçu pour dépister les symptômes actuels de dépression. Peut être particulièrement utile pour reconnaître et évaluer la dépression post-partum chez les nouvelles mamans. Formation spécialisée nécessaire pour l'application et l'interprétation de la mesure.	Amélioration de la sensibilité clinique dans la nouvelle édition, avec fiabilité de 0,92

Renseignements recueillis par le Centre Hincks-Dellcrest, Invest in Kids Foundation, 2002. Autres sources : D' S. Landy, *Pathways to Competence*, 2002.

TABLEAU 9.1 (SUITE) - Mesures de dépistage et d'évaluation communes pour les familles et les enfants de la naissance à six ans

Titre	Âge	Description générale	Recherche
Outils de dépistage généraux – Enfant		Rapports sur les parents et autres questionnaires Formation minimum requise, à moins d'indication précise	
<i>Ages and Stages Questionnaire and New ASQ: Social-Emotional</i> Paul H. Brookes Publishing Co Inc. Internet: www.pbrooks.com ou www.wpspublish.com	0-60 mois	Sert à suivre le développement cognitif, moteur et social/affectif des enfants, de la naissance à l'âge préscolaire. Les parents répondent aux questions dans sept domaines clés: autocontrôle, obéissance, communication, fonctionnement adaptatif, autonomie, affect et relations interpersonnelles. Les professionnels évaluent les résultats et les comparent aux raccourcis obtenus par méthodes empiriques.	Validité: la validité concourante varie de 0,74 à l'âge de 4 mois, à 0,91 à 36 mois, avec entente d'ensemble de 0,84 Fiabilité: s.o. Spécificité élevée; sensibilité – 0,72
<i>District de Nipissing - Questionnaire de Dépistage</i> Internet: www.ndds.ca	0-60 mois	13 questionnaires pour suivre le développement de l'enfant (aucune formation requise).	Validité apparente signalée; aucune recherche de fiabilité.
Questionnaires sur le tempérament: EITQ – Early Intimacy Temperament Questionnaire (1993) <i>Journal of Developmental and Behavioural Pediatrics</i> , 14, pages 230-235	1-4 mois	Les réponses des parents servent à évaluer la réaction de l'enfant à son milieu dans 9 catégories de tempérament.	Non disponible
ITQ-R – Infant Temperament Questionnaire – revu et corrigé (1978) <i>Pediatrics</i> , 61, pages 735-739	Naissance-1 an	Comme ci-dessus.	Non disponible
TTS – Toddler Temperament Scale Questionnaire (1984) <i>Journal of Pediatric Psychology</i> , 9, pages 205-216	1-3 ans	Comme ci-dessus, pour les enfants plus âgés.	Non disponible
BSQ – Behavioural Style Questionnaire (1978) <i>Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines</i> , 19, pages 245-253	3-7 ans	Les réponses des parents servent à évaluer le comportement de l'enfant dans 9 catégories de tempérament. Comme dans les outils ci-dessus, on peut coter le comportement de l'enfant dans 5 catégories de tempérament, de facile à difficile.	Non disponible

Renseignements recueillis par le Centre Hincks-Dellcrest, Invest in Kids Foundation, 2002. Autres sources : D' S. Landy, *Pathways to Competence*, 2002.

TABLEAU 9.1 (SUITE) - Mesures de dépistage et d'évaluation communes pour les familles et les enfants de la naissance à six ans

Titre	Âge	Description générale	Recherche
Outils de dépistage généraux – Enfant (suite)		Rapports sur les parents et autres questionnaires Formation minimum requise, à moins d'indication précise	
PECFAS – <i>Preschool and Early Childhood Functional Assessment Scale</i> D ^r Kay Hodges 2140 Old Earhart Road Ann Arbor, MI 48105 734-769-9725	3-7 ans	Questionnaire rempli par le fournisseur de soins de santé suivant une rencontre avec les gardiens (prestataires de soins à l'enfance ou enseignants) pour mesurer le niveau de fonctionnement dans 8 domaines: école/garderie, maison, communauté, comportement envers les autres, humeurs/émotions, blessures volontaires, réflexion/communication et ressources du gardien, pour formuler ensuite un plan de service.	Validité concourante et fiabilité évaluées sur un seul échantillon de 30 enfants. Coefficient d'objectivité élevé, de même que la cohérence interne de 5 sous-échelles. Recherche en cours.
CBCL – <i>Child Behaviour Checklist (Achenbach/Edelbrock)</i> Child Behaviour Checklist University Medical Education Associates 1 South Prospect Street, Room 6434 Burlington, VT 05401-3456	4-18 ans (courant)	Questionnaire rempli par les gardiens, le personnel de la garderie ou les enseignants, pour fournir des renseignements visant à distinguer un comportement typique d'un comportement qui indique des perturbations importantes.	Fiabilité: test-retest et cohérence interne élevés – 0,87-0,89 Validité : distingue les cas extrêmes de comportement et de problèmes affectifs mieux que les problèmes modérés ou légers.
<i>Eyberg Child Behaviour Inventory</i> Psychological Assessment Resources Internet: www.parinc.com	2-16 ans	Les parents établissent le taux de fréquence des problèmes de comportement communs, pour coter l'intensité et les problèmes. L'échelle sert à établir une cote des problèmes de conduite et des comportements de passage à l'acte et, reconnaît les problèmes dénotant l'agression, l'impulsion et l'hyperactivité.	Fiabilité: test-retest – 0,86 et 0,88 Validité: bonne validité établie avec les troubles du comportement Sensibilité: 0,80 et spécificité – 0,86
<i>Temperament and Atypical Behaviour Scale (TABS)</i> Paul H. Brookes Publishing Co Inc. Internet: www.pbrooks.com ou www.wpspublish.com	11-71 mois	Outil d'évaluation normative conçu spécialement pour dépister les tempéraments critiques et les problèmes d'autocontrôle. Les parents remplissent soit un examen préalable en 15 points ou une liste de 55 points. Il peut en résulter 4 catégories: détaché, hypersensible-actif, sous-actif et déréglé.	Norme établie sur 1 000 enfants. Validité confirmée du contenu et du concept.

Renseignements recueillis par le Centre Hincks-Dellcrest, Invest in Kids Foundation, 2002. Autres sources : D^r S. Landy, *Pathways to Competence*, 2002.

TABLEAU 9.1 (SUITE) - Mesures de dépistage et d'évaluation communes pour les familles et les enfants de la naissance à six ans

Titre	Âge	Description générale	Recherche
Outils de mesure du développement socio-affectif		Rapports sur les parents et autres questionnaires Formation minimum requise, à moins d'indication précise	
TOESD – Test of Early Socio-Emotional Development	3-7 ans	Examine la perception comportementale à la maison, à l'école et dans les relations interpersonnelles. Les enfants remplissent un jeu de trois échelles de lecture sur le comportement. Les notes basses révèlent la présence d'un comportement problématique. Les comportements positifs n'y étant pas inclus, le test convient mieux à l'identification des comportements problématiques qu'à la mesure de la compétence socio-affective.	Non disponible
Outils de mesure de l'ensemble du développement et des aptitudes cognitives, visuelles, motrices et verbales		Formation spécialisée requise en évaluation psychologique, à moins d'indication contraire.	
BNBAS – Brazelton Neonatal Behavioural Assessment Scale	Naissance – 4 semaines	Évaluation de l'état neurologique du nourrisson et de ses réactions à l'environnement post-partum. Intéressant et instructif pour les nouveaux parents. Peut être administré par un personnel infirmier ayant reçu une formation spécialisée ou en éducation de la petite enfance.	Fiabilité: le coefficient d'objectivité est assez élevé, mais la fiabilité de test-retest suggère une stabilité temporelle médiocre. Validité: démontre la capacité de reconnaître les nouveau-nés dont le poids est insuffisant, qui ont été exposés à une drogue in utero, dont la maman est mal nourrie ou avait le diabète gestationnel; a réussi à prédire l'attachement parent-enfant, mais la recherche n'a pas démontré de façon constante s'il permet de prévoir correctement le développement de l'enfant au-delà de la première année.
BSID-II – Bayley Scales of Infant Development The Psychological Corporation Online: www.psychcopr.com	Naissance – 4 ans	Échelle mentale et motrice pour évaluer le niveau actuel du développement cognitif, linguistique, personnel et social de l'enfant, sa motricité fine et ses mouvements globaux, en signalant les retards. L'échelle de cote comportementale évalue les aspects qualitatifs du comportement de l'enfant pendant son évaluation, p. ex. l'attention et l'éveil.	Fiabilité: cohérence interne modérée à élevée pour l'échelle mentale, moyenne – 0,88; échelle motrice, moyenne – 0,84 et cote comportementale, moyenne – 0,88. Fiabilité de test-retest: coefficients variables étant donné les variations naturelles du comportement et du fonctionnement des enfants. Validité: données abondantes sur la validité conceptuelle et les critères.

Renseignements recueillis par le Centre Hincks-Dellcrest, Invest in Kids Foundation, 2002. Autres sources : D' S. Landy, *Pathways to Competence*, 2002.

TABLEAU 9.1 (SUITE) - Mesures de dépistage et d'évaluation communes pour les familles et les enfants de la naissance à six ans

Titre	Âge	Description générale	Recherche
Outils de mesure de l'ensemble du développement et des aptitudes cognitives, visuelles, motrices et verbales (Suite)		Formation spécialisée requise en évaluation psychologique, à moins d'indication précise	
DISC – <i>Developmental Instrument for Screening Children</i> Mainland Consulting Inc. St. Clemens ON (519) 699-5429	Naissance – 6 ans	Échelle offrant un moyen de dépistage direct normalisé pour l'ensemble des aptitudes, y compris le développement de la motricité fine et des mouvements globaux, du langage réceptif et expressif et de l'autonomie. Peut être administré par un enseignant ayant reçu une formation en éducation de la petite enfance – interprétations et rapports supervisés.	Fiabilité: test-retest – 0,98 Validité: corrélation avec les résultats Denver, Stanford-Binet. La validité concourante indique que l'échelle permet de distinguer les enfants qui méritent un intérêt plus approfondi. Spécificité: – 0,17 à 0,69
<i>Brigance Diagnostic Inventory of Early Development</i> Curriculum Associates Internet: www.curricassoc.com	21-26 mois	Évalue les aptitudes dans 11 domaines, y compris lecture, mathématiques et écriture. Évaluation solide fondée sur les critères pour le fonctionnement développemental, qui comprend aussi des observations de la famille.	Fiabilité: cohérence interne – 0,81-0,99; test-retest à moins de 3 mois – 0,86; plus de 3 mois – 0,82; coefficient d'objectivité – 0,97. Validité: contenu impressionnant; validité prédictive marquée et reconnaissance de la majorité des enfants éprouvant des difficultés à l'école. Bonne sensibilité et spécificité à la douance et aux problèmes développementaux et scolaires.
WPPSI – <i>Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence</i> – revu et corrigé The Psychological Corporation Online: www.psychcorp.com	3-7 ans	Mesure normalisée de l'ensemble des aptitudes, avec l'avantage d'avoir des sous-échelles verbales et de performance séparées pouvant servir d'indicateurs de déficiences à l'apprentissage, le cas échéant.	Fiabilité: test-retest élevé pour le QI verbal – 0,90; le QI performance – 0,88; et le QI à l'échelle complète – 0,91. Coefficient d'objectivité variant de 0,88 à 0,96. Validité: l'abondance de données le rend comparable, sinon supérieur, aux autres tests actuels de l'intelligence à l'âge préscolaire.
TONI-3 – <i>Test of Nonverbal Intelligence</i> Internet: www.proedinc.com	6 ans – Âge adulte	Conçu en tant que mesure normative et non linguistique de l'intelligence, des aptitudes, du raisonnement abstrait et de la résolution des problèmes. Non verbal et ne fait guère appel aux habiletés motrices, ne nécessitant qu'un geste symbolique pour indiquer le choix d'une réponse. Formation spécialisée requise, au cycle supérieur, pour en faire l'évaluation.	Le manuel fait état d'une abondance de données sur la validité. Conforme aux normes psychométriques les plus strictes en ce qui concerne la normalisation, la fiabilité et la validité.

Renseignements recueillis par le Centre Hincks-Dellcrest, Invest in Kids Foundation, 2002. Autres sources: D^r S. Landy, *Pathways to Competence*, 2002.

TABLEAU 9.1 (SUITE) - Mesures de dépistage et d'évaluation communes pour les familles et les enfants de la naissance à six ans

Titre	Âge	Description générale	Recherche
Outils de mesure de l'ensemble du développement et des aptitudes cognitives, visuelles, motrices et verbales (Suite)		Formation spécialisée requise en évaluation psychologique, à moins d'indication précise	
Leiter International Performance Stoelting Co. 620 Wheat Lane Wood Dale, IL 60191	2-21 ans	Conçu en tant que mesure normative et non linguistique de l'intelligence (visualisation et raisonnement; attention et mémoire). Comparable au TONI pour adultes. Non verbal et ne fait guère appel aux habiletés motrices, ne nécessitant qu'un geste symbolique pour indiquer le choix d'une réponse.	Normalisé sur plus de 2 000 enfants. Les analyses de la fiabilité et les preuves de validité sont étendues.
PLS-3 – Preschool Language Scale - 3 Curriculum Associates Internet: www.curricassoc.com	Naissance – 6 ans	Mesures normalisée avec deux échelles: compréhension auditive et communication orale.	Fiabilité: évaluée pour sa cohérence interne, variant de 0,47 à 0,94 sur l'ensemble des intervalles d'âges et des sous-échelles. On donne le coefficient d'objectivité à 0,89, mais deux juges seulement ne suffisent pas à établir une preuve convaincante. Validité: la validité concurrente indique des corrélations entre le PLS-3 et deux autres outils normalisés variant entre 0,68 et 0,88. Des problèmes de validité conceptuelle suggèrent que le test ne différencie pas suffisamment entre les enfants ayant un trouble du langage et ceux qui n'en ont pas, ce qui en limite l'utilité.
PPVT III – Peabody Picture Vocabulary Test American Guidance Service Inc. Internet: www.agsnet.com	2,5 ans – Âge adulte	Mesure les mots compris par l'enfant et estime sa compétence verbale. Facile/usage répandu.	Fiabilité: cohérence interne – 0,92 à 0,98 Test-retest: 0,91 à 0,94 Validité: corrélation de 0,69 avec l'échelle de compréhension auditive OWLS; 0,74 avec l'échelle d'expression orale OWLS; et 0,91 avec le WISC-III
PDMS-2 – Peabody Developmental Motor Scales The Psychological Corporation Internet: www.psychcorp.com	Naissance – 5 ans	Mesure normalisée offrant à la fois évaluation, formation ou enseignement correctif de la motricité fine et des mouvements globaux. L'évaluation se compose de six sous-tests mesurant les habiletés motrices interdépendantes des réflexes, de l'équilibre locomoteur à la réception et à la propulsion d'objets se développant pendant cette période.	Non disponible

Renseignements recueillis par le Centre Hincks-Dellcrest, Invest in Kids Foundation, 2002. Autres sources: D' S. Landy, *Pathways to Competence*, 2002.

TABLEAU 9.1 (SUITE) - Mesures de dépistage et d'évaluation communes pour les familles et les enfants de la naissance à six ans

Titre	Âge	Description générale	Recherche
Outils de mesure de l'ensemble du développement et des aptitudes cognitives, visuelles, motrices et verbales (Suite)		Formation spécialisée requise en évaluation psychologique, à moins d'indication précise	
TSI – <i>Di-Gangi-Berk Test of Sensory Integration</i> Western Psychological Services Internet: www.wpspublish.com	3-5 ans	Conçu pour reconnaître les enfants marquant un retard dans leurs aptitudes sensorielles, motrices et perceptives. Connaissances pratiques de l'évaluation pédiatrique et motrice nécessaires pour l'administrer.	Certaines questions relatives aux suppositions théoriques sont encore en suspens. Étant donné des problèmes importants, dus à la dérivation statistique inadéquate de certains points, des échantillons non représentatifs et l'absence de fiabilité de certaines échelles, on tend à ne pas en recommander l'application clinique dans sa forme actuelle.
MVPT-R – <i>Motor-free Visual Perception Test</i> Internet: www.parinc.com	4-12 ans	Mesure normalisée évaluant la perception visuelle des enfants. Particulièrement utile pour ceux et celles qui risquent d'avoir des déficiences d'apprentissage, cognitives, motrices ou physiques.	Les données sur la fiabilité et la validité reposent sur l'échantillon d'origine (1972) et on n'en offre aucune pour la version révisée en raison de la forte corrélation ($r = 0,85$) entre les deux versions. Les données corrélatives entre le MVPT et d'autres tests de la perception visuelle ne décrivaient pas les enfants en comparaison.
VMI-2 – <i>Beery Developmental Test of Visual Motor Integration</i> Psychological Assessment Resources Inc. Internet: www.parinc.com ou www.proedinc.com	3-18 ans	Formulaire court utilisé pour les enfants de 3 à 8 ans. On demande aux enfants de copier des dessins comprenant un maximum de 24 formes géométriques. Mesure normalisée et impartiale, conçue pour évaluer à quel point les sujets sont capables d'intégrer leurs habiletés motrices et visuelles.	Fiabilité: un échantillon bien défini de 2 614 enfants donne un degré élevé de cohérence interne (0,88); coefficients d'objectivité élevé de 0,94 pour le VMI, 0,98 pour le sous-test visuel et 0,95 pour le sous-test moteur. Validité: des études ont révélé des niveaux suffisants de validité conceptuelle, concourante et de contenu. Mais pour être utile en tant qu'outil de prévision, plus de données sont nécessaires et, on doit mettre en doute son intention de prévenir ou de corriger les échecs scolaires.

Renseignements recueillis par le Centre Hincks-Dellcrest, Invest in Kids Foundation, 2002. Autres sources: D' S. Landy, *Pathways to Competence*, 2002.

TABLEAU 9.1 (SUITE) - Mesures de dépistage et d'évaluation communes pour les familles et les enfants de la naissance à six ans

Titre	Âge	Description générale	Recherche
Outils de mesure de l'ensemble du développement et des aptitudes cognitives, visuelles, motrices et verbales (Suite)		Formation spécialisée requise en évaluation psychologique, à moins d'indication précise	
WRAVMA – Wide Range Assessment of Visual Motor Ability Internet: www.parinc.com	3-17 ans	Évalue l'intégration des aptitudes visuelles et motrices en un résultat combiné dérivé de sous-tests d'évaluation séparés de la motricité fine, des aptitudes visuelles et spatiales et de la motricité visuelle. Évaluations de la motricité fine (test de dessin), des aptitudes visuelles et spatiales (test d'appariement) et de la motricité visuelle (test de coordination des mouvements des membres supérieurs).	Les 3 tests ont un bon niveau de fiabilité et une validité raisonnable (corrélations de 0,62 avec le WISC-III pleine échelle dans les résultats combinés), mais les utilisateurs doivent tenir compte du fait que les sujets obtiennent des résultats très différents d'un test à l'autre.
DAP – Draw - a – Person Test The Psychological Corporation Internet: www.psychcorp.com	Nourrisson – Âge adulte	Évalue les dessins des jeunes enfants en accordant un point à chaque caractéristique et en les comparant aux normes.	Normalisé par rapport à un échantillon de 2 260. Donne des résultats T standards qui déterminent si une autre évaluation est nécessaire ou pas, ou si elle est fortement conseillée.
CMS – Children's Memory Scale The Psychological Corporation Internet: www.psychcorp.com	5-16 ans	Évalue les carences d'apprentissage et de mémoire, stratégies de mémorisation et troubles d'élaboration sous-jacents. Il peut servir d'instrument de dépistage pour les enfants ayant des troubles d'apprentissage ou de mémoire et une déficience de l'attention.	Une échelle normalisée relie l'apprentissage et la mémoire à l'habileté telle que mesurée par le WISC-III et le WPPSI-R. Des études de validation clinique importantes ont permis de démontrer sa validité et son utilité clinique.
Transdisciplinary Play-Based Assessment Paul H. Brookes Publishing Co. Inc. Internet: www.pbrooks.com	6 mois – 6 ans	Une équipe multidisciplinaire de professionnels de la petite enfance et de parents évalue le développement d'un enfant dans les domaines cognitif, socio-affectif, linguistique, sensori-moteur et de communication, dans le cadre de sessions de jeu structurées et non structurées.	Il ne s'agit pas ici d'un instrument psychométrique formel; il existe peu de recherche sur sa fiabilité et sa validité, quoiqu'il semble riche au niveau du contenu et de sa validité conceptuelle.
Tests spécialisés		Formation spécialisée requise en évaluation psychologique	
ADOS – Autism Diagnostic Observation Schedule Internet: www.psychtest.com ou www.wpspublish.com	Tout-petit – Âge adulte	Évalue la possibilité d'autisme chez les sujets à risque en testant leur comportement social, communicatif et imaginaire dans le cadre de jeux en rapport avec le diagnostic. Se compose de quatre modules, chacun exigeant de 35 à 40 minutes. Un module s'administre selon le niveau d'expression linguistique du sujet et son âge. S'appuie sur du matériel, des questions et un système de cote normalisés.	Non disponible

Renseignements recueillis par le Centre Hincks-Dellcrest, Invest in Kids Foundation, 2002. Autres sources: D^r S. Landy, *Pathways to Competence*, 2002.

TABLEAU 9.1 (SUITE) - Mesures de dépistage et d'évaluation communes pour les familles et les enfants de la naissance à six ans

Titre	Âge	Description générale	Recherche
Tests spécialisés (Suite)		Formation spécialisée requise en évaluation psychologique	
CHAT – Checklist for Autism in Toddlers Internet: www.nas.org.uk	18-? mois	Utilisé par les professionnels en santé primaire au stade de développement de 18 mois pour identifier les enfants à risque de troubles sociaux et de communication. Ce test n'est pas un instrument de diagnostic. Il se compose de neuf questions posées aux parents et de cinq observations qui cotent: jeu imaginaire, proto-déclaration en pointant du doigt, suivre un point, faire semblant et produire un point.	Non disponible
CARS – Childhood Autism Rating Scale Western Psychological Services Internet: www.wpspublish.com ou www.psychcorp.com	2 ans +	Échelle de cote comportementale en 15 points – repose sur des observations directes qui distinguent les enfants ayant un autisme léger à modéré ou modéré à grave de ceux qui ont un handicap développemental sans le syndrome de l'autisme.	Données approfondies datant de 1980. Fiabilité: cohérence interne élevée – 0,94; corrélation du test-retest à un an d'écart – 0,88; coefficient d'objectivité – 0,71. Validité: validité critérielle élevée – 0,80, établissant une corrélation des résultats CARS avec des cotes cliniques indépendantes de psychologues et psychiatres de l'enfance. Validité démontrée aussi dans une gamme de milieux divers.
TSFI –Test of Sensory Functioning in Infants Western Psychological Services Internet: www.wpspublish.com	4- 18 mois	Mesure l'élaboration sensorielle et la réactivité. Le test compte cinq sous-domaines: réaction à la pression tactile profonde, fonctions motrices adaptatives, intégration visuelle-tactile, maîtrise oculaire-motrice et réaction à la stimulation vestibulaire. Les domaines sont importants dans le dépistage du dysfonctionnement de l'intégration sensorielle chez les enfants, surtout ceux qui sont susceptibles d'avoir des déficiences de l'apprentissage.	Fiabilité: les coefficients d'objectivité varient de 0,88 à 0,99 pour les 5 sous-échelles et 0,95 pour l'ensemble du test; la fiabilité de test-retest pour une période de 1 à 5 jours variait de 0,64 à 0,96. Validité: la validité de contenu a été évaluée positivement. Les principales faiblesses résident dans la population insuffisante d'enfants et la nécessité de traiter des complications dues à l'évaluation de nourrissons victimes de violence.

Renseignements recueillis par le Centre Hincks-Dellcrest, Invest in Kids Foundation, 2002. Autres sources: D^r S. Landy, *Pathways to Competence*, 2002.

TABLEAU 9.1 (SUITE) - Mesures de dépistage et d'évaluation communes pour les familles et les enfants de la naissance à six ans

Titre	Âge	Description générale	Recherche
Tests spécialisés (Suite)		Formation spécialisée requise en évaluation psychologique	
EACADDES – <i>Early Childhood Attention Deficit Disorder Evaluation Scale</i> Hawthorn Educational Services Inc. 800 Gray Oak Drive Columbia, MO 65201	2-7 ans	Évalue le trouble de l'hyperactivité avec déficit de l'attention à l'aide de deux observateurs principaux du comportement: le parent (version domicile) et un enseignant (version école). Chaque échelle contient deux sous-échelles: inattention et hyperactivité-impulsion. La version domicile contient 50 points et peut se remplir en une douzaine de minutes, tandis que la version école contient 56 points et exige une quinzaine de minutes.	Aucun accord commun sur le bien-fondé psychométrique de l'outil. Des préoccupations ont été exprimées en ce qui concerne l'absence d'échantillon normalisé adéquat et la faiblesse des preuves de validité.
CPTRS – <i>Conners Rating Scales</i> Multi Health Systems Inc. Internet: www.parinc.com ou www.psychcorp.com	3-17 ans	Évalue la psychopathologie et le comportement problématique, y compris l'hyperactivité et le trouble des conduites – peut servir à évaluer les effets des médicaments; cote donnée par les parents et les enseignants, auto-évaluation pour les âges de 12 à 17 ans.	Fiabilité: test-retest – 0,72-0,91 Validité: validité d'une fonction discriminante, conceptuelle et concurrente bien établies; validité prédictive faible.
CAT – <i>Children's Apperception Test</i> Internet: www.psychcorp.com	4 ans – Âge adulte	10 images d'animaux dans un contexte social représentant pour les enfants des situations familiales communes (maladie prolongée, handicap physique, grossesse de la maman, séparation des parents) dont l'existence peut les préoccuper particulièrement.	Aucunes données psychométriques connues. La recherche est surtout non empirique et l'étude de cas en est à l'orientation, ce qui permet de douter de l'intégrité psychométrique.

Renseignements recueillis par le Centre Hincks-Dellcrest, Invest in Kids Foundation, 2002. Autres sources: D^r S. Landy, *Pathways to Competence*, 2002.

FAQ

Q: Que sont les avantages et les inconvénients de l'évaluation au domicile d'une famille?

R: Quand on se livre à l'évaluation au domicile familial, il est certain qu'il faut considérer les membres de la famille comme des participants clés au processus et qu'ils doivent toujours avoir une certaine influence sur la situation. La famille ne jouira pas d'un tel sens de maîtrise de la situation dans un cadre clinique où elle est alors sur le territoire des professionnels.

L'observation de l'enfant et de sa famille dans un milieu familier, qui lui est naturel, permet de recueillir des renseignements précieux, notamment sur le comportement des membres de la famille, leurs rapports entre eux, la manière dont ils agissent les uns envers les autres, comment les autres réagissent à leur égard et sur quels points forts s'appuie leur fonctionnement dans cet environnement. Observer les activités de l'enfant présente alors non seulement une validité écologique élevée (Schweinhart, 1993), mais permet au professionnel qualifié d'interpréter le développement de l'enfant en tenant compte de sa créativité, de ses relations sociales, de son initiative et de son expérience culturelle.

Les avantages d'une évaluation effectuée à la clinique résident dans la possibilité de maintenir un cadre strict, avec un minimum de distractions, où l'enfant peut alors accorder toute son attention aux questions. Parfois, le milieu clinique présente un cadre qui donne une impression de confidentialité accrue aux membres de la famille.

Q: Quels critères devrait-on adopter dans le choix d'une évaluation d'un enfant ou d'une famille?

R: Fondamentalement, le test devrait être axé sur les besoins de l'enfant. Une évaluation générale du fonctionnement et du bien-être de la famille est une composante importante du profil à établir. Des mesures normalisées fourniront un aperçu de l'enfant en comparaison avec les autres enfants de son âge, alors que d'autres outils n'offrent pas toujours un tel niveau de validité.

Réflexion guidée

- Quelle partie du processus d'évaluation pose un défi pour vous, au niveau de vos émotions et en tant que professionnel et aussi, pour la famille et l'enfant?
- Dans quelle mesure vos sentiments influencent-ils vos observations de l'enfant ou de la famille et votre analyse des résultats?
- Comment faire participer des parents dont le point de vue est entièrement différent du vôtre à votre processus d'évaluation?
- Comment tenir compte des différences d'opinion dans l'assemblage des observations et des données?

10. Pratiques multidisciplinaires

Fiche d'information

Avantages éventuels pour les familles

- Contribue à une conception holistique de l'enfant et de la famille.
- Diminue le double emploi et le recoupement des fournisseurs de services aux familles.
- Permet aux familles de donner leur avis pour l'identification des priorités et la planification des interventions.
- Augmente la probabilité de suivi des familles par le biais de l'intervention.
- Réduit les évaluations ou les priorités d'intervention concurrentes ou contradictoires.

Avantages éventuels pour les fournisseurs de services

- Favorise une responsabilité et une imputabilité partagées.
- Réduit les coûts et les charges de travail.
- Augmente la compréhension et l'utilisation des compétences d'autres professionnels.
- Favorise les relations interpersonnelles enrichissantes.
- Améliore la compréhension des atouts de la famille.
- Améliore l'étendue et la portée des connaissances et des compétences.

Caractéristiques des pratiques multidisciplinaires

- Partage de l'information et des techniques au-delà des barrières traditionnelles.
- Les relations entre les participants sont non-hiérarchiques et le pouvoir est partagé.
- Tous les participants font partie d'une même équipe et contribuent à un objectif commun.
- Le leadership et la responsabilité sont partagés et les participants sont interdépendants.
- La planification et la prise de décision sont effectuées ensemble.
- Respect du jugement professionnel autonome ainsi que des choix et des prises de décisions des familles.

- Les techniques de communication et les dynamiques de groupes augmentent et deviennent plus efficaces.
- Le travail est soutenu par des structures et une vision organisationnelles.

Obstacles professionnels

- Différences en matière de critères, réglementation et normes professionnelles.
- Différences en matière d'histoire et de culture.
- Écarts en matière de niveau de préparation, de qualifications et de statut.
- Différences en matière de responsabilité, de paiement et de récompense.
- Préoccupations au niveau de la responsabilité clinique.
- Différences en matière de jargon professionnel, de programmes et de routines.
- Crainte de diluer l'identité professionnelle à travers le partage de l'expertise.
- Préférence pour l'indépendance plutôt que pour l'interdépendance.

Facteurs habilitant pour atténuer les obstacles

- Conception holistique des familles.
- Vision des échanges interdisciplinaires comme une opportunité de mieux développer la compréhension, le respect et la reconnaissance des différences dans les rôles, les échelles de valeurs, les mandats et les ressources disponibles pour le travail avec les familles.
- Encouragement envers un engagement organisationnel du temps et des ressources pour des pratiques de collaboration.
- Prendre des risques personnels et professionnels, c.-à.-d. assumer un leadership en devenant un «agent de changement».
- Rechercher des opportunités de perfectionnement des compétences, c.-à.-d. les communications interpersonnelles, la résolution de conflits et la facilitation.
- Explorer la capacité personnelle de partage du pouvoir et de l'expertise.
- Explorer la capacité personnelle de vivre dans l'incertitude et l'ambiguïté générées par de nouvelles méthodes de travail.
- Diriger l'énergie de l'équipe vers l'apprentissage professionnel et la satisfaction des besoins des enfants et des familles.

Ressources

Ministry for Children and Families de Colombie-Britannique (1999). *Integrated Case Management: A User's Guide*. Auteur.

Ministère des Services sociaux et communautaires (1997). *Pour des services au service des gens. Nouveau cadre de prestation des services à l'enfance et aux personnes ayant un handicap de développement*. Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, Toronto.

Vandenberg, J.E. & Grealish, E.M. (1996). Individualized services and supports through the wraparound process: Philosophy and procedures. *Journal of Child and Family Studies*, 5(1), 7-21.

www.frp.ca - site Web de l'Association canadienne des programmes de ressources pour la famille.

www.cfc-efc.ca - Enfant & famille Canada dispose de 50 organismes travaillant pour les enfants et les familles.

www.familysupportamerica.org - site Web du National Family Support Mapping Project.

Stratégies

Questions et secteurs à considérer lors de la préparation et pendant la conduite d'une conférence de cas intégrée (Ministry for Child and Families de Colombie-Britannique, 1999. *Integrated Case Management: A User's Guide*):

- **Orientations d'un nouveau service à une famille**
 - Existe-t-il une solide base de confiance pour diminuer les effets de l'intrusion d'un nouveau fournisseur de services dans la vie de la famille?
 - Est-ce que la planification de l'introduction d'un nouveau service a été effectuée en respectant le programme de la famille?
 - Est-ce que la disponibilité et l'accessibilité des services ou ressources correspondent de façon opportune aux besoins de l'enfant ou de la famille? Suggérer un service pour lequel il y a une longue liste d'attente n'est pas un soutien pour les familles.
 - Avez-vous fait participer la famille à une discussion de groupe avec le nouveau fournisseur de services de manière à avoir une compréhension claire des rôles et responsabilités du plan de services? Comment allez-vous «vendre» le nouveau service?

- **Préparation pour une conférence de cas intégrée**
 - Prenez en considération la participation de la famille – à quel moment? À quelle fréquence? Qu'arrive-t-il si la famille n'est pas présente?
 - Avez-vous préparé la famille en travaillant avec ses membres pour leur expliquer pourquoi la conférence de cas a lieu ainsi que le processus; quels fournisseurs de services sont voulus par la famille; pour expliquer les attentes; pour expliquer le rôle de la famille; pour discuter de ce que la famille souhaite dire à la conférence; pour décider qui la famille aimerait avoir comme soutien pendant la conférence?
 - Le partage de l'information a-t-il été discuté et les consentements nécessaires ont-ils été obtenus?

- **Conception d'un plan de service intégré**
 - Définissez un ordre du jour clair et restez concentré sur celui-ci.
 - Fixez les responsabilités et les calendriers.
 - Identifiez les obstacles éventuels à la mise en œuvre.

- **Création d'un sens des relations au sein de l'équipe**
 - Concevez une vision commune des processus imminents et de l'édification de relations avant de vous lancer dans l'élaboration d'un plan d'intervention.
 - Prenez le temps d'établir des rapports, un climat de confiance et de bonnes communications qui permettront à l'équipe de traverser des moments difficiles et complexes.
 - La fréquence d'examen du plan devra être déterminée selon les souhaits de la famille; les retours en arrière ou les changements de situation; le stade de l'intervention; les changements dans l'équipe.

- **Évaluation du processus multidisciplinaire et des interventions**
 - Considérez l'efficacité du plan de service.
 - Considérez l'efficacité du processus de gestion des cas.

FAQ

Q: Quelles sont les meilleures stratégies pour gérer les conflits?

R: Les sources communes de conflits concernent les différences touchant les recommandations des plans de service, l'absence de partage d'informations essentielles ou les différences d'opinions parmi les membres de l'équipe et de la famille. L'évitement, l'exercice du pouvoir et le retrait de la situation sont des approches inefficaces en matière de résolution des conflits.

Certaines des stratégies suivantes peuvent être utilisées pour prévenir ou réduire les conflits parmi les membres de l'équipe:

- Mettez au point des lignes directrices pour le comportement du groupe et le partage de l'information. Élevez-vous contre les personnes qui s'écartent de ces lignes directrices obtenues d'un accord commun;
- Assurez-vous que tout le monde possède les mêmes informations;
- Déterminez d'un accord commun ce qui doit être fait en cas de conflit ou de différence d'opinion;
- Créez une atmosphère de respect mutuel et de dialogue dans laquelle les différences d'opinions peuvent être exprimées;
- Essayez d'identifier les problèmes sous-jacents qui risquent de menacer la capacité de l'équipe de résoudre et de s'occuper des problèmes, c.-à.-d. les déséquilibres dans la répartition du pouvoir, les programmes cachés, les différences de style de communication dues à la culture, au sexe ou à l'éducation, etc.

Q: Si la situation est dans une impasse, que faire dans ce cas?

R: Désignez un organisme de dernier recours qui aura la responsabilité d'écouter et de résoudre les situations conflictuelles ou de prendre une décision, le cas échéant. Utilisez une structure existante telle qu'un comité interinstitutions ou créez-en une nouvelle. Quelle que soit la structure utilisée, elle doit avoir la capacité et le pouvoir de satisfaire aussi bien un besoin de service extraordinaire qu'un problème de planification.

Réflexion dirigée

- Compte tenu de votre propre expérience, quels éléments de pratique multidisciplinaire ont été les plus complexes à intégrer? Quels sont les éléments qui ont déterminé les expériences positives de collaboration avec divers fournisseurs de services?
- Quelles sont vos propres convictions concernant la confidentialité? Que dit votre code de déontologie professionnel à propos de la confidentialité? Dans quelle mesure la présence de la famille peut-elle contribuer à vos perspectives sur la confidentialité? Comment mettez-vous en pratique ces convictions et cette déontologie?
- Quels compétences ou mécanismes avez-vous trouvé utiles pour résoudre les conflits dans le cadre de la gestion de cas intégrée?

11. Planifier des interventions

Fiche d'information

Un cadre pour l'intervention auprès des jeunes enfants et de leur famille a été proposé par Michael Gurlanick (2001). Il faudrait:

- impliquer la famille dans le processus;
- inclure une évaluation détaillée des flux et des reflux des sources de stress;
- harmoniser soigneusement les stratégies avec **tous** les problèmes liés aux besoins en information et ressources; les caractéristiques familiales qui influencent les schémas d'interaction; et les caractéristiques de l'enfant associées au risque et au handicap;
- mettre en œuvre des interventions hautement individualisées et culturellement compétentes dans les cadres les plus naturels et les plus typiques des enfants et des familles;
- organiser le système de services pour coordonner le soutien à la famille;
- documenter, contrôler et évaluer la qualité et les résultats de l'intervention mise en œuvre.

Pratiques prometteuses pour le traitement de la maladie mentale durant la petite enfance et l'intervention pour des troubles spécifiques:

Troubles de l'anxiété

- Les interventions non médicales constituent le traitement de choix puisqu' il n'y a pas de preuve irréfutable de l'efficacité des traitements médicaux et que certains comportent des risques d'effets secondaires graves pour l'enfant.
- La thérapie cognitive comportementale (TCC), avec des techniques comportementales comme la modélisation, les jeux de rôle, la mise en forme et le renforcement social, utilisée pour construire chez l'enfant des capacités basiques d'adaptation.
- Les composantes de gestion de l'anxiété familiale qui enseignent aux parents à gérer leur anxiété, l'organisation des contingences pour renforcer les comportements positifs, les comportements liés à l'élimination de l'anxiété et les capacités au confinement émotionnel, à l'encadrement et à la communication efficace avec l'enfant.

Énurésie (l'enfant mouille son lit)

- Le système de la sonnerie reliée au matelas et déclenchée par l'urine associé à l'organisation des contingences est un traitement dont l'efficacité est bien établie et doit être préféré à tout traitement médicamenteux.
- Fournir aux parents des informations sur les moyens d'aider l'enfant à s'accoutumer à l'utilisation des toilettes la nuit.

Trouble d'hyperactivité avec déficit de l'attention (voir les fiches d'information spécifiques)

- Bien que la médication stimulante constitue le traitement de choix, les médicaments psychotropes doivent être prescrits avec prudence pour les jeunes enfants et leurs effets secondaires contrôlés régulièrement.
- Former les parents à modifier leur comportement leur a permis de mieux répondre aux exigences parentales et à améliorer de façon notable les interactions parent-enfant.
- Intervention directe auprès de l'enfant pour renforcer ses capacités d'apprendre et d'améliorer son fonctionnement émotionnel et social.

Autisme (voir les fiches d'information spécifiques)

On peut, selon la gravité et l'âge de la manifestation, utiliser une ou plusieurs des approches suivantes:

- Analyse comportementale appliquée
- Thérapie d'intégration sensorielle
- Thérapie d'intégration auditive
- Approches interactives
- Travail de soutien avec les parents

Syndrome d'alcoolisme fœtal/Malformations congénitales liées à l'alcool

La sélection des options de traitement dépend du niveau de compétence de l'enfant et de ses difficultés comportementales, sociales et émotionnelles (voir les fiches d'information spécifiques).

- Fournir une structure et des rituels pour tous les environnements de l'enfant, p. ex. à la maison, à la crèche, à l'école.
- Enseigner des aptitudes à vivre, des capacités sociales et des comportements appropriés.
- Aider les parents à contrôler l'hyperactivité et les comportements impulsifs.
- Des stratégies qui aident l'enfant à utiliser sa mémoire et à traiter l'information.

Troubles de la régulation

- Les troubles de la régulation ont été décrits comme des «schémas distincts de comportement atypique associé à des difficultés spécifiques du processus sensoriel, sensoriel/moteur ou organisationnel» (*Zero to Three*, 1994). Ils concernent notamment de très jeunes enfants qui sont hyper ou hyposensibles et éprouvent des difficultés à moduler leurs émotions ou à organiser leur activité motrice. À un stade ultérieur, ces difficultés pourront conduire soit à un comportement agressif, soit à des signes précurseurs de trouble de la conduite dès la prime enfance, soit à la dépression.

1. Comportement agressif/trouble de la conduite dès la prime enfance

- La thérapie basée sur les résultats primaires est la thérapie cognitivo-comportementale, et en particulier la formation en matière d'acquisition des aptitudes à résoudre les problèmes visant à la fois les comportements anti-sociaux et le fonctionnement prosocial (amélioration de la communication, résolution de problèmes, contrôle des impulsions et gestion de la colère).
- La thérapie sensorielle intégrative a été utilisée avec succès chez des enfants ayant des hypersensibilités ou des problèmes d'attention.
- La formation en matière de gestion parentale permettant de gérer le comportement de l'enfant sans punition corporelle. Webster-Stratton a découvert que la formation en groupe en matière de gestion parentale utilisant des méthodes de modélisation audiovisuelle pour la discipline positive et le renforcement des aptitudes sociales des enfants combinée à une thérapie de groupe pour enfants se révélait plus efficace que la formation en matière de gestion parentale ou la thérapie pour enfants pratiquée isolément.
- Des approches thérapeutiques individuelles centrées sur l'enfant telles que Floor Time (technique permettant de favoriser le développement émotionnel et social de l'enfant).
- Des programmes de visite à domicile pour augmenter le soutien social aux familles et réduire les problèmes comportementaux chez les enfants se sont révélés efficaces en plusieurs occasions.

2. La dépression chez l'enfant

- Compte tenu de l'importance des facteurs de développement (attachement et négligence) et des facteurs environnementaux associés à la dépression durant la petite enfance, le seul traitement avec médicaments n'est pas suffisant et doit être utilisé avec une extrême prudence.

- Vérifier si la mère ou le père est également dépressif(ve) et nécessite un traitement. Une consultation spécialisée doit être organisée en priorité; à défaut, on court le risque d'influer sur le développement de l'attachement normal parent-enfant et des capacités sociales, émotionnelles, cognitives et interpersonnelles.
- Les thérapies de comportement cognitif et les thérapies de jeu se sont révélées efficaces dans le traitement de la dépression légère ou modérée chez les enfants.

Troubles de l'attachement et problèmes de la relation enfant-parent (voir les fiches d'information spécifiques)

- La psychothérapie enfant-parent qui comprend l'évaluation non structurée et des séances de traitement à thèmes guidées par des interactions entre la mère ou le père et l'enfant ou par un jeu mené par l'enfant.
- Il est possible de modifier les perceptions rigides et désorganisées que les parents ont de l'enfant en utilisant différentes méthodes (jeux en commun, orientation du comportement, soutien émotionnel et interprétations intuitives) tout en proposant une série de perceptions et de comportements qui sont plus flexibles et plus propices au développement et qui permettront à l'enfant d'accorder une confiance plus sécurisée à sa mère ou à son père.
- La relation fonctionnelle établie entre la mère ou le père et le thérapeute en tant que modèle fonctionnel sur lequel se reposer est un élément clé de tous ces programmes d'intervention nourrisson-parent.

Ressources

- Landy, S.(2002). *Developmental Services Toronto East General Hospital*, Fiches d'information (Autisme, Troubles de la régulation, Trouble d'hyperactivité avec déficit de l'attention, Troubles de l'attachement et Syndrome d'alcoolisme fœtal).
- Lieberman, A.F., Silverman, R., & Pawl, J.M. (2000). Infant-parent psychotherapy: Core concepts and current approaches. Dans *Handbook of Infant Mental Health*, C.H. Zeanah (éd.), NY: Guilford Press.
- McDonough, S.C. (2000). Interaction guidance: Understanding and treating early relationship disturbances. Dans *Handbook of Infant Mental Health*, C.H. Zeanah (éd.), NY: Guilford Press.
- Muir, E., Lojkasek, M., & Cohen, N.J. (1999). *Watch, Wait and Wonder: A manual describing a dyadic infant-led approach to problems in infancy and early childhood*. Toronto: Centre Hincks-Dellcrest.
- Webster-Stratton, C., Kolpacoff, M., & Hollingsworth, T. (1988). Self-administered videotape therapy for families with conduct problem children: Comparison with two cost-effective treatments and a control group. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 558-566.

Stratégies

Sameroff suggère que le modèle transactionnel d'intervention soit utilisé pour déterminer le point de convergence naturel des interventions et des stratégies:

- Rectification – se concentrer sur le changement de comportement de l'enfant, p. ex. dérégulation émotionnelle extrême, agression, repli, etc.;
- Redéfinition – se concentrer sur le changement de perception de la mère ou du père et l'attente de l'enfant, p. ex. casser les schémas inadaptés d'attributions négatives et de pratiques parentales;
- Rééducation – se concentrer sur le changement de capacité des parents, p. ex. meilleure connaissance du développement de l'enfant, aptitudes spécifiques pour faire face au comportement, etc.

Lors du choix de la stratégie d'intervention, le professionnel doit prendre en considération quels sont les comportements qui créent le problème et l'entretiennent et de qui ils émanent.

L'intervention en matière de santé mentale durant la petite enfance requiert une approche flexible qui permet de «faire avancer ou reculer l'intervention entre les expériences de l'enfant, la mère ou le père et ce qui se passe entre eux pour augmenter la réciprocité empathique et développer une réactivité mentalement adaptée» (Lieberman et coll., 2000). Chez les familles à haut risque, les approches qui se concentrent sur l'écoute et sur la primauté de la relation entre parent et enfant fonctionnent mieux que les approches didactiques. Il existe de nombreuses approches qui visent spécifiquement la sensibilité et la réceptivité aux signaux, l'empathie parentale et le sens de la mesure.

Accroître la sensibilité des parents aux problèmes du nourrisson et comprendre les caractéristiques uniques et l'individualité de leur enfant constitue le centre d'intérêt de ce qui suit:

- Observer, attendre et s'émerveiller (Watch, Wait and Wonder)
- Lecture audiovisuelle guidée de l'interaction mère-enfant
- Les références NCAST pour l'alimentation et l'enseignement; les clés du modèle de soins
- Guidage interactif et Floor Time

Les Fiches d'information spécifiques de la D^{re} Landry fournissent de plus amples informations.

Il est possible d'augmenter la capacité des parents de voir avec la perspective de l'enfant et de comprendre de façon empathique comment se sent un enfant:

- Le modèle de Fraiberg pour «Parler pour le bébé»;
- Le recadrage comme un résultat d'évolution positive de la perspective négative qu'une mère ou un père a du comportement de son enfant.

Les programmes Webster-Stratton ont montré qu'il est possible d'augmenter la capacité d'une mère ou d'un père de gérer le comportement et de travailler la capacité de l'enfant de résoudre ses problèmes. Les stratégies clé sont les suivantes:

- Accroître les aptitudes des parents pour la communication positive, telles que l'utilisation de louanges et de la rétroaction positive avec les enfants tout en réduisant l'utilisation de la critique et des ordres superflus;
- Améliorer la capacité des parents de jouer avec leurs enfants;
- Améliorer l'aptitude des parents à définir des limites en remplaçant la fessée et d'autres comportements physiques négatifs par l'utilisation de conséquences logiques, la redéfinition, la résolution de problèmes, les capacités d'empathie et en ignorant les comportements négatifs;
- Améliorer l'aptitude des parents à résoudre les problèmes et à gérer la colère suscitée par la non-observance thérapeutique et d'autres comportements difficiles;
- Développer les réseaux d'aide familiale et l'implication de l'école.

Les approches d'intervention

- **Thérapie par le jeu**
(enfant/fratrie/groupe/famille)
 - Non-directive
 - Jeu thérapeutique
 - Thérapie cognitivo-comportementale
 - Structurée
 - Comportementale
 - Psychoanalytique
 - Centrée sur des solutions rapides
- **Thérapie familiale**
 - Structurelle
 - Stratégique
 - Narrative
 - Modèle McMaster
 - Psychoanalytique
 - Centrée sur des solutions rapides
 - Panoramique
 - Thérapie multisystémique
- **Thérapie de groupe** (enfant/mère ou père/enfant et mère ou père)
 - Comportementale
 - Thérapie cognitivo-comportementale
 - Non-directive
 - Psychoanalytique
 - Centrée sur des solutions rapides

TABLEAU 11.1 – Les approches d'intervention

Type de programme	Orientation théorique	Nature de l'intervention	Cible de l'intervention	Format
Formation en matière d'acquisition des aptitudes à résoudre les problèmes	Cognitivo-comportementale	Programme cognitivo - comportemental pour enfant et parents	Parents ayant des enfants et des adolescents anti-sociaux Enfants et adolescents anti-sociaux	Individuel pour enfant et parents
Analyse comportementale appliquée*	Comportementale	Utilisation du conditionnement opérationnel pour augmenter le comportement adaptatif et diminuer le comportement stéréotypé et le comportement agressif. Comportements décomposés en petites étapes; l'apprentissage de chaque étape utilise un signal régulier qui s'estompe dès que possible.	Enfants autistes	Individuel pour enfant et parents
Apprendre aux enfants à lire dans les pensées	Apprentissage comportemental et social	Traite les déficits de socialisation en enseignant des concepts mentaux spécifiques. Enseignement dans trois domaines: - reconnaissance des émotions et de l'humeur d'après les expressions du visage; - prise de recul; comment les autres voient et savent les choses différemment; -jeux de rôle à des niveaux de complexité croissante.	Enfants autistes	Individuel pour enfant
Massage du nourrisson	Physique et sociale	Toucher individualisé et massage des nourrissons.	Nourrissons en bas âge à haut risque, p. ex., prématurés, faible poids de naissance, exposition à la cocaïne. Mères dépressives. Pères ayant besoin de plus s'impliquer et de plus réagir vis-à-vis des enfants.	Individuel pour enfant et parents
Observer, attendre et s'émerveiller (Watch, Wait and Wonder)*	Psychodynamique et systèmes	Jeu mené par l'enfant pendant que les parents observent. Compte-rendu thérapeutique avec observations et sentiments ressentis par les parents pendant le jeu.	Parents qui ont tendance à éviter leurs nourrissons. Parents avec un problème relationnel dans le domaine du sommeil, de l'alimentation, de la séparation, etc.	Individuel pour enfant et parents

*Indique la nécessité d'une formation

TABLEAU 11.1 (suite) – Les approches d'intervention

Type de programme	Orientation théorique	Nature de l'intervention	Cible de l'intervention	Format
Guide d'interaction modifiée*	Psychodynamique et comportementale	Revue audiovisuelle de l'interaction parent-enfant. Insister sur l'empathie maternelle envers le comportement de l'enfant. Élimination des comportements «effrayants».	Parents ayant des expériences de perte ou de traumatisme non résolu. Parents montrant des comportements effrayés, effrayants, dissociés ou désorganisés.	Individuel pour enfant et parents
Floot Time/Formation interactionnelle	Psychodynamique et comportementale	Les parents apprennent à ajuster leur comportement en réponse aux signaux des enfants. Former un partenariat avec l'enfant. Se mettre dans l'ambiance, nouer des relations individuelles. Encourager la communication résolue. Laisser l'enfant mener les jeux et en varier les thèmes.	Les enfants qui ont des tempéraments difficiles ou des problèmes de régulation. Les enfants qui ne réagissent pas ou qui ont du mal à s'engager. Les parents incapables d'interaction délicate avec leurs enfants.	Individuel pour enfant et parents
Lecture audiovisuelle guidée	Psychodynamique et comportementale	Encourage le recul et la sensibilité. Favorise la réciprocité et la formation de partenariats. Encourage les ajustements comportementaux par le recadrage.	Les parents qui ont des difficultés à se montrer empathiques envers leur enfant ou à comprendre ses signaux. L'approche primaire de l'enfant est intrusive, négative.	Individuel pour enfant et parents
Dès le début*	Psychodynamique et comportementale	Utilisation de capsules vidéo pour interpréter les problèmes de l'enfant et y répondre. Identification des interactions parent-enfant, des défis des conséquences et des autres comportements.	Parents qui ont des enfants avec risque de développement. Problème d'attachement.	Groupes de parents
Clés du programme de soins*	Psychodynamique et comportementale	Développe la compréhension des signaux du nourrisson, la modulation d'état et les comportements. Encourage les interactions plus réceptives et plus sensibles. Mise en évidence des aspects positifs de la relation parent-enfant.	Les parents qui ont des difficultés à se montrer empathiques envers leur enfant ou à comprendre ses signaux. L'approche primaire de l'enfant est intrusive, négative.	Individuel pour enfant et parents

*Indique la nécessité d'une formation

TABLEAU 11.1 (suite) – Les approches d'intervention

Type de programme	Orientation théorique	Nature de l'intervention	Cible de l'intervention	Format
Feuilleton des années incroyables* (Webster-Stratton)	Socio-éducative et cognitivo-comportementale	Gérer le comportement du nourrisson et accroître sa capacité de résoudre les problèmes. Utiliser des louanges et effectuer une rétroaction positive en réduisant la critique, la fessée et les autres comportements négatifs. Augmenter la capacité de jouer avec l'enfant. Améliorer les aptitudes à mettre des limites. Développer l'utilisation de la redéfinition, des conséquences logiques, de la résolution de problèmes et de l'empathie.	Parents qui ont des difficultés avec la gestion de la colère et avec la résolution de problèmes. Parents avec des attributions négatives de leur enfant.	Groupes de parents
Pour parler il faut être deux : un guide destiné aux parents pour aider les enfants à communiquer*	Comportementale	Parents formés aux stratégies de promotion de l'interaction. Stratégies orientées vers l'enfant (suivre le meneur et réagir).	Enfants qui ont des retards de la parole et du langage; problèmes de communication. Parents qui ont de faibles aptitudes pour les techniques d'interaction.	Séances pour groupes de parents et séances individuelles pour la mère ou le père et l'enfant
Relation parent-enfant «mère-poule» (Mother Goose)	Socio-éducative et comportementale	Régulation des émotions. Renforcement 1:1 des interactions par le rythme, la rime, la musique et le toucher.	Parents qui n'échangent pas avec leurs jeunes enfants. Parents qui comprennent mal les besoins linguistiques et socio-émotionnels des nourrissons et des tout-petits.	Groupes de parents et enfants
Programmes de soutien familial pour améliorer l'existence psychosociale maternelle	Comportementale et cognitivo-comportementale; humaniste et rationnelle-émotive	Thérapie de groupe centrée sur la capacité des parents en matière de compétence sociale et parentale; déficits dans la résolution de problèmes, l'auto-réflexion et la prise de recul. Échange de groupe et système de soutien.	Les mères qui sont socialement isolées ou souffrent de maladie mentale. Les pères, lorsqu'ils peuvent être inclus.	Groupes de mères

*Indique la nécessité d'une formation

Ressources

Le Centre Chedoke pour l'enfant et la famille propose 3 programmes parentaux: (1) Right From the Start Program (2) COPEing with Toddler Behaviour (pour les parents d'enfants de 3-4 ans) et (3) COPE Program pour les parents d'enfants de 4 à 12 ans. www.communityed.ca

Le Merrymount Children's Centre (519) 434-6848 propose un Manuel de programme de groupe (No Violence = Good Health) destiné aux enfants d'âge préscolaire qui ont été témoins de violence familiale.

Muir, E., Lojkasek, M., & Cohen, N.J. (1999). *Watch, Wait and Wonder: A manual describing a dyadic infant-led approach to problems in infancy and early childhood*. Toronto: Centre Hincks-Dellcrest.

Promising Practices in Early Childhood Mental Health, Vol 3 (2001). Research and Training Center for Children's Mental Health Regional Research Institute. Portland State University.

Webster-Stratton, C. (juin 2000). *The Incredible Years Training Series*. Juvenile Justice Bulletin of the Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention, 1-23.

www.incredibleyears.com pour La Formation de base des parents de Webster-Stratton (1) Petite enfance - de 2 à 7 ans et (2) Âge scolaire – de 5 à 12 ans.

www.hanen.org – propose des informations sur leur Programme interactif parent-enfant «You Make the Difference».

www.ncast@u.washington.edu – NCAST: Nursing-Child Assessment Satellite Training.

FAQ

Q: Quelles sont les pratiques prometteuses pour les interventions de santé mentale durant la petite enfance?

R: Nous savons que les interventions spécifiques sont plus bénéfiques quand elles ciblent des problèmes comportementaux spécifiques et des groupes différents. Les pratiques prometteuses montrent qu'une approche d'intégration basée sur la connaissance peut se révéler plus efficace grâce à une meilleure adéquation entre qui a besoin de quoi.

Q: Qui doit être l'objectif principal: l'enfant? ou la mère ou le père?

R: Les recherches ont montré que pour l'intervention précoce l'enfant et la mère ou le père doivent être au cœur des préoccupations. (Lieberman, Silverman & Pawl, 2000) Il y a quatre options qui peuvent être combinées lorsqu'on planifie des interventions pour cette dyade:

- centrée sur l'enfant
- programmes parentaux (en groupe)
- centrée sur la mère ou le père (individuelle)
- centrée sur les deux générations, parents et enfant (soit en groupe soit individuelle)

Réflexion guidée

- Dans les situations où les besoins de la mère ou du père et ceux de l'enfant semblent être en contradiction, comment les conciliez-vous dans vos interventions?
- Quelles stratégies se sont révélées efficaces dans votre travail?

12. Bien-être personnel

Fiche d'information

Facteurs responsables du stress:

- charge professionnelle insurmontable
- travaux administratifs excessifs, heures supplémentaires
- exposition prolongée à des cas complexes
- jongler entre de trop nombreux rôles et demandes en même temps
- espérance de soi irréaliste
- travail dans un environnement familial dangereux
- clients très dépendants ou exigeants
- exposition à la violence, aux menaces ou à d'autres événements traumatisants
- encadrement et soutien inadéquats

Le «prix des soins» est élevé (Figley, 1999) pour les prestataires de services qui se servent d'eux-mêmes comme outil thérapeutique (Johns, 2000). Les émotions mises en jeu lors du travail avec les familles et les jeunes enfants doivent être identifiées pour permettre au travail de la professionnelle ou du professionnel d'être efficace. Voici les enjeux principaux touchant le traitement des problèmes de santé mentale chez les jeunes enfants:

- Transfert – le patient s'engage inconsciemment dans une relation avec la clinicienne ou le clinicien qui reproduit une relation prépondérante de sa vie (parent, agresseur, époux, etc.). Il agit et réagit avec la professionnelle ou le professionnel comme s'il s'agissait de cette personne.
- Contre-transfert – la professionnelle ou le professionnel s'engage *inconsciemment* dans une relation avec le patient d'une manière qui reproduit une relation primaire dans la vie de la professionnelle ou du professionnel (c.-à.-d. parent, enfant, frère ou sœur, patron, époux, etc.). Elle ou il agit et réagit avec le patient comme s'il s'agissait de cette personne.

Les symptômes du contre-transfert sont entre autres:

- personnalisation avec le parent ou l'enfant;
- affection très forte vis-à-vis du patient (haine, compassion, culpabilité, rejet, etc.)
C'est généralement le symptôme clé qui incite la professionnelle ou le professionnel à explorer la piste d'un problème de contre-transfert;
- sentiment «d'impuissance» et impossibilité de progresser;
- sentiment d'être dépassé;
- avoir du mal à discuter du cas avec clarté;
- identification – interpréter les actes ou les comportements du patient comme vous étant destinés. Par exemple se sentir rejeté quand un parent ne vient pas à une session;
- traumatisme par personne interposée – réagir avec vos propres réactions ou sentiments aux événements tragiques qui peuvent intervenir dans la vie des enfants ou des parents avec qui vous travaillez (mort, suicide, agression physique, meurtre);
- immersion – déversement de sentiments tragiques, stressants ou intenses lors de l'exploration des expériences passées et présentes qui font irruption dans le monde du patient. Le symptôme habituel de ce problème est un sentiment d'écrasement et de paralysie;
- suridentification – avec le parent ou l'enfant. De forts sentiments de colère ou de réprobation envers l'un des partenaires met en danger la capacité de préserver une connexion empathique dans les expériences;
- se sentir rejeté par le parent – lorsque les efforts déployés par la professionnelle ou le professionnel pour communiquer avec un parent se traduit par un manque de réaction ou par un rejet, la tentation est d'user de rétorsion ou d'étiqueter le parent comme résistant;
- contenir les émotions négatives et douloureuses – il faudra peut-être que la professionnelle ou le professionnel apprenne à le faire lorsque les parents revivent des souvenirs et ressentent des sentiments intenses de tristesse, de rage et de peur lors de l'exploration d'expériences passées qui font irruption dans l'éducation actuelle des enfants;
- clarté du jugement clinique – peut être faussé quand les parents ayant souffert d'une privation extrême dans leur propre éducation reportent ces besoins non satisfaits sur la relation thérapeutique;
- se sentir «bloqué» quand aucun changement positif ne semble se produire;
- résultat tragique, p.ex. suicide, agression physique.

Ressources

Figley, C.R. (1999). Compassion Fatigue: Toward a New Understanding of the Costs of Caring, dans Stamm, B.H. (éd.). *Secondary Traumatic Stress: Self-Care Issues for Clinicians, Researchers and Educators*. 2^e édition. Maryland: Sidram Press.

Maslach, C., et Leiter, M. (1997). *The Truth About Burnout*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.

Yassen, Janet. (1995). Preventing Secondary Traumatic Stress Disorder, in Figley, C.R., éd. *Compassion Fatigue: Coping with Secondary Traumatic Stress Disorder in Those Who Treat the Traumatized*. NY: Brunner/Mazel Publishers.

Stratégies

La littérature sur l'autocontrôle est unanime sur les besoins de sensibilisation, de soutien affectif et de changement organisationnel pour créer un environnement qui facilite la prévention, la réduction et la gestion des facteurs du stress. Les éléments suivants représentent une approche holistique et multidimensionnelle:

Contre-transfert

- L'étape la plus importante est de passer d'un état inconscient ou automatique à un état conscient. Cela signifie trouver les «causes» ou les racines de vos propres réactions. La manière la plus efficace est d'en discuter avec des collègues avec qui vous vous sentez à l'aise et qui peuvent vous aider à analyser vos sentiments et à les relier à la relation ou au problème principal(e) qui se trouve en vous. Une fois identifié, un plan peut être défini pour savoir comment résoudre ce problème. Le simple fait de rendre transparent le contre-transfert enlève beaucoup de son impact négatif.

Niveau personnel

- Passer plus de temps avec les amis ou les membres de la famille de manière mieux planifiée pour apprécier la chaleur et l'éventail complet des émotions heureuses.
- S'autoriser à prendre soin de soi-même de la même manière que vous encouragez les familles à le faire.
- Participer à des activités créatives telles que la musique, l'art, l'écriture, le jardinage, la photographie, la cuisine, etc.
- S'adonner à des activités physiques comme des exercices exigeants, la danse ou le travail physique.
- Se reconnecter avec son propre corps grâce au yoga, à la danse ou aux massages.
- Revoir et modifier ses habitudes alimentaires.
- Prendre du temps pour les vacances et les loisirs.
- Comprendre l'importance de l'humour comme agent de diminution de la tension et du stress.
- Faire du travail bénévole communautaire pour retrouver l'espoir.
- Joindre des mouvements politiques ou sociaux qui œuvrent pour le changement.
- Trouver des activités spirituelles différentes si vos croyances ont été mises à l'épreuve.

Niveau professionnel

- Connaître ses propres limites.
- Identifier les zones qui sont en déséquilibre et mettre en place des changements.
- Définir des limites en respectant strictement celles qui favorisent l'autocontrôle, c.-à-d. les heures supplémentaires, la dépersonnalisation de tout comportement agressif, etc.
- Encourager l'amélioration des compétences.
- Organiser régulièrement des réunions de supervision et de mentorat.
- Partager les problèmes avec les collègues ou le superviseur.
- Participer à d'autres activités liées au travail telles que la recherche, la formation et l'éducation.

Niveau organisationnel

- Attention portée aux problèmes d'orientation, de supervision et de charge de travail.
- Possibilités de débriefage et de conseil formelles et informelles.
- Rodage des compétences du personnel en matière de résolution de problèmes et de gestion de cas.
- Possibilités de perfectionnement professionnel et personnel régulier.
- Création d'un environnement sécuritaire permettant au personnel de s'exprimer librement.

FAQ

Q: Quels sont les principaux symptômes de l'épuisement professionnel?

- R:** Kahill (1998) a mis en évidence 5 catégories de symptômes qui révèlent un épuisement professionnel:
- a) symptômes physiques – fatigue, troubles du sommeil, plaintes somatiques précises telles que maux de tête, irritations gastro-intestinales, rhumes, etc.;
 - b) symptômes affectifs – irritabilité, anxiété, dépression, état de détresse;
 - c) symptômes comportementaux – agressivité, cruauté, pessimisme, cynisme, abus d'intoxicants;
 - d) symptômes en relation avec le travail – mauvaise performance, absentéisme, arrivées tardives, vols, pauses abusives, instabilité;
 - e) symptômes interpersonnels – incapacité de se concentrer ou de focaliser son attention, se mettre à l'écart de ses collègues de travail, déshumaniser et intellectualiser les patients.

Q: Quelle est la nature du stress traumatique secondaire?

- R:** Le stress traumatique secondaire (STS) a été défini comme l'ensemble des «émotions et comportements résultant de la *prise de conscience* d'événements traumatisants survenus aux autres, et l'impact douloureux et perturbateur qu'ils peuvent avoir sur la personne aidante» (Howe, 1998). Entendre les faits directement de la bouche des victimes de traumatisme, voir les souffrances physiques et affronter la détresse d'une famille touche la professionnelle ou le professionnel aussi profondément que si elle ou il avait vécu le traumatisme personnellement.

Q: Quels sont les principaux écueils dans une relation thérapeutique avec les parents?

- R:** Les praticiennes ou les praticiens sont particulièrement susceptibles d'assumer une tâche trop lourde ou de se sentir submergés par les traumatismes et les expériences affectives intenses des familles extrêmement vulnérables. Généralement des problèmes tels que la suridentification, l'incapacité de se fixer des limites et le besoin réel d'assistance des familles placent la praticienne ou le praticien dans une situation où elle ou il risque l'épuisement professionnel. Se fixer des limites est essentiel non seulement pour la praticienne ou le praticien, mais ceci permet également de fournir un modèle en fonction duquel les familles et les patients peuvent apprendre à fixer leurs propres limites.

Réflexion dirigée

- Quand vous êtes-vous senti(e) impuissant(e) dans vos rapports avec une famille?
Comment réagissez vous à vos sentiments?
- Quand et de quelle manière avez-vous été capable de définir un modèle à suivre ou d'enseigner des stratégies d'autocontrôle aux parents?
- Dans quelles circonstances trouvez vous que vous développez de la rancœur vis-à-vis des familles?
- Comment réagissez vous lorsque vous sentez que l'on profite de vous ou que l'on vous manipule?

13. Consultation efficace

Fiche d'information

CONSULTATION EFFICACE DANS LES GARDERIES ET LES ÉCOLES

Une consultation efficace cela veut dire

- comprendre les jeunes enfants et leur développement dans le contexte de la famille, des services de garde d'enfants et de l'école;
- tisser des liens et travailler en coopération avec les familles;
- comprendre le cadre culturel des garderies et de l'école;
- nouer des liens et travailler en collaboration avec les enseignant(e)s.

Principes de la consultation sur la santé mentale

Une consultation c'est...

- une démarche volontaire;
- une relation d'interdépendance;
- provisoire;
- clarifier les problèmes et les causes et donc repréciser la relation;
- aider la personne qui demande conseil à trouver et à évaluer des solutions aux problèmes identifiés;
- aider la personne qui demande conseil à acquérir des connaissances qui pourront être appliquées dans des situations futures.

Aspects éthiques et légaux à prendre en considération

- Le formulaire de consentement doit être signé par le père ou la mère ou par le tuteur légal avant que ne puisse débuter la consultation.
- La confidentialité est la clef de l'intimité d'une famille et de l'établissement de la confiance entre tous les intervenants.
- Dénoncer les cas de sévices ou la suspicion de sévices infligés aux enfants relève de la responsabilité légale de chacun – bien connaître le protocole de plainte.
- Les pratiques déplacées observées ne doivent pas être passées sous silence – bien connaître le protocole pour discuter de telles pratiques.

ORDRE DU JOUR D'UNE CONSULTATION COURANTE: LE COMPORTEMENT DIFFICILE

La méthode ACC ou méthode d'évaluation fonctionnelle se révèle souvent utile pour affronter des comportements difficiles:

- **A** pour *antécédents* – aussi bien internes (les émotions d'un enfant, les conditions médicales ou physiques, etc...) qu'externes (facteurs environnementaux tels que le bruit, des attentes irréalistes, un changement fréquent de personnel fournisseur de soins, etc...) qui peuvent déclencher ces comportements.
- **C** pour *comportement* – identifier les comportements adoptés par l'enfant et déterminer la fonction du comportement – c.-a.-d. pour obtenir quelque chose de positif ou pour éviter quelque chose de négatif dans le but d'augmenter ou de diminuer la stimulation.
- **C** pour *conséquences* – elles peuvent accentuer ou atténuer les comportements – agir sur l'environnement pour augmenter les comportements souhaitables.

L'ART DE LA CONSULTATION

Étape n° 1: Signature du formulaire de consentement

Le formulaire de consentement doit être signé par le père ou la mère ou par le tuteur légal avant de pouvoir débiter la consultation.

Obstacle n° 1:

Le formulaire de consentement est signé, mais le personnel affirme ne pas avoir décidé de garder ou non l'enfant dans le programme.

Stratégie:

La consultante ou le consultant dit à l'établissement qu'une décision doit être prise pour que la consultation puisse commencer.

Obstacle n° 2:

Le père ou la mère a refusé de signer le formulaire de consentement, mais l'établissement vous a néanmoins demandé d'intervenir.

Stratégie:

La consultante ou le consultant respecte le programme et propose des suggestions générales concernant le programme qui peuvent être utiles. La confidentialité est maintenue – le nom de l'enfant concerné n'est jamais révélé.

Étape n° 2: Contact initial avec la garderie et l'école

Rassembler/Clarifier les renseignements importants sur le contexte

Voici quelques exemples de ces renseignements:

- âge de l'enfant;
- durée pendant laquelle l'enfant a été inscrit au programme;
- composition de la famille et style de vie;
- événements ou changements significatifs dans la vie de l'enfant.

Travailler avec la personne qui demande conseil pour définir le problème

Questions qui peuvent aider la personne qui demande conseil à définir le problème:

- De quel comportement s'agit-il?
- Quand le comportement se manifeste-t-il?
- Où le comportement se manifeste-t-il?
- Qui est impliqué dans cette situation?
- Pourquoi le comportement se manifeste-t-il?
- Avec quelle fréquence le comportement se manifeste-t-il?

Obstacle:

L'enseignant(e) ne veut pas travailler avec l'enfant et se comporte de façon très négative lorsque vous essayez de définir le problème. Sa réponse aux questions que vous posez au sujet de la fréquence des comportements est «tout le temps!».

Stratégie:

Laissez à l'enseignant(e) le temps de décompresser, mais récupérez son attention et montrez-vous optimiste quant au profit que l'enfant et l'enseignant(e) peuvent tirer de la consultation.

Étape n° 3: Première visite d'évaluation

- Le but de cette visite est d'observer l'enfant.
- La visite devrait avoir lieu à une heure de la journée fixée par l'enseignant(e) (généralement une heure où le comportement a le plus de chances de se manifester).
- La visite devrait avoir lieu un jour «représentatif».
- La consultante ou le consultant devrait essayer de se rendre «invisible» durant la consultation.
- La consultante ou le consultant devrait effectuer une rétroaction auprès de la personne qui demande conseil (ou convenir d'une date pour le faire).

Avant de partir la consultante ou le consultant doit

- préciser les étapes suivantes;
- fixer la date de la prochaine visite;
- «pointer» chez la superviseuse ou le superviseur.

Obstacle n° 1:

Ce n'est pas un jour représentatif – p. ex. pour cause d'assemblée, de promenade en groupe.

Stratégie:

La consultante ou le consultant s'entretient avec la superviseuse ou le superviseur ou avec la directrice ou le directeur pour s'entendre sur la nécessité de procéder à l'observation un jour représentatif.

Obstacle n° 2:

L'enfant n'affiche pas de comportements durant la visite d'observation et les enseignant(e)s craignent que la consultante ou le consultant ne les croie pas.

Stratégie:

Confirmez à l'enseignant(e) que l'enfant finira par montrer ses comportements. Identifiez les aspects du tempérament ou du comportement de l'enfant qui ont été observés et traduisez les difficultés qui ont été définies par l'enseignant(e).

Étape n° 4: La consultante ou le consultant contacte le père ou la mère

- L'objectif du contact est de vous présenter et de faire part de vos observations au père ou à la mère après la première visite d'information.
- Il est important d'effectuer une rétroaction positive tout en restant honnête au sujet de vos observations.
- Il faut inviter et encourager le père ou la mère à exprimer toutes ses préoccupations et à partager ses observations sur l'enfant dans son environnement familial.
- Avant de conclure, les étapes suivantes doivent être passées en revue avec le(s) parent(s).

Obstacle:

Le père ou la mère ne fournit pas d'informations.

Stratégie:

Soyez patient(e); il faut du temps pour nouer des relations; ne forcez pas les choses - cela aide à établir la confiance.

Étape n° 5: Poursuite de l'évaluation

- La consultante ou le consultant effectuera 2 ou 3 visites supplémentaires dans la classe ou jusqu'à ce qu'elle (ou il) ait le sentiment d'avoir fourni suffisamment d'informations. Elle (ou il) recensera les points forts de l'enfant et ses besoins.
- Au cours de ces visites d'information, la consultante ou le consultant continuera de rechercher la participation de l'enseignant(e) et lui fera part de ses observations.

Obstacle n° 1:

Le programme n'a pas la qualité requise.

Stratégie:

Dans le cadre d'une école, ce problème est passé sous silence.

Dans une garderie, vous pouvez, selon la qualité de vos relations, en discuter avec la superviseuse ou le superviseur. N'oubliez pas que vous êtes là pour l'enfant et non pour évaluer le programme.

Dans les deux cas, comme vous agissez pour l'enfant, vous pouvez faire des suggestions qui amélioreront le programme.

Obstacle n° 2:

Personnel de qualité inégale.

Stratégie:

Entretenez-vous avec la superviseuse ou le superviseur ou avec la directrice et le directeur de la nécessité d'une cohérence pour les enfants. Admettez que les problèmes de personnel peuvent échapper au contrôle de n'importe qui. Une fois que la relation est établie, vous pouvez essayer de trouver les raisons qui motivent le roulement du personnel.

Étape n° 6: Réunion de rétroaction entre le(s) parent(s), l'enseignant(e) et le (la) consultant(e)

Le but de la réunion est:

- pour la consultante ou le consultant, de faire part de ses observations et des points forts et besoins de l'enfant;
- pour l'enseignant(e), de faire part de ses observations et des stratégies essayées ou actuellement mises en œuvre;
- pour le(s) parent(s), de faire part de leurs perceptions du problème et des stratégies qu'il(s) utilise(nt);
- de concevoir un plan d'action qui peut inclure de poursuivre les consultations entreprises en classe, de conseiller directement les parents ou de faire appel à des services supplémentaires.

Obstacle n° 1:

Le père ou la mère est en situation de refus (mon enfant ne fait pas cela à la maison; c'est le problème de l'établissement).

Stratégie:

Expliquez au père ou à la mère que vos remarques découlent de l'observation de l'enfant dans le cadre d'un groupe. Reconnaissez que l'enfant peut avoir à la maison un comportement différent de celui qu'il a à l'école. Prenez garde à ne pas entamer une épreuve de force avec le père ou la mère.

Obstacle n° 2:

Au cours d'une réunion de rétroaction, alors que la mère révèle des informations personnelles stressantes, l'enseignant(e) réagit en disant « oh, votre enfant fait de réels progrès » alors que la consultante ou le consultant a déjà signifié que l'enfant connaît de sérieuses difficultés et a besoin de l'aide de services supplémentaires. La réaction émotionnelle de l'enseignant(e) est une tentative pour aider la mère à se sentir mieux.

Stratégie:

La consultante ou le consultant devrait avant la réunion mettre l'enseignant(e) en condition en passant en revue ce qui pourrait arriver.

En réponse à cette situation, au cours de la réunion, la consultante ou le consultant doit avec diplomatie admettre l'amélioration, mais souligner la nécessité de services complémentaires.

Étape n° 7: Réunion entre consultant(e) et enseignant(e) pour concevoir des stratégies

- Le but de cette réunion est de concevoir des stratégies qui aideront l'enfant dans sa classe, p. ex. en utilisant les points forts de l'enfant pour répondre à ses besoins.
- La personne qui demande conseil doit garder la maîtrise de la situation.
- Les étapes intermédiaires consistent à:
 - passer en revue le problème initial et le redéfinir si nécessaire;
 - identifier les objectifs;
 - concevoir un plan d'intervention.
- La consultante ou le consultant doit travailler AVEC la personne qui demande des conseils pour concevoir des stratégies et garder l'esprit ouvert quand une stratégie n'est pas réaliste.
- Les stratégies doivent s'appuyer sur un langage « amical » et être partagées avec tous les participants et avec le(s) parent(s).

Obstacle n° 1:

La superviseuse ou le superviseur/la directrice ou le directeur d'école n'a pas pris les dispositions nécessaires pour une rencontre entre le personnel et la consultante ou le consultant.

Stratégie:

La consultante ou le consultant s'entretient avec la superviseuse ou le superviseur ou avec la directrice ou le directeur d'école pour fixer un autre rendez-vous. L'entretien doit souligner l'importance de la présence à la réunion du personnel directement visé.

Obstacle n° 2:

Par le biais de discussions et de l'établissement d'objectifs, il devient évident que les enseignant(e)s se sentent personnellement visé(e)s par le comportement de l'enfant; p. ex. lorsque l'enfant frappe. L'enseignante, elle suppose que l'enfant le fait délibérément pour lui rendre la vie difficile.

Stratégie:

La consultante ou le consultant doit aider l'enseignante à comprendre le contexte du comportement et à admettre que le comportement n'est pas dirigé contre elle, mais contre toute personne ou tout objet qui se trouve à proximité de l'enfant quand le comportement se manifeste.

Obstacle n° 3:

Tandis que la consultante ou le consultant suggère des stratégies, l'enseignant(e) demande continuellement «Comment vais-je faire pour répondre aux besoins des autres enfants?».

Stratégie:

La consultante ou le consultant doit réaffirmer que lorsque l'on propose un programme de qualité, il répond aux besoins de tous les enfants (si c'est le cas de ce programme valorisez-le). Puis la consultante ou le consultant doit expliquer que les enfants apprennent des autres enfants. Lorsqu'un enfant a besoin de plus d'aide, les autres enfants acquièrent d'importantes aptitudes à la vie quotidienne dans le domaine des différences et de l'entraide.

Étape n° 8: Visites de consultation dans la classe

- L'objectif de la consultation est double: suivre les progrès de l'enfant et aider l'enseignant(e).

Obstacle:

Le personnel n'a pas mis en œuvre le plan de programme individualisé.

Stratégie:

La consultante ou le consultant cherche à clarifier auprès du personnel la raison pour laquelle le plan n'a pas été mis en œuvre – était-il trop ambitieux, un événement imprévu en a-t-il empêché la mise en œuvre, etc...? La consultante ou le consultant s'assure ensuite que le personnel est bien prêt à effectuer un suivi.

Étape n° 9: Communication permanente avec les parents

- L'objectif du contact permanent est de:
 - tenir les parents au courant des progrès de l'enfant;
 - fournir aux parents des plans d'action révisés;
 - fournir aux parents une occasion d'identifier des problèmes supplémentaires ou permanents;
 - fournir aux parents de l'aide et des ressources.

Obstacle n° 1:

Le père ou la mère ne retourne pas les appels téléphoniques.

Stratégie:

Continuer à essayer d'établir le contact téléphonique; en cas d'échec transmettre une lettre ou une note par l'intermédiaire de l'enfant.

Obstacle n° 2:

Le parent a un comportement ambivalent et n'est pas sincère dans sa communication avec la consultante ou le consultant.

Stratégie:

Continuer à aider le parent à écouter activement. Ceci peut aider à poursuivre l'établissement de la confiance et le parent finira peut-être par se confier.

Étape n° 10: Réunion de synthèse avec les parents, l'enseignant(e) et la consultante ou le consultant

- Le but de la réunion est de passer en revue les progrès d'ensemble de l'enfant et de modifier le plan d'action en conséquence.
- Les plans d'action révisés doivent être transmis aux enseignants et aux parents.

Obstacle:

À la réunion de synthèse, il apparaît clairement que la consultation ne suffira pas à répondre aux besoins de l'enfant. La consultante ou le consultant recommande des services supplémentaires que le père ou la mère refuse. Ultérieurement, l'enseignant(e) exprime à la consultante ou au consultant sa colère à ce sujet.

Stratégie:

La consultante ou le consultant aide l'enseignant(e) à comprendre que le père ou la mère a le dernier mot et que le parent finira peut-être par réaliser que des services supplémentaires s'imposent. Les enseignant(e)s doivent admettre qu'il n'est pas possible de forcer un père ou une mère à accepter des services.

Étape n° 11: Le dossier est clos

Le dossier est clos...

- lorsque l'enseignant(e) signale qu'il ou elle est en mesure de répondre aux besoins de l'enfant;
- si le père ou la mère souhaite, pour une quelconque raison, interrompre le service.

Obstacle:

Les enseignantes ou enseignants hésitent à clore le dossier bien que la consultante ou le consultant ait signifié qu'ils étaient maintenant en mesure de répondre aux besoins de l'enfant.

Stratégie:

La consultante ou le consultant passe en revue les progrès de l'enfant et fournit une rétroaction positive au sujet des aptitudes des enseignantes et enseignants. La consultante ou le consultant rappelle aux enseignantes et enseignants que sa porte leur reste ouverte en permanence.

**Il convient de noter que la consultante ou le consultant doit être disponible pour parler aux enseignantes et enseignants ou aux parents, ou pour les rencontrer entre les visites convenues.*

Ressources

Caplan, G & Caplan, R.(1993). *Mental Health Consultation And Collaboration*. Project Heights, Illinois; Waveland Press, Inc.

Donahue, P. J., Falk, B. & Gersony Provet, A. (2000). *Mental Health Consultation In Early Childhood*. Toronto: Paul H. Brookes.

Essa, E. (1999). *A Practical Guide To Solving Preschool Behaviour Problems, 4^e édition*. Toronto: Delmar Publishers.

Kaiser, B. & Sklar Rasminsky J. (1999). *Relever le défi: Stratégies efficaces auprès des enfants présentant des problèmes de comportement dans les milieux de la petite enfance*. Fédération canadienne des services de garde à l'enfance.

Lax, T.& Peddle, M. (1992). Daycare Consultation: An emerging role for children's mental health in prevention and early intervention. *Children's Mental Health*, 5 (1), 3 – 7.

www.circleofinclusion.org – Information couvrant une vaste gamme de sujets relatifs à l'inclusion – avantages et obstacles, valeur éducative et sociale de l'inclusion, programmes d'initiation, point de vue des parents, inclure les familles, identifier les personnes concernées, créer des équipes de coopération pour la petite enfance, ressources et bien davantage!