

5

L'évaluation du développement et des interactions précoces en clinique et en recherche

Introduction

Même s'il n'existe pas de véritable consensus sur la définition de l'évaluation, ce terme est devenu un mot clef du champ de la petite enfance, lequel, s'est considérablement développé ces vingt dernières années. Une évaluation des symptômes, des troubles de l'interaction et un diagnostic étayé, concernant le bébé, l'interaction parent-enfant, ainsi que les capacités parentales, sont ainsi devenus les éléments indispensables d'une intervention efficace. L'évaluation tient ainsi une place centrale dans l'examen clinique. Elle est aussi un temps préalable de l'appréciation du pronostic et du plan thérapeutique.

Le terme d'évaluation n'a pas toujours eu bonne presse en matière de petite enfance. Pour certains, il véhicule l'idée d'une mise à distance, d'étiquetage, de stigmatisation possible d'une quantification dépersonnalisante par rapport à la relation et au contre-transfert. Ceci tient à l'importance des relations parents-enfant dans la psychopathologie du premier âge, et à l'idée longtemps prévalente qu'il n'existe pas de troubles, de pathologie spécifique chez le bébé lui-même, mais seulement des troubles de la relation. Or, l'évaluation va au contraire chercher à faire la part des choses, et à reconnaître la part du bébé, de l'attitude parentale (*caregiving*) et celle de la relation qui s'est instaurée, sans déduire l'une de ses parties des deux autres.

Le but de l'évaluation est d'abord de faire un recueil des symptômes et de voir si l'on peut aboutir à un diagnostic d'axe I, chez le bébé, ou d'axe II, axe des troubles de la relation. Il s'agit ensuite de donner une évaluation de la sévérité du symptôme ou du syndrome et de son impact sur le développement. Enfin, il s'agit de donner un premier avis pronostic et de construire un premier plan de traitement. Ce n'est qu'à ce moment que se dégage un aspect psychopathologique du trouble ou du symptôme. C'est donc un processus assez long et complexe, dans lequel le plus important est de recueillir la collaboration des parents et de la conserver.

On peut remarquer qu'il n'existe encore que très peu de manuels consacrés spécifiquement à l'évaluation clinique du jeune enfant, que ce soit en anglais ou en français. On peut citer le manuel de Del Carmen-Wiggins et Carter (2006), et les chapitres consacrés à l'évaluation dans les trois éditions du *Handbook Of Infant Mental Health* de Charles Zeanah Jr., (2005 réédité en 2009 et 2012). L'ouvrage coécrit avec Catherine Tourrette en 2012 est le premier du genre en français. Il donne un aperçu de la méthodologie de l'évaluation, et un catalogue des outils, échelles, tests, et questionnaires traduits et validés en France, tant pour le bébé, les interactions que pour le comportement ou la psychopathologie parentale.

Références

- Del Carmen-Wiggins R, Carter A. *Handbook of infant toddler and preschool mental health assessment*. Oxford: Oxford University Press; 2004. (Le premier et le seul livre américain sur l'évaluation du bébé.)
- Tourrette C, Guedeney A. *L'évaluation en clinique du jeune enfant*. Paris: Dunod; 2012.
- Tyano S, Keren M, Hermann H, Cox J. *Parenthood and mental health. A bridge between infant and adult psychiatry*. WPA: Wiley Blackwell; 2010. (Le manuel complet, international de psychiatrie périnatale parentale.)
- Zeanah CH Jr. *Handbook of infant mental health*. 3rd ed. New York: Guilford Press; 2009.

Le cadre et les différents temps de l'évaluation

Le début de l'évaluation : le premier entretien parent-jeune enfant

La première rencontre avec le bébé et ses parents : l'examen du jeune enfant ; la consultation, parfois thérapeutique, en elle-même l'alliance de travail ; l'évaluation au cours de la consultation ; la restitution)

L'enjeu de la rencontre

Amener un jeune enfant pour un avis psychologique à un psychologue ou un pédopsychiatre est une démarche difficile mais aussi dangereuse pour les parents. Elle les expose, et éveille leur système d'attachement (Nicole Guedeney). Les parents peuvent craindre de n'être pas compris, d'être jugés, et peuvent avoir peur de ce que l'on peut être amené à trouver et à leur dire. Amener son bébé en consultation, c'est exposer son histoire, celle de sa transmission, de ses désirs et de ses échecs. L'enjeu de cette première rencontre est donc très important : pour les parents d'abord, mais

aussi pour le clinicien, qui doit ne pas vouloir comprendre ou intervenir trop vite, avant qu'une alliance effective ne soit établie. En effet, le but de cette première rencontre est que les parents reviennent, et que s'installe une relation de collaboration, dans une ambiance sereine. Il s'agit de passer d'une relation verticale, hiérarchisée et craintive, à une relation plus horizontale, coopérative, où l'on regarde ensemble ce qu'il en est de la situation. Il est donc important que le clinicien ait cette priorité d'alliance de travail comme objectif, avant celle de la recherche d'un diagnostic, d'un pronostic ou d'un plan d'action.

Le pré-entretien

Cette première rencontre est donc au mieux préparée par un entretien en amont, par un autre membre de l'équipe, qui va recueillir la demande des parents. On précisera alors si la famille vient d'elle-même ou si elle est envoyée par son médecin, la crèche, ou un service social. On demandera si la famille a déjà fait appel à un autre service de soins pour cet enfant ou pour un autre, de façon à savoir quelle est son expérience d'être aidée, s'il y a eu des déceptions ou des ruptures à cet égard, et ainsi de se rendre compte s'il est ou non facile pour cette famille de demander de l'aide (Nicole Guedeney ; Marie-José Hervé).

Ces éléments sont importants à connaître pour bâtir l'alliance de travail avec la famille. On recueille dans ce pré-entretien les éléments de l'histoire du bébé, du développement, les maladies et traumatismes, la structure de la famille, les origines, les langues parlées à la maison (Couëtoux *et al.*, 2010). Ces éléments sont précieux pour le consultant, car ils lui permettront d'aller d'abord à l'essentiel, c'est-à-dire ce qui préoccupe vraiment la famille, et qui n'est pas forcément ce pourquoi ils sont adressés.

La salle d'attente

La rencontre commence en fait dans la salle d'attente, où il est toujours bon d'aller soi-même chercher la famille, la saluer et l'accueillir. Les personnes de l'accueil, dont le rôle est essentiel dans le suivi des familles, auront pu nous dire l'ambiance entre les membres de la famille avant que l'on n'arrive les chercher. On cherche d'abord le contact avec le bébé ou le jeune enfant, que l'on peut saluer d'un compliment, ce qui indique d'emblée notre position, positive, centrée sur l'enfant, mais en gratifiant dès que possible les parents. On apprécie d'emblée si le contact s'établit, avec les uns et les autres, et sur quel mode. On peut aussi enregistrer la façon dont la famille s'est disposée pour cette attente quelque peu anxieuse ; sont-ils en communication les uns avec les autres ou sont-ils isolés, agités ou silencieux, organisés ou chaotiques ? On voit aussi comment les parents présentent le consultant à l'enfant, comment ils l'aident à se séparer de ce qu'ils faisaient ensemble,

quelle obéissance ils demandent et sur quel mode. De nombreux signes sur la façon dont les uns et les autres rentrent en relation, ensemble et avec le consultant, sont déjà identifiables, et ces aspects vont nous guider dans le mode d'engagement du premier entretien.

Le bureau de consultation

Le lieu de consultation parent-enfant est alors atteint. Il doit être aménagé pour de jeunes enfants, de façon confortable et familière. On s'y installe au mieux en rond autour de l'enfant, plutôt que derrière un bureau. Il est assez vaste, pour qu'on puisse s'y déplacer, et explorer avec des jouets variés et adaptés à différents âges, mais pas trop nombreux, des jeux de manipulation et des petits livres, des sièges bas et adaptés. On s'installe « à hauteur » du jeune enfant, en le mettant au centre de l'attention, ce qui focalisera l'attention sur son comportement. C'est une caractéristique essentielle de l'examen et de la consultation en petite enfance : garder l'enfant à l'esprit, en vue, pendant que l'on échange sur lui et la famille, pour percevoir ses réactions, tout en portant attention à ses propres ressentis, en particulier négatifs (Hervé, Guedeney). Ceci suppose de rester disponible, à niveau ; comme le disait Alice Doumic-Girard, la pionnière des thérapies conjointes parent-enfant : la petite enfance suppose d'être lent, de prendre son temps, d'être et de rester à hauteur. La consultation ne prend pas moins d'une heure la première fois, souvent plus, mais il n'est pas utile de dépasser 1 h 30. Il faut en effet laisser aux parents le temps de dérouler l'histoire, toujours longue et complexe (Dilys Daws), et cette mise en récit verbal de l'expérience de la grossesse, de la naissance et des premières relations est sans doute un des aspects de l'effet thérapeutique éventuel de la rencontre.

Observer les uns et les autres, de façon activement participative

Ce temps devra être suffisant pour permettre à la famille de s'installer, de se sentir un peu plus à l'aise, et de s'engager dans le travail de l'entretien.

Même si l'on connaît le motif de la consultation, il est utile de demander ce qui les amène, et de se centrer sur cela d'emblée. La technique des « 4 R » de Charlie Cungi (Recontextualiser, Résumer, Reformuler, Répéter) est très utile pour centrer le début de l'entretien sur le motif principal d'inquiétude des parents (« quel est le pire pour vous dans cela ? »). S'il y a plusieurs motifs d'inquiétude, on demande de dire quel est le principal. On peut utiliser la répétition de ce qui est dit pour le mettre en évidence, et pour attendre, sans poser de questions qui seraient à ce stade prématurées. Quand les parents ont pu dire leur souci principal, alors seulement on demande de préciser le contexte, si la raison donnée est trop générale (« il ne dort pas, il m'agresse, elle ne mange pas, il a peur »). Contextualiser, c'est alors demander de raconter, en détail le dernier épisode, de façon à se représenter

clairement le problème que pose l'enfant aux parents. On laisse le temps aux parents de dérouler leur récit, et on peut alors leur dire que l'on comprend leur inquiétude, sans chercher à les rassurer trop rapidement. À ce stade, l'entretien est souvent enclenché, l'alliance de travail est amorcée, et l'on peut suivre ses propres idées et ses réactions émotionnelles, en écoutant les parents, en exprimant de l'empathie, en reformulant le problème exposé, tel qu'il nous apparaît alors, ce qui permet de vérifier que c'est bien là le souci principal.

La spécificité de l'entretien parents-bébé est la présence du bébé, qu'il ne faut pas lâcher de l'œil. Dans certaines situations complexes, chaotiques, on pourra recevoir la famille en étant deux consultants, mais en précisant le rôle de chacun dans la suite des choses. Le second consultant peut alors se centrer sur le bébé, puisque le comportement de l'enfant est le véritable fil rouge de l'entretien. En effet, le comportement du bébé avec nous nous livre clairement l'histoire de ces relations affectives avec ses proches. On peut faire remarquer aux parents que parfois le bébé vient appuyer ce qu'ils disent, ou à l'inverse, les étonner en s'endormant au cours de la consultation alors qu'il est décrit comme insomniaque, se monter calme et intéressé, alors qu'il est décrit comme renfermé ou colérique, etc. Dans les cas les plus favorables, on aboutit sans trop savoir comment à un « Moment présent » (Stern), partagé de plaisir vécu en commun, ce qui représente souvent un moment clef de restauration, qui sera un viatique précieux pour la suite.

Ces premières interventions, toujours valorisantes pour le bébé, sont essentielles pour reconforter les parents, et elles les incitent à s'engager dans le travail avec nous. Elles témoignent de notre intérêt, et pour leur situation et pour leur enfant, et de notre capacité à donner sens à ses mouvements, dans le cadre des interactions avec ses parents.

La consultation réalise ainsi en elle-même une mise en situation, dont on observe les effets, dans les réactions des uns et des autres. On peut ainsi assez vite juger des capacités relationnelles du bébé, de son développement psychomoteur et du langage, de sa curiosité, de son tempérament, sa capacité à jouer. La consultation par son étrangeté pour le bébé, son tempo lent et sa durée, va rapidement mettre en jeu le système intersubjectif du bébé, sa curiosité, sa capacité d'exploration, mais aussi son système d'attachement. On observe alors si le bébé fatigué peut donner des signaux clairs, et comment ils sont perçus, comment on y répond. On parle au bébé et pour le bébé, en évoquant clairement ce qu'on pense qu'il ressent. « Oh, tu as eu peur de ce jouet ! etc. ». Le jeune enfant montre vite qu'il est sensible à cet intérêt soutenu, respectant la distance qu'il demande.

Le bébé représente également une voie royale vers l'histoire d'attachement des parents, et ceci doit être manié avec prudence, en évitant tout commentaire négatif sur les façons de faire avec le bébé, mais aussi en limitant les mobilisations trop massives dans l'histoire infantile des parents, du moins dans la première rencontre.

La fin de la rencontre permet d'observer comment on se sépare, comment on range les jouets. Parfois on a pu assister à un repas, ce qui permet en direct de juger de la synchronisation et de la cohérence des interactions, lors des routines quotidiennes, et dans les situations de stress usuelles.

La fin de la consultation

Il s'agit d'un moment important à préparer, pour ne pas être pris de court. Il faut en prévenir les parents, et avoir le temps de leur dire que ceci n'était qu'un début, que l'on va se revoir, dans le délai qu'ils souhaitent, et ce point est essentiel à respecter, pour continuer de regarder ensemble la situation. Il est très important de donner un cadre aux rencontres ultérieures, en disant que l'on se situe actuellement dans le temps de l'évaluation, et pas encore dans celui de la décision sur un traitement, ce qui peut prendre plusieurs visites en fonction de la complexité des choses. On peut indiquer que l'on pourra faire appel à des collègues psychologues ou psychomotriciens pour donner leur avis, et que les résultats de ces observations ou situations seront discutés ensemble. On prévient les parents si on pense avoir besoin de comptes-rendus des interventions ou investigations antérieures. On leur laisse le temps de poser une question qui leur tient à cœur, et il paraît indispensable de donner les premiers éléments de notre avis, surtout sur les points positifs du développement de l'enfant, qui sont à mettre à leur compte. Il est utile de laisser aux parents la possibilité de nous joindre par téléphone ou par email s'ils le souhaitent.

L'évolution entre le premier et le second entretien : l'effet thérapeutique de la consultation

L'évolution lors du second entretien est fondamentale : elle nous donne un aperçu de la mobilisation de la situation, de l'alliance, de la relation avec le bébé, lui qui étonne souvent ses parents en réagissant nettement au fait de revenir nous voir. Il arrive que certaines situations se mobilisent dès que les parents ont décidé de consulter et se sont réglées ou presque lorsqu'ils arrivent, ou entre la première et la seconde rencontre. Cette évolution est un argument fort pour l'existence d'une situation symptomatique, relationnelle, mobilisable et non d'un trouble.

Pour des familles récemment émigrées, et qui ne maîtrisent pas bien la langue, le recours à l'interprète est indispensable, mais on demandera aux parents d'en trouver un si possible, et sinon, on attendra que l'alliance soit établie pour ce faire. L'appel à l'interprète avec une famille qui maîtrise bien le français peut être ressenti comme insultant, de même que l'envoi trop précoce et non motivé à une consultation ethnopsychiatrique. L'interprète peut être précieux pour donner son avis sur le comportement du bébé, et sur le sens qu'il peut avoir dans certaines cultures. La question importante

à cet égard à poser aux parents est « Que dirait-on de cela chez vous ? » Et aussi : « Vous avez dû prendre un avis, sur ce problème préoccupant ? C'est ce que j'aurais fait pour mon enfant. Avez-vous vu un imam ou un guérisseur ? »

Ces précautions donnent toutes ses chances à ce que le second entretien ait lieu, et à ce que l'on s'engage dans un processus d'évaluation, avec la famille, qui débouche sur un avis diagnostique et un plan concerté de traitement. La consultation parent-jeune enfant n'est donc plus une affaire de pionniers, qui agissent magiquement et magistralement (Serge Lebovici, Michel Soulé, Bertrand Cramer, Rosine Debray). Les parents y ont plus facilement recours, sans craindre la psychiatrisation. Son aspect thérapeutique ne va cependant pas de soi, et passe par l'accès à ce moment présent vécu en commun, de partage émotionnel. Ce type de consultation demande toutefois une certaine expérience de la relation thérapeutique, et une grande disponibilité. Elle exige que l'on soit capable de reconnaître un trouble du développement dans ces différentes facettes, d'une variation individuelle. Elle requiert une connaissance minimum de la pathologie organique spécifique du jeune enfant. Elle n'exige pas d'être parent soit même, mais elle demande une capacité d'identification aux parents des deux sexes, et au bébé, une capacité d'empathie, et de communication directe de ses émotions. Il s'agit d'abord de procurer aux parents une base de sécurité, en les rassurant sur leurs capacités, de façon à leur permettre d'explorer la situation malgré les difficultés et les inquiétudes.

L'avantage de ce « setting » parents-jeunes enfant est son caractère dynamique : les parents sont prêts à tout pour l'enfant et à « faire plus pour lui qu'ils ne le feraient pour eux-mêmes », (Fraiberg) ; ce sont eux aussi qui connaissent le mieux leur enfant, ce qui en fait de puissants alliés potentiels de l'évaluation, puis du traitement.

Références

- Berger M. Pratique des entretiens familiaux. Paris: PUF; 1987.
- Byng-Hall J. Revisiting Family Scripts. New York: Guilford Press; 1995.
- Cungi C. Savoir gérer son stress. Retz: Paris; 2002.
- Couëtoux F, Wendland J, Aidane E, Rabain D, Plaza M, Lecuyer R. Bilinguisme, plurilinguisme et petite enfance. Intérêt de la prise en compte du contexte linguistique dans l'évaluation et le soin des difficultés de développement précoce. *Devenir* 2010;4:293-307.
- Debray R. Bébés/mères en révolte. Paris: Paidos-Le Centurion; 1987.
- Guedeney A, Allilaire JF. Interventions psychologiques en périnatalité. Paris: Masson; 2001.
- Guedeney N, Guedeney A. L'attachement: approche théorique. 3^e éd. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2011. (4^e éd. à paraître en 2016).
- Hervé MJ, White-Koning M, Paradis-Guennou M, Guiraud A, Picot H, Grandjean H, et al. Adaptation d'une échelle d'alliance thérapeutique au contexte des consultations mère-nourrisson. *Devenir* 2008;1(20):65-85.

- Lebovici S, Weil-Halpern F. Psychopathologie du bébé. Paris: PUF; 1989. (Le premier manuel de psychopathologie du bébé en France.)
- Male P, Doumic-Girard A, Benhamou F, Schott MC. Psychothérapie du premier âge. Paris: PUF; 1975. (Les pionniers de la thérapie mère bébé.)
- Stern DN. The Present Moment in Psychotherapy and Everyday Life. New-York: WW Norton & Company; 2004. (Trad. française: Le moment présent en psychothérapie. Paris: Odile Jacob; 2003.)
- Trevarthen C. Racines du langage avant la parole. *Devenir* 1989;9(3):3-93.
- Tronick E. Interactive mismatch and repair: challenges to the coping infant. The neurobehavioral and social-emotional development of infants and children. New York: Norton & Co; 2007, p. 155-163.

L'évaluation du jeune enfant et de sa famille : pratique et outils

La petite enfance est une période de changement extraordinairement rapide. L'évaluation clinique de l'enfant doit donc tenir compte des spécificités propres à cette tranche d'âge, de l'interdépendance entre l'enfant et son environnement et de l'interdépendance des différentes dimensions de son développement. Un objectif de l'évaluation est autant de mettre en évidence les compétences de l'enfant que de localiser ses points de vulnérabilité pour orienter la démarche thérapeutique. Il faut se rappeler que l'on diagnostique des troubles ou dépiste des symptômes, mais on n'évalue pas des individus. On peut seulement évaluer leurs capacités ou leurs difficultés, dans le but d'« orienter le traitement. Les outils d'évaluation s'insèrent donc dans l'intervention thérapeutique.

L'évaluation ne peut donc être considérée comme un processus à appliquer d'une manière systématique, quelle que soit la situation. Bien au contraire, elle est fondée sur les réactions émotionnelles qui guident le clinicien, sur le transfert et le contre-transfert, ainsi que sur le comportement et les réactions du bébé durant la consultation. Dans cette perspective, l'évaluation devrait toujours chercher un impact thérapeutique.

Évaluation clinique, développementale et psychométrique

Une grande part de l'appréciation du pronostic et du choix thérapeutique dépend de ce qui change ou non durant la période d'évaluation. Plus la situation est sérieuse du point de vue du développement et plus l'évaluation doit être longue, de manière à déterminer en quoi précisément le bébé est à risque, quels sont les aspects positifs de la situation, et quelles sont les manières d'atteindre le développement du bébé à travers la relation avec les parents. Ce n'est qu'au terme de ce processus que l'on peut poser un

diagnostic, ou une absence de diagnostic (symptôme et non trouble) en tant que trouble de l'axe I des classifications des troubles mentaux, dans l'une des classifications existantes adaptées (DSM-V, ICD0, DC 0-3R).

L'évaluation doit aussi tendre à respecter la variabilité interculturelle, et ne pas se lier exclusivement à la recherche du diagnostic, ou à l'établissement d'une hypothèse psychopathologique. Elle doit au contraire chercher à rester dans le cadre d'une relation avec la famille, en évitant de devenir une procédure standardisée et rigide. Utilisée dans un cadre légal, à la demande d'un juge des enfants (JE) ou des affaires familiales (JAF), l'évaluation du développement du jeune enfant se doit d'être faite de façon claire, transparente, en utilisant des outils et des situations validées, et basée sur des faits cliniques.

La demande initiale de la famille d'un jeune enfant auprès d'un service de pédopsychiatrie est rarement celle d'une évaluation isolée. Adressée au service par l'école ou la crèche, par leur médecin, par la PMI, ou par le médecin scolaire, ou à leur propre initiative, la demande est celle d'un avis diagnostique et thérapeutique et d'une aide face à des difficultés relationnelles ou des symptômes.

La demande institutionnelle est souvent plus argumentée et préparée : PMI, médecin scolaire, psychologue scolaire, Aide sociale à l'enfance (ASE), consultation en vue d'adoption ou suivie d'adoption, mais alors la demande ne vient pas des parents eux-mêmes et ils peuvent même parfois être très réticents : la construction d'une alliance de travail est donc là encore le préalable essentiel. Il est alors important de se centrer d'abord sur ce qui préoccupe la famille comme premier objectif, et qui peut être très éloigné de ce qui a motivé la demande des professionnels vers le lieu de soins. Ailleurs, l'évaluation peut parfois servir de médiation, lorsque la mère et/ou les parents sont réticents, par exemple en démontrant les compétences du bébé ; elle facilite alors l'échange.

Les différents temps de l'évaluation

La première étape est généralement constituée par un entretien avec les parents et l'enfant lors de la consultation (voir p technique de l'entretien). Le recueil des données anamnestiques est l'occasion d'accéder aux représentations parentales et à ce qui a motivé la consultation. Il va permettre d'analyser la demande telle qu'elle est formulée et le contexte particulier dans lequel s'inscrit la consultation.

Le lieu de l'évaluation : CMP, cabinet de consultation ou domicile. L'évaluation se fait rarement à domicile, mais généralement dans un cadre institutionnel : celui de la consultation ou du service à qui a été

adressé l'enfant (pédopsychiatrie, PMI, CAMSP...). Ce qui importe c'est que l'enfant soit dans un environnement accueillant, adapté, et rendu familier, avec des personnes disponibles et attentives. Sauf circonstances particulières, les bébés et les jeunes enfants viennent accompagnés de leurs parents. Ils se sentent généralement sécurisés par leur présence, surtout dans des lieux non familiers et en présence d'étrangers, et sont ainsi plus disponibles pour participer activement aux évaluations. Cependant, comme l'évaluation d'un jeune enfant implique généralement qu'on puisse observer les interactions parents-enfant, c'est donc tout naturellement que les dyades et/ou les triades participent ensemble à cette démarche évaluative, même si un temps propre à chacun des parents peut être aménagé selon les besoins.

Un point important est de penser à parcourir, même superficiellement tous les domaines, quelle que soit le problème qui mène initialement à la consultation. Par exemple, on vérifiera systématiquement l'audition devant un trouble du développement du langage, ou on cherchera aussi une dyspraxie visuelle devant une difficulté d'apprentissage de l'écrit, ou chez un enfant décrit comme « agité », ou enfin on recherchera une maltraitance ou un abus devant une agitation.

C'est l'intérêt d'utiliser, avant ou après la première consultation, un inventaire de symptômes du type CBCL 1,5-5 (Achenbach) ou la BITSEA (Briggs-Gowan et Carter), traduite et validée en France par Wendland *et al.* (2014). Il s'agit de questionnaires parentaux de dépistage dont on pourra voir le résultat avec les parents et qui peuvent permettre de découvrir et d'aborder des difficultés qui n'avaient pas été mentionnées jusque-là.

L'évaluation pourra également être répétée dans le temps pour évaluer la dynamique de la progression de l'enfant, au cours de l'observation et au cours du traitement.

Une évaluation multidisciplinaire

Les professionnels intervenant dans le champ de la petite enfance sont de formations variées (pédiatres, pédopsychiatres, psychologues, infirmières, puéricultrices, psychomotriciens, kinésithérapeutes, orthophoniste). Chacun dans sa pratique peut être amené à procéder à des évaluations de certains aspects du développement et du fonctionnement de l'enfant, en utilisant des outils spécifiques. Le choix des outils sera évidemment fonction des symptômes présentés par l'enfant, mais aussi de la compétence de l'évaluateur et du but de l'évaluation : dépistage, diagnostic ou expertise. La connaissance des cadres théoriques de référence, des principes de construction, des qualités de mesure et des limites interprétatives de ces épreuves est une condition première à leur pratique.

L'objectivation des observations

L'observation dans des situations standardisées s'est très largement développée avec une systématisation des grilles d'observation permettant de repérer la fréquence et la succession d'événements du développement.

Le bilan de l'évaluation

Le bilan de l'évaluation qui sera fait avec l'enfant et ses parents repose sur la synthèse des informations provenant des différents professionnels concernés par l'enfant. Il s'appuie sur une synthèse des informations et des évaluations diverses, et sur leur interprétation. Il doit donner lieu à un compte-rendu qui sera disponible pour les parents et leur médecin. L'évaluation permet ainsi la planification du suivi thérapeutique, en identifiant les domaines du développement les plus atteints et qui seront les cibles du traitement, mais aussi et surtout les domaines les plus performants et les domaines de compétences émergentes, qui permettront de soutenir l'estime de soi de l'enfant et celle des parents, et qui seront les leviers de l'action thérapeutique.

Évaluer l'efficacité du traitement

L'évaluation permet également, et ce n'est pas son moindre intérêt, de juger à terme de l'efficacité des choix thérapeutiques mis en œuvre. L'évaluation devrait ainsi être la règle après un placement, comme après une adoption. Elle permet de confirmer ou d'infirmar les orientations thérapeutiques. Cette évaluation est alors au mieux faite de façon indépendante des acteurs directs du dispositif thérapeutique. Ce point est important, dans la mesure où il est parfois difficile de se repérer et d'évaluer de façon neutre l'efficacité d'un dispositif de soin lorsque l'on y est soi-même engagé de façon affective et effective. Le besoin d'une évaluation indépendante est d'autant plus net que l'on se retrouve dans des situations complexes, avec des pathologies importantes, et des psychopathologies parentales notables, et que l'on se trouve impliqué dans un dispositif au long cours, avec une famille à difficultés multiples.

Les cibles de l'évaluation

L'enfant

C'est sur le bébé que l'on se focalise dans le cadre de l'évaluation clinique. Le premier but est de faire la différence entre variations normales du développement et symptôme ou trouble. Certains comportements considérés

à des âges ultérieurs comme relevant de la clinique peuvent relever du comportement normal dans la petite enfance. Par exemple, les conduites d'opposition dans la deuxième année traduisent l'émergence de l'autonomie et de l'affirmation de soi. S'ils perdurent et s'expriment avec une forte intensité, ils peuvent devenir des signes pathologiques. C'est aussi le cas des comportements de colère ou d'agressivité physique, s'ils sont très intenses et fréquents. La fréquence, l'intensité et la durée des comportements permettent de différencier développement normal et pathologique. Il faut donc disposer de normes de référence adaptées à l'âge de l'enfant.

Il est indispensable d'évaluer le niveau de développement d'un enfant qui présente des difficultés pour savoir si ces difficultés relèvent ou non d'un retard mental global. L'utilisation d'échelles de développement permet de vérifier que l'enfant se situe bien au niveau attendu en fonction de son âge, et de voir si ses compétences dans les différents domaines sont homogènes ou non. Elle s'impose d'autant plus que l'enfant semble présenter un retard ou est porteur de déficiences. À l'aide de ces échelles on peut déterminer le profil de compétences de l'enfant, ses forces et faiblesses dans tel ou tel domaine. De plus, une réévaluation de l'enfant avec la même échelle permet d'évaluer sa progression et de quantifier les changements, voire d'évaluer les effets d'une prise en charge thérapeutique.

La prise en compte de l'environnement de l'enfant et de ses relations avec ses parents, sa fratrie et ses pairs, et ses autres figures d'attachement (assistante maternelle, crèche, maternelle), la durée de son séjour quotidien en collectivité ou en mode de garde, l'exposition à la télévision, apportera des éléments essentiels pour identifier la nature des difficultés. Le second point important est de préciser si les difficultés sont spécifiques d'une relation ou étendues à toutes.

Évaluer la psychopathologie parentale

De plus en plus souvent, l'évaluation devient conjointe : c'est autant celle de la santé mentale du bébé, de son développement que celle des parents (santé mentale et capacités parentales) (Keren, Tyano, Guedeney). Une étude récente a réalisé une évaluation simultanée de la psychopathologie chez l'enfant consultant (âgé de 6 à 17 ans) et chez les parents, et trouve un taux de 18 % de troubles internalisés chez les pères et les mères des enfants. Une étude finlandaise (Mäntymaa *et al.*, 2008) a pu montrer l'intérêt de chercher chez le père les antécédents psychopathologiques dans l'année écoulée quand on observe chez un nourrisson un retrait relationnel prolongé et qu'il n'existe pas de dépression postnatale maternelle qui rende compte du retrait relationnel du bébé.

Évaluer les relations parents-enfant

L'étude des interactions et des relations de l'enfant avec ses parents est au cœur du processus d'évaluation clinique du bébé. Même si un temps

d'évaluation peut être plus centré sur le fonctionnement du bébé et/ou sur ses parents, c'est la façon dont ils interagissent habituellement qui doit être objet d'analyse : on peut observer l'implication des partenaires, les modalités et le tempo des comportements, la qualité de l'ajustement, la sensibilité aux signaux de l'enfant et la qualité des réponses, la tonalité des affects, et réfléchir aux représentations parentales qui les sous-tendent. Cependant, c'est la triade prise dans son ensemble comme un système fonctionnel qui apportera le plus d'information.

L'étude des relations parent-enfant a débuté par les relations mère-bébé, puis s'est intéressée aux relations père-bébé, mais les relations triadiques parents-bébé sont essentielles à observer, dans la mesure où l'on peut voir comment le bébé interagit effectivement avec chacun des parents, et avec les deux ensemble, et évaluer ainsi la capacité d'alliance et de coparentage des parents face au bébé.

Cette évaluation de la relation parent-enfant par un clinicien expérimenté sera valide, même si elle est globale, dans la mesure où elle portera sur plusieurs observations, dans différents contextes relationnels et qu'elle se fera dans des conditions de stress graduées et contextuellement différentes.

Le plus facile à observer et à objectiver est le comportement des partenaires (George Downing) : regards, mouvements, verbalisations, et la façon dont ces comportements sont orientés et réciproquement adressés, ainsi que l'ambiance affective et le discours. On repère quels sont les aspects positifs (qui représentent des points d'ancrage possibles de la relation thérapeutique) et quels sont les aspects traduisant une plus grande vulnérabilité. On note aussi quel est le discours des parents pendant les échanges, et la place donnée à l'enfant, comme individu capable de pensées et d'intentions autonomes. Les perturbations de l'interaction mère (parents)-bébé représentent souvent le seul et premier indice de difficultés et de troubles en voie de constitution chez le bébé. Leur évaluation est donc devenue une pratique courante pour les cliniciens, et incontournable pour les chercheurs, même si on constate que la plupart des services qui accueillent des bébés n'utilisent généralement pas d'enregistrements vidéo, de grilles ni d'échelles d'interactions standardisées, et se contentent d'une évaluation globale assez subjective, dans une situation d'observation plus ou moins standardisée. En revanche, les cliniciens en situation de recherche doivent utiliser des échelles pour quantifier ou comparer les interactions. Ces outils s'avèrent également intéressants pour la pratique clinique car ils objectivent les observations et leur évolution et peuvent servir de support aux échanges avec les parents. La plupart des échelles existantes évaluent ainsi une ou plusieurs des caractéristiques de la relation du parent au bébé, que ce soit la sensibilité aux signaux du bébé, la contingence des réponses, ou la synchronisation des échanges.

Les outils de l'évaluation parent-enfant dans la petite enfance

Il ne peut être question ici de faire un inventaire exhaustif des outils (échelles tests, situations, questionnaires) utiles tant pour l'évaluation du fonctionnement du bébé que de celui de ses parents. On trouvera cet inventaire dans Tourette et Guedeney (2011), avec l'indication de la validité de chaque instrument, de sa référence initiale et de l'existence d'une validation ou d'une traduction française. Seuls les outils les plus utilisés ou les plus connus seront ici mentionnés.

Les situations d'observation

L'observation « directe » du bébé selon Esther Bick

Esther Bick, psychanalyste anglaise, a développé puis enseigné une méthode d'observation des nourrissons, à visée formatrice, pour les psychothérapeutes d'enfants : apprendre à connaître les enfants, leur fonctionnement, leur développement pour mieux comprendre les difficultés de certains enfants qui peuvent relever d'une psychothérapie.

Dans la méthode initiale, les futurs psychothérapeutes se rendent de façon très régulière pour observer les bébés, à domicile, dans des familles volontaires. Cette observation, qui se fait en présence des parents, se déroule de la naissance jusqu'à la fin de la deuxième année, à raison d'une séance d'une heure par semaine. L'observateur devient un familier qui pratique une observation empathique, sans donner de conseils ni d'interprétations. Dès la fin de son observation, il doit rédiger un compte-rendu détaillé de ce qu'il a vu, et en faire part au groupe de supervision auquel il participe. De cette présentation et discussion collective émerge le sens de ce qui a été observé. Les effets de cette observation n'apparaissent pas seulement au niveau du bébé, qui se trouve au centre de cette attention pleine d'empathie, mais aussi au niveau des familles qui développent elles aussi une attention particulière à l'enfant.

Des cliniciens de formation analytique la pratiquent encore, surtout en France, en Italie, en Espagne en Argentine. On peut néanmoins retenir de cette démarche l'entraînement à pratiquer une observation en différant l'interprétation, et dans le cadre de principes explicites : accorder tout son intérêt au bébé et à sa famille, respecter les situations, ne jamais être directif ni intrusif, avoir une attitude bienveillante dépourvue de jugement moral. La situation d'observation longitudinale d'un bébé à domicile, depuis sa naissance, reste un outil de pédagogie du développement remarquable. Elle

permet de saisir toute l'importance dans le développement précoce des relations parents-enfant, et du contexte familial, culturel et social.

Sans son appareil théorique, cette observation pourrait être ainsi une étape précoce et importante de la formation de nombreux personnels de santé, psychologues, médecins, assistants sociaux. Mise en œuvre dans une faculté de médecine privée au Brésil par Salvador Célia, elle a montré son impact et la capacité à former des médecins sensibles à la relation, et recherchés en médecine générale. Cependant, l'observation selon Bick véhicule une vision dépassée du développement précoce. Elle n'a montré aucune réelle capacité thérapeutique ou préventive, ce qui n'est guère étonnant, même si l'attention portée au bébé et aux relations n'est jamais sans effet, et qu'elle aide sûrement au développement des capacités de mentalisations des parents.

Les situations triadiques d'observation parents-enfant

La situation de jeu triadique établie par Elisabeth Fivaz et son équipe s'est construite sur l'hypothèse que les interactions à trois ont une dynamique particulière, qui n'est pas uniquement évaluable par la somme des interactions dyadiques (Fivaz-Depeursinge et Corboz-Warnery, 2001). La place et le rôle du tiers, quel que soit le troisième partenaire, la mère, le bébé ou le père, doivent en effet être pris en compte d'emblée. La démarche des auteurs associe une approche systémique, abordant le système familial dans son ensemble, et une approche éthologique, micro-analytique. Ce dispositif est utilisé en tant qu'outil clinique, mais aussi pour comparer des familles problématiques avec des familles témoins pour, générer de nouvelles hypothèses sur la genèse de la psychopathologie précoce à partir de l'analyse comparée des interactions observées.

Le dispositif LTP est utilisable avec des enfants de 2 à 12 mois, mais des adaptations sont ensuite possibles. L'enfant est placé dans un siège adaptable à son tonus, face à ses parents. Les parents peuvent faire tourner le siège de l'enfant pour le placer devant eux. Les deux parents sont assis face à l'enfant selon un dispositif triangulaire. Deux caméras sont disposées de manière à enregistrer les actions de l'enfant d'une part et celle des parents de l'autre ; les deux caméras sont synchronisées. Les parents sont invités à jouer, sans objet, avec leur bébé selon quatre temps successifs, mais dont ils déterminent eux-mêmes la durée. Tout d'abord, un des deux parents interagit avec l'enfant et l'autre est simplement présent ; puis le second parent intervient et joue avec l'enfant ; ensuite, les parents jouent tous deux avec l'enfant, et enfin les deux parents interagissent entre eux, sans impliquer l'enfant. Ce scénario permet ainsi l'exploration de différentes configurations possibles de jeu à trois.

Les fonctionnements triadiques sont qualifiés selon quatre types d'Alliances familiales : Désordonnée, Collusive, Modérée, Coopérative.

Les alliances Désordonnées peuvent se voir chez des parents présentant une psychopathologie grave, et les alliances Collusives, dans des familles dont les parents détournent leurs tensions conjugales sur leurs relations à leur enfant. Les alliances de type Coopératif correspondent à un fonctionnement optimal. Au sein d'une même triade, la stabilité du type d'alliance familiale a été démontrée au cours de la première année, sur une population volontaire à bas risque.

La situation triadique de Lausanne (LTP) est devenue un paradigme théorique en petite enfance, dans la mesure où elle illustre combien le développement précoce est triadique d'emblée et non dyadique puis triadique. Cependant, il existe encore très peu d'études longitudinales qui montrent l'impact sur le développement des divers styles d'interaction triadiques. La situation LTP est une situation de laboratoire, adaptée à la recherche et non à la clinique, mais elle peut être aisément simplifiée et s'intégrer à une procédure d'évaluation clinique, très utile pour apprécier la coopération parentale de parents malades mentaux, ou dans les situations de conflit conjugal. La Situation LTP elle-même est rigoureuse dans son installation et sa cotation, qui est complexe et nécessite une formation assez longue et pointue.

Les situations de face-à-face mère-enfant : Global Rating Scale

Le GRS-Global Rating Scale de Fiori-Cowley, Murray et Gunning (1999), est une échelle d'évaluation globale des interactions mère bébé en face à face. Elle a été mise au point pour décrire les interactions en face à face entre une mère et son bébé entre 2 et 6 mois, dans une situation standardisée, en laboratoire ou à domicile. On filme pendant cinq minutes l'enfant installé dans un siège bébé, avec simultanément le visage de sa mère vu de profil, en utilisant un miroir pour voir la mère de face sur la même image que le bébé. La mère a pour consigne de parler ou jouer avec l'enfant (le bébé étant repu, changé et éveillé), et de ne pas utiliser de jouet dans la communication et le jeu avec l'enfant.

L'échelle comporte 25 items pour les bébés de moins de quatre mois, et 28 items à partir de quatre mois, regroupés en trois échelles ou en six dimensions. Un manuel de codage détaillé facilite l'acquisition de la validité intercotateurs.

La GRS a été largement utilisée dans les études d'intervention après de jeunes enfants (*Étude transculturelle de la dépression post-natale*, Kumar et al.), du fait de l'intérêt de la situation de face à face à cet âge et de la simplicité de la procédure, qui peut être filmée à domicile avec un simple miroir.

La situation dite du Visage immobile : *Still Face* de Cohn et Tronick (1983)

Ce paradigme expérimental se pratique en recherche clinique, avec des bébés de 2 à 4 mois. Il évalue les capacités de communication du bébé, sa sensibilité au changement des attitudes maternelles et sa capacité à réguler ses propres états émotionnels. Cette situation comporte un épisode d'interaction en face à face, puis une séquence où la mère se fige subitement à un signal donné et demeure sans réaction et impassible aux diverses sollicitations de son bébé pendant 3 minutes maximum ce qui correspond à une violation majeure des attentes d'un bébé de 2 mois. Enfin, la mère reprend une attitude d'engagement affectif vis-à-vis de son bébé, et l'on peut observer la réparation de l'interaction, complète en quelques minutes.

Au cours de la séquence où la mère présente un visage immobile, le bébé montre une suite de réactions remarquablement constantes dans leur ordre et leur durée, avec d'abord des tentatives très actives pour solliciter sa mère en s'agitant ou en riant, puis une phase de perplexité, puis une phase de désorganisation avec détournement du regard de plus en plus net. Cette procédure permet de comparer les réactions du bébé selon son tempérament et selon le degré d'altération antérieur de la relation mère-enfant. L'observation de bébés de mère déprimée montre qu'ils ont des comportements différents des bébés témoins et qu'ils expriment une relative habitude à ce type de situation. Cette habitude des bébés de mères déprimées tend ensuite à se généraliser à la relation aux *caregivers* non déprimés. Le *Still Face* a ainsi permis d'établir un premier modèle de la transmission des affects dépressifs de la mère à l'enfant.

Murray et Trevarthen (1986), Murray *et al.* (1996) puis Nadel et Marcelli (1999) ont proposé une adaptation du *Still Face* en le pratiquant avec un échange mère-enfant qui passe par la vidéo, et qui introduit non pas le figement du visage maternel, mais seulement une désynchronisation, en produisant un écart entre le son et l'image, de l'ordre du dixième de seconde, ou en repassant pendant 30 secondes une séquence vidéo déjà filmée, la mère n'étant donc plus en direct avec le bébé (Nadel). Cette désynchronisation produit la même séquence de réaction que le visage immobile, ce qui démontre la sensibilité du bébé de 2 mois à la violation de ses attentes dans l'interaction.

La procédure permet de comprendre les effets des troubles de l'interaction tels qu'on les observe dans diverses pathologies parentales, comme la dépression majeure ou les troubles borderline ou psychotiques. C'est une procédure qui produit un stress moyen chez le bébé, sans séquelles, mais dont l'analyse est complexe. Elle est favorisée par l'utilisation actuelle de logiciels permettant la poursuite du regard et l'analyse séquence par séquence. La procédure du *Still Face* a pu être combinée à des mesures du stress du bébé par mesure du cortisol salivaire, et à diverses mesures électrophysiologiques.

La situation étrange d'Ainsworth, Blehar et Waters (1978)

La situation étrange est une procédure de laboratoire s'adressant à des enfants âgés entre 12 et 24 mois qui implique leur mère – ou toute autre figure d'attachement de l'enfant –, et une personne étrangère à l'enfant. Elle est composée d'une introduction de 30 secondes et de 7 courts épisodes de 3 minutes.

La situation étrange : sept épisodes, séparation/réunion

1. La situation débute par une mise en situation où mère et enfant sont dans la salle, seuls, et on demande à la mère de laisser l'enfant explorer les jouets à sa disposition, sans trop interagir avec lui.
2. Puis l'étrangère arrive, et reste d'abord à distance, puis parle avec la mère, puis se rapproche et tente de jouer avec l'enfant.
3. Puis la mère part, et c'est la première séparation.
4. La mère revient, après quelques minutes, et on prête une attention particulière à ces premières retrouvailles et au comportement de l'enfant.
5. La mère part de nouveau, et l'enfant reste seul.
6. Puis l'étrangère revient, et on observe la réaction de l'enfant,
7. Ensuite la mère revient définitivement, et on observe si la réaction vue lors des premières retrouvailles se confirme.

La dernière partie permet d'observer comment l'enfant se calme ou non après la seconde séparation, et si l'exploration et le jeu reprennent alors et au bout de combien de temps. L'ensemble de la procédure est filmé en vidéo, au mieux avec deux caméras, de façon à voir et l'enfant et la mère et leurs visages, en particulier lors des retrouvailles.

Il s'agit donc d'une situation qui vise à activer le système d'attachement, avec une stimulation d'intensité moyenne. Elle permet de coter et de catégoriser le comportement de l'enfant et ses réactions à la séparation, en se basant surtout sur les réactions lors de la réunion avec sa figure d'attachement. La cotation se fait sur le document vidéo, par un cotateur formé et devenu fiable, à partir de quatre échelles, cotées de 0 à 7 :

- recherche de proximité (*Proximity seeking*) ;
- maintien du contact (*Contact maintaining*) ;
- résistance (*Resistance*) ;
- évitement (*Avoidance*).

La classification se fait alors en 3 catégories, selon les scores de chaque échelle, et avec l'aide du manuel de cotation :

B : *sécure* : B1, B2, B3 ou B4 selon la qualité de l'exploration et de la régulation ;

A : *évitant* : A1 ou A2 ;

C : *résistant* : C1 ou C2.

La cotation d'une situation étrange prend 30 minutes pour un cotateur entraîné. Il faut ensuite une formation supplémentaire et une validation pour coter la bande en désorganisation (D : *Unresolved / Disorganized*). Un enfant peut être ainsi à la fois *sécure* et désorganisé. La situation est réalisable avec les pères comme avec les mères et permet donc la catégorisation de l'attachement au père, qui est indépendante de celle de la mère.

La situation étrange est devenue paradigmatique et a permis de nombreuses recherches et la mise en évidence de la validité interculturelle du comportement d'attachement, des liens avec le développement normatif, et de sa transmission intergénérationnelle, à travers les différents modes de sensibilité maternelle (voir Guedeney et Guedeney, 2009). Elle a donc une grande validité clinique, une stabilité test-retest importante et une valeur prédictive sur un certain nombre d'items du développement.

C'est une situation utile en recherche plus qu'en clinique courante (Rabouam, 2006), mais elle peut être très utile dans des situations complexes, en expertise, lors de conflits ou de pathologie parentale, ou dans l'adoption. Rappelons que l'on peut observer les réactions d'attachement du jeune enfant lors d'une consultation, en organisant des épisodes, sur le mode de la situation dite de Crowell (voir plus loin p. 143), ou simplement en prêtant attention aux réactions des uns et des autres lors des premiers contacts, lors du jeu, lors du rangement et de la séparation, à l'occasion d'une première consultation parents-bébé. La fiabilité de la cotation à la situation étrange est relativement facile à obtenir et se teste sur au moins 25 situations en vidéo, comparées aux cotations de l'expert formateur. La cotation en désorganisation est beaucoup plus difficile et nécessite une formation complémentaire.

Références

L'observation « directe » selon Esther Bick

Bick E. Notes sur l'observation du bébé dans la formation psychanalytique in: Les écrits de Martha Harris et d'Esther Bick. Larmor-Plage: Ed. du Hublot; 1998, p. 279-294.

Les situations triadiques d'observation parents-enfant

Fivaz-Depeursinge E, Corboz-Warnery. LTP Lausanne Trilogie Play (2-12 mois, Jeu triadique de Lausanne); 2001.

Fivaz-Depeursinge E, Corboz-Warnery A. The Primary Triangle: A developmental systems view of mothers, fathers and infants. New York: Basic Books; 1999. (Trad. française: Le triangle primaire. Le père la mère et le bébé. Paris: Odile Jacob; 2001.) (Le nouveau paradigme: de la dyade à la triade.)

Les situations de face-à-face mère-enfant

Murray L, Fiori-Cowley A, Hooper R, Cooper PJ. The impact of post-natal depression and associated adversity on early mother infant interaction and later infant outcome. *Child Development* 1996;67:2512-26.

Murray L, Stanley C, Hooper R, King F, Fiori-Cowley A. The role of infant factors in post-natal depression and mother-infant interactions. *Developmental Medicine and Child Neurology* 1996;38:109-19.

Murray L, Cooper PJ, Wilson A, Romaniuk H. A controlled trial of the short and long term effect of psychological treatment of postpartum depression: II impact on the mother child relationship and child outcome. *British journal of psychiatry* 2003;182:420-7.

« Still Face »

Cohn JF, Tronick EZ. Three month old infant's reaction to simulated maternal depression. *Child development* 1983;54:334-5.

Soussignan R, Nadel J, Canet P, Gerardin P. Sensitivity to social contingency and positive emotion in 2-month-olds. *Infancy* 2006;Vol 10(2):123-44.

Tourrette C, Marcelli D. Étude longitudinale (de la naissance à 21 mois) du développement d'enfants à risques, comparés à un groupe d'enfants témoin. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence* 1999;47(1-2):57-62.

Tronick EZ, Cohn JF. Infant-mother face-to-face interaction: Age and gender differences in coordination and the occurrence of dis-coordination. *Child Development* 1989;60:85-92.

Tronick E. Interactive mismatch and repair: challenges to the coping infant in: *The neurobehavioral and social-emotional development of infants and children*. New York: Norton &co; 2007, p. 155-163.

La situation étrange

Guedeney A, Tereno S. La vidéo dans l'observation d'évaluation et d'intervention en santé mentale du jeune enfant: un outil pour la transmission. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence* 2012;60(4):261-6.

Évaluer les interactions précoces

Seuls les principaux outils d'évaluation des relations parent-enfant seront ici brièvement décrits (voir Tourrette et Guedeney 2010 pour une description détaillée).

Le Parent-Child Early Relational Assessment (PCERA) de Roseanne Clark (1985)

Le PCERA est une procédure d'interaction mère-enfant semi-structurée qui vise à évaluer la qualité de la relation entre un jeune enfant et ses parents. Le but du PCERA est de permettre une évaluation phénoménologique de la qualité affective et comportementale de l'interaction, dans un but clinique ou de recherche, notamment pour des familles à risque. Aux États-Unis, il est utilisé dans les programmes d'intervention sur la maltraitance. Le PCERA

peut être utilisé et enregistré en vidéo à domicile ou dans un centre de diagnostic ou de soins. La situation s'applique aux enfants de 2 à 60 mois. Elle peut s'utiliser comme bilan diagnostique initial, ou pour mesurer les progrès d'une thérapie ou d'un programme d'intervention.

Cette échelle tente de saisir l'expérience de l'enfant avec les parents, celle des parents avec l'enfant, les caractéristiques de ce que chacun apporte à l'interaction, et enfin la qualité et la tonalité des interactions. Par son étendue, par le fait qu'elle utilise le visionnage de séquences vidéo avec les parents, et du fait de ses qualités métrologiques, la PCERA est l'une des méthodes les plus employées en recherche clinique. Cependant, son utilisation nécessite une formation, et l'acquisition de la validité intercodeurs n'est pas facile.

Le CARE-Index de Patricia Crittenden (1988)

Il permet d'évaluer les interactions mère-bébé depuis la naissance jusqu'aux deux ans de l'enfant en analysant une séquence de jeu filmé d'une durée de trois à cinq minutes. L'échelle évalue sept axes de comportements interactifs. Pour chaque axe, il y a trois attitudes de l'adulte retenues : sensible, disponible, attentif (= *sensitive*) ; contrôlante (= *controlling*) ; non disponible (= *unresponsive*). Les réponses de l'enfant sont regroupées dans les quatre catégories suivantes : coopérant, opposant, compulsivement complaisant (voire compliant), passif.

Le fondement théorique du CARE-Index étant la référence à l'attachement, l'observateur focalise son attention sur la sensibilité de l'adulte aux besoins de l'enfant et sur la capacité parentale à proposer des échanges lui permettant d'éprouver des sentiments de sécurité, de confort et de plaisir partagé. L'analyse des aspects de l'interaction permet de situer les attitudes des mères selon trois paramètres (sensibilité, contrôle et absence de réponse) et le comportement interactif du bébé selon quatre paramètres (coopération, soumission, difficulté et passivité), renvoyant à trois types de dynamiques relationnelles : mère sensible/enfant coopératif ; mère contrôlante/enfant difficile ou accommodant compulsif ; mère peu réactive/enfant passif.

L'intérêt du CARE-Index réside dans la possibilité de l'utiliser dans une tranche d'âge étendue. Le CARE-Index a ainsi été utilisé pour suivre les effets d'une thérapie mère-enfant et pour comparer les styles interactifs des mères déprimées et psychotiques (Babo-Gandillot, Wendland, Wolff et Moisselin, 2012). Cet outil a été traduit dans plusieurs langues et est donc utilisé dans de nombreux pays.

Le Coding Interactive Behavior (CIB) de Ruth Feldman (1998)

Développé par Ruth Feldman, le CIB permet une cotation des interactions dyadiques dans différentes situations de jeu ou d'interaction. Le CIB est coté à partir d'une vidéo de dix minutes de jeu libre, mais aussi à partir

d'une situation d'alimentation du bébé, dont on sait qu'elle est très sensible aux violations des attentes et de la synchronisation. Des membres de l'équipe de l'Unité Petite Enfance et Parentalité Vivaldi (H. Pitié-Salpêtrière), à l'initiative de Sylvie Viaux-Savelon et d'Elisabeth Aidane, ont été formés et certifiés pour la cotation du CIB. Cette échelle a été utilisée pour l'évaluation d'interventions postnatales et pour les effets des diagnostics anténataux par Viaux-Savelon (voir p. 177).

Le CIB est composé de 42 items, cotés sur cinq points, portant sur les parents, l'enfant et la dyade, regroupés en six groupes :

- présence maternelle aidante ;
- pose de limites par la mère ;
- intrusivité maternelle ;
- affects conjoints positifs mère-enfant ;
- retrait de l'enfant ;
- états dyadiques conjoints négatifs.

Références

PCERA

Clark R. The parent-child early relational assessment: a factorial validity study. *Educational and psychological measurement* 1999;59(5):821-46.

CARE-INDEX

<http://www.patcrittenden.com>.

Babo-Gandillot S, Wendland J, Wolff M, Moisselin P. Étude comparative des interactions précoces des mères psychotiques et déprimées avec leur bébé. *Devenir* 2012;24(2):141-69.

Glatigny-Dallay E, Lacaze I, Lostau N, Paulais J-Y, Sutter A-L. Évaluation des interactions précoces. *Annales médico-psychologiques* 2005;163(6):535-40.

CIB

Feldman R. Parent-infant synchrony and the construction of shared timing: physiological precursors, developmental outcomes and risk conditions. *Journal of child psychology and psychiatry* 2007;48:329-54.

Feldman R. CIB Coding Manual. Bar Ilan University. 2004. (Manuscrit non publié.)

Évaluer le développement et les comportements du bébé et du jeune enfant

L'échelle de Brazelton : évaluation du comportement néonatal

La « Brazelton NBAS » ou Neonatal Brazelton Assessment Scale (Brazelton et Kevin-Nugent, 2001) est l'un des outils et l'une des situations les plus anciennes d'évaluation du bébé, puisque la première version date de 1973, et la dernière de 1995. La NBAS a pour but d'évaluer de façon précise l'état du nouveau-né et sa capacité d'habituation aux stimuli physiques et sociaux, et ainsi d'apprécier l'individualité de chaque enfant dans ses capacités relationnelles. La NBAS est normalement applicable du troisième jour après la naissance à la fin du premier mois et peut être utilisée avec les enfants prématurés, quand ils atteignent leur âge corrigé, c'est-à-dire après le délai de leur prématurité. Le Brazelton comporte deux séries d'items :

- 16 items de type neurologique (réactions provoquées, comme les réflexes archaïques et l'appréciation de la tonicité) ;
- 28 items comportementaux pour évaluer la réactivité sensorielle de l'enfant à différents stimulus animés et inanimés (orientation, habituation), sa tonicité, sa motricité et sa capacité à s'auto-apaiser.

L'examineur aide le bébé par une approche mesurée, progressive, empathique, dans le but d'obtenir ses meilleures compétences. Les auteurs ont développé une version brève plus facile à appliquer et orientée vers les interactions sociales, le Newborn Behavioral Observation System (NBO) qui est composé de 18 items comportementaux. Dans une perspective clinique, préventive ou curative, l'échelle est l'occasion de démontrer aux parents l'étendue des compétences de leur bébé, sa capacité à participer activement à l'interaction évaluative et sa capacité à communiquer avec l'adulte. La NBAS est ainsi l'un des meilleurs exemples de l'effet thérapeutique d'une évaluation conduite dans la relation. En France, Stoléru (1997) a décrit quel usage thérapeutique peut être fait de la passation de la NBAS. Une version adaptée aux prématurés a été proposée par Heidelise Als, mais elle est complexe. Toutefois elle est à la base du système d'adaptation des soins aux prématurés NIDCAP (Neonatal Individualized Development Care and Assessment Program), pour lequel de plus en plus de centres de néonatalogie de niveau III se certifient en France. Il existe également une version adaptée à la passation par les parents. Candilis-Huisman, Thoueille et Vermillard (2006) ont réalisé une adaptation pour les mères aveugles.

Le test de développement Brunet et Lézine : échelle de développement psychomoteur de la première enfance

Le Brunet Lézine, version révisée II (1997), édité par les Éditions du centre de psychologie appliquée (ECPA) reste, à l'heure actuelle, l'instrument de référence pour l'évaluation du développement des enfants entre 2 et 30 mois en France, tant dans une perspective clinique (dépistage et prévention) que dans une perspective de recherche (comparaison de groupes d'enfants). Elle est, en effet, la seule échelle de développement avec un étalonnage français. Elle comporte 154 items pour les âges de 2 à 30 mois qui se répartissent en quatre sous-échelles correspondant aux différents domaines du développement :

- l'échelle P de développement postural ;
- l'échelle C de coordination oculo-motrice ;
- l'échelle L de langage et inclut des aspects communicatifs préverbaux comme l'attention conjointe ;
- l'échelle S de sociabilité ou de relations.

L'examen se fait en présence des parents, par observation des comportements effectivement produits par l'enfant complétée par des questions posées à l'adulte. Les quotients de développement (QD), totaux ou partiels, sont obtenus en rapportant l'âge de développement constaté lors de l'évaluation, à l'âge réel (chronologique) de l'enfant. La proportion des items d'observation est cependant plus faible dans le BL-R que dans le Bayley, le test américain de référence.

La batterie d'évaluation cognitive et socio-émotionnelle (BECS)

Cette batterie (de Jean-Louis Adrien, 2007) a été conçue pour l'évaluation de plusieurs fonctions cognitivesociales chez les enfants avec retard mental et/ou troubles autistiques dont le niveau de développement se situe entre 4 et 24 mois environ et dont l'âge chronologique peut aller jusqu'à 10 ans. Deux grands domaines sont distingués : la cognition sensori-motrice et la cognition socio-émotionnelle. On détermine un niveau de développement (moyen et optimal) pour chaque rubrique. On peut également calculer un indice d'hétérogénéité du développement. Les résultats peuvent être reportés sur un graphique en diagramme étoilé à partir de quatre cercles concentriques (du niveau de développement le plus faible au centre au plus élevé à la périphérie) pour chacune des seize rubriques, ce qui permet de visualiser de façon synthétique les points faibles et les points forts du profil de l'enfant, et le degré d'hétérogénéité du développement intra- et interdomaines. La BECS est ainsi l'outil de choix d'évaluation du fonctionnement socio-cognitif chez l'enfant avec troubles autistiques ou retard mental.

L'échelle d'intelligence de Wechsler pour la période préscolaire et primaire : WPPSI III

La WPPSI III (Wechsler, 2004), également éditée par les Éditions du centre de psychologie appliquée (ECPA), fournit une mesure standardisée d'une variété d'aptitudes reflétant différents aspects de l'intelligence. La WPPSI-III est divisée en deux formes selon l'âge des enfants, dont celle qui concerne les plus jeunes (2 ans ½ à 3 ans 11 mois). Ses épreuves portent sur :

1. compréhension de mots ;
2. information ;
3. dénomination d'image ;
4. cubes (reproduire un modèle) ;
5. assemblage d'objets.

Comme pour toutes les échelles analogues, la notation se fait en points donnant lieu à une note brute et une note standard par subtest.

Le Kaufman Assessment Battery for Children (K-ABC II, version II, 2008)

Batterie pour l'examen psychologique de l'enfant, ce test est destiné aux enfants d'âge scolaire, couvrant la période entre de 2 ans ½ et 12 ans ½, avec un choix d'items différent selon l'âge. Il a été conçu d'emblée pour les enfants ne maîtrisant pas bien le langage, et c'est tout son intérêt : il est donc adapté aux enfants jeunes, de milieu défavorisé, ou aux enfants avec déficiences intellectuelles ou du langage, car il met en évidence les potentialités non verbales.

Les inventaires de développement : le Denver

L'échelle de Denver (DDST : Denver Developmental Screening Test II, Frankenburg, Dodds et coll. révisé en 1992) est un test de dépistage des retards de développement chez l'enfant. Il ne permet pas un diagnostic, mais seulement de comparer la performance d'un enfant avec celle des enfants de son âge, et ce dans diverses dimensions. L'épreuve est applicable par les professionnels non médecins et non psychologues de la petite enfance, car elle n'est pas un test au sens propre, mais un dépistage : elle ne donne pas de QD ni de résultats chiffrés ; ses propriétés métrologiques sont faibles.

Une traduction française existe (Tardieu, 1992), mais elle n'a fait l'objet d'aucune validation, à notre connaissance. Il n'y a donc pas de normes françaises pour ce test, qui est cependant utilisable en pratique clinique par des cliniciens expérimentés, et qui a également un intérêt pédagogique, tant pour les professionnels de la petite enfance que pour les parents.

La Child Behavior Checklist d'Achenbach

La Child Behavior Checklist d'Achenbach – CBCL 1,5-5 (1991), Achenbach et Rescorla (2001, 2010) – est un questionnaire parental de description de la symptomatologie émotionnelle et comportementale de l'enfant. C'est un des instruments de mesure de la symptomatologie infantile les plus utilisés dans la recherche et la pratique clinique au niveau international. Il est destiné à fournir une description standardisée des troubles émotionnels et/ou comportementaux chez les enfants âgés de 18 mois jusqu'à l'âge de 18 ans. Il existe sous plusieurs formes : CBCL 2-3 ans, CBCL 1,5-5 ans. Il existe une traduction en français (Duymes et Capron).

La version pour les plus petits (18 mois-5 ans) comporte 100 items répartis en sept sous-échelles :

- anxieux (11 items) ;
- renfermé (14 items) ;
- comportements agressifs (15 items) ;
- comportements destructeurs (11 items) ;
- problèmes de sommeil (7 items) ;
- problèmes somatiques (14 items) ;
- autres problèmes (27 items).

Et 1 item ouvert qui propose aux parents d'évoquer toute difficulté présentée par leur enfant.

On utilise six de ces échelles pour créer trois scores globaux.

Les scores de la CBCL

- Problèmes d'internalisation (anxieux et renfermé).
- Problèmes d'externalisation (comportements agressifs et destructeurs).
- Autres problèmes : troubles du sommeil et troubles somatiques.

Le score total est composé de la somme du score d'internalisation et d'externalisation. On convertit les scores bruts en scores T, puis on les classe en 3 catégories (score inférieur à 60 = normal, entre 60 et 65 = limite, et supérieur à 65 = niveau clinique).

La fidélité test-retest est de 80, la stabilité sur un délai d'un an est de 63, la prédictivité à deux ans est de 55, et à trois ans de 49.

Duymes et Capron ont fait des traductions françaises de la CBCL 1,5-5, que nous avons utilisées dans notre recherche de prévention CAPDEP comme critère majeur d'évaluation de l'efficacité de l'intervention. Duymes et Capron ont participé à une importante validation transculturelle (Ivanova *et al.*, 2010),

et qui a testé un modèle à 7 syndromes dans 23 sociétés, en Asie, Australasie, Europe, Moyen-Orient et Amérique du Sud, avec la France, le Danemark, l'Allemagne, la Roumanie, le Portugal, la Belgique, l'Italie, les Pays-Bas et l'Espagne et la Finlande pour l'Europe. Les parents de 19 106 enfants de 18 à 71 mois ont rempli la CBCL 1,5-5 ans. Le modèle avec sept regroupements de symptômes est celui qui fonctionne le mieux, avec les moyennes les plus hautes pour chaque regroupement. Les 7 catégories de syndromes sont : la réactivité émotionnelle ($m = 60$), l'anxiété/dépression ($m = 61$), les plaintes somatiques ($m = 55$), le retrait ($m = 61$), les difficultés de sommeil ($m = 62$), les problèmes attentionnels ($m = 64$), et les comportements agressifs ($m = 64$).

Le CBCL 1,5-5 est ainsi l'outil principal internationalement utilisé de recueil de la symptomatologie du jeune enfant à partir de 18 mois, et il est largement utilisé pour l'épidémiologie et la recherche, en particulier pour la mesure des effets d'une intervention thérapeutique ou préventive. Cette validation permet son utilisation avec des enfants issus de l'immigration récente, ce qui est de plus en plus fréquent. Il est assez long, mais présente l'intérêt majeur de donner des notes seuil pour chaque symptôme et pour chaque regroupement syndromique. Il est donc un instrument indispensable en recherche, mais utile aussi en évaluation clinique quotidienne, grâce aux logiciels qui procurent un profil symptomatique avec des seuils visibles.

L'ITSEA, la BITSEA (version abrégée), l'ESEJE

L'ITSEA : *Infant Toddler Social and Emotional Assessment* de Carter, Briggs-Gowan (2^e éd. 2006). **La BITSEA (version abrégée)** : Briggs-Gowan, Carter et coll. (2006, validation française [Wendland et al. 2014](#)). **L'ESEJE** : *Évaluation socio-émotionnelle des jeunes enfants (adaptation française de l'ITSEA, Bracha, Gérardin, Perez-Diaz, Perriot et al. (2007).*

L'ITSEA permet l'approche du profil socio-émotionnel et des compétences des enfants de 12 à 36 mois perçus par leurs parents, de façon donc plus précoce que la CBCL. Elle comporte 166 items cotés en trois degrés, 0 : non-rarement, 1 : peu-quelquefois, 2 : oui-souvent. Les items sont simples à comprendre et accessibles aux parents ayant un niveau de lecture de CM2. Le questionnaire peut aussi être lu aux parents par un professionnel de la santé du jeune enfant, si nécessaire. Le questionnaire demande environ 30 minutes pour être rempli. La version abrégée est la BITSEA, que l'on peut utiliser pour un dépistage rapide et ne comporte que 42 items récemment traduits et validés en France ([Wendland et al., 2014](#)). Bracha, Gérardin et al. (2007) ont traduit et adapté l'ITSEA à la population française (ESEJE : *Évaluation socio-émotionnelle des jeunes enfants*). La version française de l'ITSEA, l'ESEJE, est donc un instrument valide et utile pour le dépistage des difficultés émotionnelles et sociales du nourrisson et du jeune enfant.

L'ESEJE se présente comme un instrument prometteur dans la détection précoce des troubles du comportement et des retards des acquisitions entre un et trois ans. Dans une perspective de dépistage, en crèches, PMI ou lors d'études épidémiologiques, la BITSEA vient d'être traduite et validée (Wendland et al., 2014).

Références

La NBAS

<http://www.brazelton-institute.com/aboutbi.html>.

Candilis-Huisman C, Thoueille E, Vermillard M. La passation transcrite de l'échelle de Brazelton à l'usage des mères handicapées visuelles et des autres mères. *Devenir* 2006;18(4):315-32.

Brazelton TB, Kevin-Nugent J. L'échelle de Brazelton. Évaluation du comportement néonatal. 3e éd. Genève: Médecine et Hygiène; 2001.

Stoléru S. L'utilisation thérapeutique de l'échelle de Brazelton. In: Guedeney A, Lebovici S, editors. *Interventions psychothérapeutiques parents-jeunes enfants*. Paris: Masson; 1997, p. 31-43.

L'échelle de Denver

<http://www.denverii.com/websitepaper.html>.

Frankenburg WK, Dodds J, Archer P, Shapiro H, Breswick B. The Denver II: a major revision and re standardization of the DDST. *Pediatrics* 1992;89(1):91-7.

Tardieu M. Développement psychomoteur de l'enfant. éléments d'appréciation. *Revue du praticien* 1992;42(1):113-7.

La CBCL

<http://www.aseba.org/>.

Achenbach TM, Rescorla LA. *Manual for the aseba school-age forms & profiles*. Burlington VT: University of Vermont, research center for children, youth, & families; 2001.

Ivanova MY, Achenbach TM, Rescorla LA, Harder VS, Ang RP, Bilenberg N, et al. Preschool psychopathology reported by parents in 23 societies: testing the seven-syndrome model of the child behavior check-list for ages 1.5-5. *Journal of the american academy of child & adolescent. Psychiatry* 2010;49(12):1215-24.

L'ITSEA et la BITSEA

Bracha Z, Gerardin P, Perez-Diaz F, Perriot Y, de La Rocque F, Flament M, et al. Évaluation du développement socio-émotionnel de l'enfant d'un à trois ans: validation de la version française de l'Infant-toddler social and emotional assessment. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence* 2007;55:194-203.

Briggs-Gowan MJ, Carter AS. 201C applying the infant-toddler social and emotional assessment (ITSEA) and brief ITSEA in early intervention. *Infant mental health journal* 2007;28(6):564-83.

Wendland J, Danet M, Gacoin E, Didane N, Bodeau N, Saïas T, et al. French version of the Brief infant-toddler social and emotional assessment questionnaire-BITSEA. *Journal of pediatric psychology* 2014;1-14.

Les outils d'évaluation de la psychopathologie parentale

L'EPDS : Edinburgh Post Natal Depression Scale

L'Edinburgh Post Natal Depression Scale (Cox, Holden et Sagovsky, 1987) est un autoquestionnaire rempli par la mère, si possible en présence d'un observateur, qui a été proposé dès 1987 par John Cox pour dépister les dépressions postnatales. La dépression postnatale (DPN) est un problème majeur de santé publique (10 à 15 % en populations non cliniques) du fait de sa fréquence et de ses effets sur la famille comme sur le développement émotionnel et cognitif du bébé. Cependant, le diagnostic de dépression postnatale reste difficile à poser. Il est en effet très difficile pour la mère de se reconnaître déprimée en période postnatale, tout comme pour l'entourage et le personnel non spécialisé de reconnaître la DPN. L'EPDS a donc été construite pour faciliter la reconnaissance de la DPN par les professionnels qui n'appartiennent pas au champ de la santé mentale. D'où l'importance du travail de John Cox pour mettre au point une échelle acceptable, facile d'usage et précise. L'EPDS est devenue l'outil le plus diffusé et traduit pour dépister la DPN, chez la mère comme chez le père. Chez les mères, elle obtient une sensibilité de 86 % et une spécificité de 78 % pour la note seuil de 13, et une valeur prédictive positive de 73 % (pourcentage de femmes qui ont une note seuil supérieure au seuil et qui sont effectivement déprimées). La note seuil de 10 procure moins de 10 % de faux positifs et Cox recommande donc cette note en dépistage et celle de 13 pour la recherche. La validation française a été réalisée par Nicole Guedeny en 1995 après une double traduction, en collaboration avec John Cox, sur une population de 87 femmes de la région Parisienne et l'aide de la PMI de Paris. Dans une perspective clinique, la note seuil de 11 assure un meilleur dépistage, puisque 80 % des mères déprimées auront un score d'au moins 11. Une mère avec un score EPDS inférieur à 11 a 81 % de chances de n'être pas déprimée. Dans une perspective de recherche clinique, si l'on souhaite utiliser l'EPDS comme outil de sélection des mères déprimées : le score de 12 assure alors une spécificité de 98 %.

Un atout important est que l'échelle peut être utilisée sans formation. Elle est également courte, 10 items et sa cotation est aisée : les items sont cotés de 0 à 3 : les réponses normales sont cotées 0 et les réponses sévères sont cotées 3. La note totale est la somme des 10 items. Elle est simple, très bien acceptée, sans que le mot de dépression y figure. Elle est ainsi un instrument de dialogue avec la mère. Les réponses au moyen d'adverbes évitent une réponse dichotomique en bien ou mal. Elle se remplit en quelques minutes

en soulignant la réponse qui convient le mieux. Elle peut être lue par le professionnel à une mère qui ne comprend pas bien le français ou qui le lit mal.

Des validations et des traductions ont été faites dans de nombreux pays et un manuel d'utilisation a été publié par Cox et Holden. Il est important que la mère remplisse seule le questionnaire, sans qu'un proche, en particulier son compagnon, puisse lire ses réponses et les biaiser du fait de la désirabilité sociale. Ceci rend moins fiable le remplissage de l'EPDS par questionnaire postal. En usage par courrier, sur des populations de taille épidémiologique, Teisseidre et Chabrol (2004) retrouvent une très bonne spécificité/sensibilité pour un seuil de 11 en postnatal. L'EPDS peut être également utilisée en prénatal, avec une note seuil d'usage clinique et de recherche plus élevée (seuil de 12). Sa validation française retrouve toutefois des qualités psychométriques moins bonnes qu'en postnatal (Audouard et coll, 2005). L'EPDS peut être utilisée en post-partum au mieux dès le premier pic d'incidence de la DPN, vers 4 semaines, et aussi lors du deuxième pic à 6 mois. Un point important est de savoir que toute réponse différente de 0 à l'item 10 (« j'ai pensé à me faire du mal ») doit inciter à préciser les pensées et les intentions suicidaires.

L'intérêt de l'EPDS est de pouvoir être remplie par des professionnels extérieurs au champ de la santé mentale ; sa simplicité et son acceptabilité en font un excellent outil de dialogue avec une mère sur ses sentiments dépressifs éventuels. D'autre part, l'échelle est de plus en plus utilisée chez les pères (Ramchandrani).

Le PSI : Parenting Stress Index ou Indice de stress parental

Le PSI (Abidin, 1986) est une échelle de 120 items, un autoquestionnaire destiné aux parents pour évaluer leur stress en rapport avec divers aspects de la relation parent enfant (Abidin, 1986). Il évalue le stress dans les domaines liés à l'enfant, aux parents et à d'autres circonstances de vie. Un score total de stress est calculé en additionnant les scores enfants et parents. Le PSI a été très largement utilisé dans de nombreux pays et dans de très nombreuses études. Surtout, il discrimine bien les dyades à risque par rapport aux dyades normales. Il existe aussi une version courte de 36 items (PSI-Short-Form), traduite en français, et déjà utilisée en France dans le projet CAPEDP (Guedeney, 2011 ; Tubach et al., 2012) et l'étude de validation de la BITSEA (Wendland et al., 2014).

Références

L'EPDS

Audouard F, Glangeaud-Freudenthal NM, Golse B. Validation of the Edinburgh postnatal depression scale (EPDS) in a sample of women with high-risk pregnancies in France. Arch. women mental health 2005;8(2):89-95.

- Cox J, Holden J, Sagovsky R. Detection of post-natal depression: development of the 10 items Edinburg Post natal Depression Scale. *British journal of psychiatry* 1987;150:782-6.
- Guedeny N, Fermanian J, Guelfi D, Delour M. Premiers résultats de la traduction de l'Edinburgh post natal depression scale (EPDS) sur une population parisienne. *Devenir* 1995;7:69-92.
- Guedeny N, Fermanian J. Validation of the French version of the Edinburgh post-natal depression scale (EPDS): new results about use and psychometric properties. *European psychiatry* 1998;13(2):83-9.
- Sutter-Dallay A, Dequae-Merchadou L, Glatigny-Dallay E, Bourgeois M, Verdoux H. Impact de la dépression post-natale maternelle précoce sur le développement cognitive du nourrisson: étude prospective sur deux ans. *Devenir* 2008;1(2):47-64.
- Tesseidre F, Chabrol H. Échelle post-natale d'Edimbourg chez 859 mères: dépistage des mères à risque de développer une dépression post-partum. *Encéphale* 2004;30(4):376-81.

Le PSI

Abidin RR. Parenting stress index manual. 2nd ed. Charlottesville: VA Pediatric psychology press; 1986.

L'évaluation de l'environnement du jeune enfant, le HOME

L'échelle HOME de Bradley et Caldwell permet d'évaluer l'adaptation de l'environnement familial au développement du jeune enfant. Elle évalue la capacité parentale d'installer un environnement sécurisé pour l'enfant, ainsi que les jouets mis à disposition, leur adaptation à l'âge de l'enfant et leur utilisation. Le HOME est donc particulièrement utile pour le travail à domicile, et pour évaluer les effets de l'intervention, car il permet de structurer et de quantifier les résultats de l'observation. Il permet aussi le dialogue entre professionnels à propos d'une situation, en évitant les appréciations trop globales et imprécises. Le HOME a reçu de nombreuses validations et une traduction française dans la recherche CAPDEP. Le score au HOME est assez bien corrélé à celui du Bayley, test de développement cognitif.

Référence

Caldwell BM, Bradley RH. Home Observation For Measurement Of The Environment. Little Rock: University of Arkansas; 1984.