

Développement d'un outil de dépistage des difficultés socio-émotionnelles de développement pour les enfants de 0 à 30 mois

Auteur : Luc, Clémentine

Promoteur(s) : Blavier, Adelaïde; Chartier, Stéphanie

Faculté : par la Faculté de Psychologie, Logopédie et Sciences de l'Education

Diplôme : Master en sciences psychologiques, à finalité spécialisée

Année académique : 2024-2025

URI/URL : <http://hdl.handle.net/2268.2/24549>

Avertissement à l'attention des usagers :

Tous les documents placés en accès ouvert sur le site MatheO sont protégés par le droit d'auteur. Conformément aux principes énoncés par la "Budapest Open Access Initiative" (BOAI, 2002), l'utilisateur du site peut lire, télécharger, copier, transmettre, imprimer, chercher ou faire un lien vers le texte intégral de ces documents, les disséquer pour les indexer, s'en servir de données pour un logiciel, ou s'en servir à toute autre fin légale (ou prévue par la réglementation relative au droit d'auteur). Toute utilisation du document à des fins commerciales est strictement interdite.

Par ailleurs, l'utilisateur s'engage à respecter les droits moraux de l'auteur, principalement le droit à l'intégrité de l'œuvre et le droit de paternité et ce dans toute utilisation que l'utilisateur entreprend. Ainsi, à titre d'exemple, lorsqu'il reproduira un document par extrait ou dans son intégralité, l'utilisateur citera de manière complète les sources telles que mentionnées ci-dessus. Toute utilisation non explicitement autorisée ci-dessus (telle que par exemple, la modification du document ou son résumé) nécessite l'autorisation préalable et expresse des auteurs ou de leurs ayants droit.

Faculté de Psychologie, Logopédie et Sciences de l'Education

Département de Psychologie : Psycho-traumatisme, Adaptation, Résilience et CHangement (ARCH)

Développement d'un outil de dépistage des difficultés socio-émotionnelles de développement pour les enfants de 0 à 30 mois

Mémoire présenté par Clémentine LUC en vue de l'obtention du grade de Master en Sciences psychologiques à finalité spécialisée en Psychologie Clinique Systémique et Délinquance et Toxicomanie

Promotrice : BLAVIER Adélaïde

Co-promotrice : CHARTIER Stéphanie

Superviseuse : KNÜPPEL Iris

Lecteurs : DIDONE Vincent et GAVAGE Rudy

Remerciements

Avant de rentrer dans le cœur de ce travail, je tiens à exprimer toute ma gratitude envers celles et ceux qui, de près ou de loin, ont contribué à la réalisation de ce mémoire.

En premier lieu, j'adresse mes remerciements à Madame Blavier Adélaïde, ma promotrice, pour avoir accepté d'encadrer ce mémoire dans le cadre de mon cursus. Je tiens également à exprimer ma gratitude envers Madame Chartier Stéphanie, ma co-promotrice et Madame Knüppel Iris, ma superviseuse pour leur soutien précieux tout au long de ce travail ainsi que pour leur disponibilité sans faille.

Je souhaite aussi remercier Monsieur Didone Vincent pour son aide précieuse en statistique et pour le soutien apporté lors de ce travail. Je le remercie également d'avoir accepté d'assumer le rôle de lecteur externe au même titre que Monsieur Gavage Rudy.

Je souhaite adresser un remerciement particulier aux crèches et aux pouponnières qui ont accepté de prendre part à cette recherche, en nous témoignant leur engagement, leur confiance et leur intérêt pour notre projet. Sans eux, tout cela n'aurait pas été possible.

Je remercie chaleureusement mes amis Zoé, Chloé, Louis et Célia pour leurs encouragements constants, leurs conseils avisés, leur bonne humeur, leur grain de folie et pour chaque instant passé en leur compagnie au fil des années.

Je suis également profondément reconnaissante envers mes parents et mes sœurs, pour leur amour inconditionnel et leur soutien, tant moral que logistique. Merci de m'avoir écoutée, chacun à votre façon, lors de mes nombreux moments de remise en question.

Un merci tout particulier à « Au Petit Bonheur » de m'avoir acceptée comme étudiante depuis maintenant cinq ans. Vous m'avez offert un cadre structurant, sécurisant et épanouissant qui m'a permis de grandir et d'évoluer positivement dans ce passage vers la vie de jeune adulte. J'ai tellement appris à vos côtés et surtout, aux côtés de nos résidents. Je me réjouis déjà de vous retrouver pour y faire mes premiers pas en tant que psychologue : merci de m'offrir cette chance.

Table des matières

I. Introduction.....	1
II. Revue de la littérature	3
1. Le développement des premières années de vie	3
2. Les sphères développementales	4
3. La dimension socio-émotionnelle.....	5
3.1. La dimension sociale	6
3.2. La dimension émotionnelle	7
3.3. L'autorégulation.....	8
3.4. La dimension socio-émotionnelle.....	9
4. Mesurer la dimension socio-émotionnelle chez les jeunes enfants : approches et composantes	11
4.1. L'alimentation.....	11
4.2. Le sommeil	12
4.3. La communication sociale.....	13
4.4. Les manifestations corporelles	15
5. Facteurs influençant le développement du jeune enfant	19
5.1. Le modèle écologique de Bronfenbrenner	19
5.2. La théorie de l'attachement	20
5.3. Les facteurs de stress.....	23
6. Un outil de dépistage.....	26
6.1. En quoi consiste le dépistage ?	26
6.2. Qu'est-ce qu'un outil de dépistage ?.....	26
6.3. Petit panorama des outils de dépistage déjà existants.....	26
7. Clinique – Non clinique	28
III. Objectifs et hypothèses.....	29
IV. Méthodologie	31
1. Population étudiée	31
2. L'outil et ses modifications	31

3. Méthodes de recrutement	32
4. Critères d'inclusion et conditions de passation	34
5. Méthodes d'analyses utilisées.....	34
V. Résultats	36
1. Statistiques/données descriptives	36
2. Qualités psychométriques de l'outil de dépistage.....	37
2.1. Traitement, validation et analyse des réponses à l'échelle de Likert	37
2.2. Inversion des items.....	38
2.3. Matrices de corrélation.....	38
2.4. Pourcentage de répartition des réponses selon l'item	39
3. Analyse factorielle	39
3.1. Mesure d'adéquation des données avec la réalisation d'une analyse factorielle	39
3.2. Détermination du nombre de facteurs	39
3.3. Réalisation de l'analyse factorielle.....	39
4. Hypothèses exploratoires	41
4.1. Hypothèse exploratoire n°1	41
4.2. Hypothèse exploratoire n°2/Facteur 1	42
4.3. Hypothèses exploratoire n°3/Facteur 2	43
4.4. Hypothèse exploratoire n°4/Facteur 4	44
4.5. Hypothèse exploratoire n°5/Facteur 3	45
4.6. Hypothèse exploratoire n°6/Facteur 5	46
VI. Discussion	47
1. Rappel des objectifs, de la méthodologie et des hypothèses	47
2. Items non repris dans nos facteurs.....	48
3. Retour sur les hypothèses	48
3.1. La dimension socio-émotionnelle.....	48
3.2. La dimension socio-émotionnelle au travers de la communication sociale	50
3.3. La dimension socio-émotionnelle au travers des comportements de « défense »	51
3.4. La dimension socio-émotionnelle au travers des manifestations corporelles	51
3.5. La dimension socio-émotionnelle au travers de l'alimentation.....	53

3.6. La dimension socio-émotionnelle au travers du sommeil	54
4. Limites et perspectives de l'étude.....	55
5. Implications cliniques	56
VII. Conclusion	58
VIII. Bibliographie	60
IX. Annexes	67
1. Annexe 1 : Grille de dépistage des difficultés socio-émotionnelles	67
2. Annexe 2 : Lettre de soutien de l'Office National de l'Enfance (ONE).....	72
3. Annexe 3 : Lettre d'engagement des intervenants	74
4. Annexe 4 : Lettre d'information aux parents	76
5. Annexe 5 : Formulaire de refus des parents.....	80
6. Annexe 6 : Graphique du pourcentage de répartition des réponses selon l'item.....	82
7. Annexe 7 : Répartition des facteurs obtenus par l'analyse factorielle	87
8. Annexe 8 : Tableaux des résultats statistiques pour chaque hypothèse exploratoire	89
9. Annexe 9 : Grille de dépistage des difficultés socio-émotionnelles de l'année précédente	91

I. Introduction

Le développement socio-émotionnel du jeune enfant est aujourd’hui reconnu comme un déterminant essentiel de son bien-être, de son adaptation sociale, et plus tard, de sa réussite scolaire (Denham & Burton, 2003 ; Jones, Greenberg, & Crowley, 2015). Pourtant, cette notion et l’attention particulière qui lui est accordée sont le fruit d’une évolution historique et culturelle relativement récente (Ariès, 1960).

Selon Ariès (1960), l’enfance constitue une construction sociale relativement récente, ayant émergé aux alentours du XVII^e siècle. Cette conceptualisation nouvelle s’est, d’après lui, développée en parallèle de transformations sociétales majeures, telles que la diminution de la mortalité infantile, la réforme progressive des systèmes éducatifs européens, une stratification sociale croissante, ainsi qu’un repli progressif de la famille sur la sphère privée, au détriment de ses ancrages dans un réseau relationnel plus étendu.

Si cette évolution historique a profondément changé notre manière d’envisager l’enfance, elle a aussi mis en évidence un enjeu majeur : la nécessité de repérer, le plus tôt possible, les difficultés susceptibles d’entraver le développement harmonieux de l’enfant. Les premières années de vie, période au cours de laquelle se constituent les différentes bases du développement de l’enfant, apparaissent comme un moment clé pour intervenir efficacement. Or, dans le domaine du développement socio-émotionnel, il existe encore un besoin d’outils validés et adaptés permettant un dépistage précoce et fiable.

C’est dans ce cadre que s’inscrit le présent travail, dans la continuité du projet entrepris l’années précédente (Bomboir, 2024), qui visait à développer un outil de dépistage des difficultés socio-émotionnelles chez les enfants âgés de 0 à 30 mois et à le tester auprès d’une population tout-venant, le présent mémoire s’inscrit dans une seconde phase de ce projet. L’objectif de cette année a été d’évaluer cet outil, après y avoir apporté certaines modifications, auprès de deux types de populations : une populations tout-venant (en crèches) et une population clinique (en pouponnières). Par ailleurs, une passation en trois temps a également été mise en place, avec un intervalle d’un mois entre chaque passation, dans une démarche de test-retest, afin de permettre une évaluation ultérieure de la stabilité de l’outil dans le temps. Cette analyse fera l’objet d’un travail distinct, mené par une autre étudiante. Le présent mémoire visera principalement à déterminer si des différences significatives peuvent être observées dans le développement socio-émotionnel entre les deux types de populations étudiées, et sur la capacité de l’outil à mettre en évidence ces différences.

La revue de la littérature de ce mémoire s'attache dans un premier temps à explorer les fondements théoriques du développement précoce chez l'enfant en mettant l'accent sur les premières années de vie (0-3 ans), période particulièrement sensible durant laquelle différentes sphères interagissent de manière dynamique, comme nous le verrons ultérieurement. Un focus particulier sera porté sur la dimension socio-émotionnelle, qui constitue le cœur de notre recherche ainsi que sur les facteurs influençant cette dimension. Finalement, une attention spécifique sera accordée aux différents outils déjà existants permettant d'évaluer la dimension socio-émotionnelle.

II. Revue de la littérature

1. Le développement des premières années de vie

Selon Bakermans-Kranenburg, M. J., & van IJzendoorn, M. H. (2015), le développement précoce de l'enfant correspond à l'ensemble des évolutions physiques, cognitives, langagières, sociales et émotionnelles qui surviennent dès la naissance et jusqu'à l'âge de trois ans. Cette période joue donc naturellement un rôle déterminant dans la construction des bases durables de la santé, des apprentissages et des comportements tout au long de la vie.

Entre 0 et 3 ans, le cerveau de l'enfant présente une plasticité exceptionnelle, ce qui le rend particulièrement sensible aux influences de son environnement. Les expériences précoces, positives ou négatives, peuvent dès lors modifier de manière durable la structure cérébrale, influençant le développement cognitif, émotionnel et social. Une stimulation adéquate à ce stade est donc déterminante (Nelson, Sullivan & Engelstad, 2023). De même, Saïas et ses collègues (2010) stipulent que les trois premières années de la vie constituent une phase de développement intensif et multidimensionnel, durant laquelle s'opèrent des transformations majeures sur le plan cognitif, affectif, relationnel et de l'attachement. Aucune autre période du développement humain ne connaît une telle accélération ni une telle complexité de maturation en si peu de temps. Au terme de cette période, l'enfant est déjà engagé dans des interactions sociales riches, manifeste des compétences langagières structurées et présente des fonctions neurodéveloppementales significativement consolidées.

Au regard de ces éléments, il convient de s'interroger sur les facteurs susceptibles d'engendrer des perturbations (sur le long terme) dans le développement normatif de la petite enfance. Comme le soulignent Garret-Gloane et Pernel, (2024), les conséquences des maltraitances précoces sur le développement global du jeune enfant sont particulièrement préoccupantes. De nombreux enfants de moins de trois ans consultent en effet pour des troubles du langage, des troubles du neurodéveloppement ainsi que des troubles du comportement, en lien direct avec les violences et négligences subies dans la petite enfance (Carr et al., 2020 ; Sidebotham & Heron, 2006). Les conditions économiques défavorables dans lesquelles vivent certaines familles constituent aussi un facteur de risque majeur pour le bon développement de l'enfant. La pauvreté, en particulier, s'accompagne souvent d'un environnement peu stimulant, d'un manque de disponibilité émotionnelle chez les parents et d'une exposition accrue à des situations stressantes ou violentes (Garret-Gloane et Pernel, 2024).

En fait, le développement de l'enfant suit normalement une progression continue, où chaque étape prépare la suivante. Cependant, lorsqu'il est exposé à des environnements précaires ou maltraitants, cette trajectoire peut devenir instable. Nelson, Fox et Zeanah (2014) ont montré que les enfants privés de relations stables présentent des parcours marqués par des ruptures, des régressions ou un ralentissement des acquisitions. Enfin, selon Shonkoff (2012), le stress précoce désorganise les circuits neuronaux, rendant le développement moins fluide et plus fragmenté, avec des répercussions durables sur les plans cognitif, affectif et social.

L'ensemble de ces éléments témoigne de l'importance de pouvoir avoir un outil capable de repérer et dépister précocement les difficultés chez les tout-petits afin de pouvoir intervenir le plus tôt possible. Avant tout cela, il semble essentiel de s'arrêter quelques instants et de faire un focus sur les sphères développementales mentionnées précédemment.

2. Les sphères développementales

D'après Giampino (2016), « *Les sphères du développement du petit enfant, physique, cognitif, affectif, social, sont inséparables. Chaque sphère interagit sur les autres selon une dynamique en spirale entre affectivité et acquisitions, entre éducation et soin, entre corps et cognition, entre socialité et construction du soi. Pour lui tout est langage, corps, jeu expérience.* ». Cependant, Coq et Gérardin (2021) mentionne également la dimension langagière et motrice, que nous inclurons donc dans ce chapitre.

Dès la naissance, le développement moteur suit une progression de la tête vers les pieds (céphalo-caudale) et du tronc vers les extrémités (proximo-distale) (Papalia et al., 2012). Les premiers mouvements sont de type réflexe, puis deviennent volontaires vers 2 mois, avec un meilleur contrôle de la tête. Vers 6 mois, le nourrisson peut s'asseoir, ramper, puis marcher autour de 12 mois. La motricité fine progresse en parallèle, passant d'une préhension globale à une prise en pince autour de 9 à 12 mois, permettant la manipulation précise d'objets (Brazelton & Cramer, 1990). Ces acquisitions motrices soutiennent l'exploration, l'autonomie et d'autres domaines comme le langage ou la cognition.

Le développement cognitif débute dès les premiers jours de vie. Le nourrisson reconnaît la voix et le visage de sa mère dès la naissance, montrant déjà une capacité de discrimination perceptive (Papalia et al., 2012). A partir de 8 à 12 mois, l'enfant commence à comprendre la permanence de l'objet, c'est-à-dire que les choses continuent d'exister même lorsqu'elles sont hors de sa vue (une étape clé décrite aussi par Piaget). Vers l'âge de 2 ans, il utilise la pensée symbolique, ce qui lui permet de faire l'imitation différée ou du jeu symbolique (Coq &

Gérardin, 2021). Selon Diamond (2012), les fonctions exécutives émergent également à cette période : l'enfant développe la flexibilité cognitive, la mémoire de travail et le contrôle inhibiteur, qui l'aident à traiter des informations, à se concentrer ou à adapter son comportement.

Le développement du langage commence dès la naissance par des vocalisations réflexes. Très rapidement, le nourrisson ajuste ses pleurs en fonction de la présence de sa mère. Vers l'âge de deux mois, il engage des échanges vocaux avec l'adulte. Entre six et dix mois, il produit une variété de sons, développe un babillage plus organisé et s'approche progressivement des caractéristiques de sa langue maternelle. Aux alentours d'un an, les premiers mots font leur apparition, suivis d'une importante augmentation du vocabulaire entre dix-huit et vingt-quatre mois. Progressivement, l'enfant intègre les fondamentaux de la syntaxe et de la grammaire (Coq & Gérardin, 2021 ; Papalia et al., 2012).

Le développement affectif et social débute dès la naissance à travers l'établissement du lien d'attachement avec les figures parentales. Ce lien, fondé sur des interactions précoces et répétées, constitue une base sécurisante pour l'exploration du monde et la régulation émotionnelle (Cassidy & Shaver, 2016). Le nourrisson est sensible aux signaux émotionnels de son environnement et développe progressivement la capacité à les reconnaître et à y répondre. Les échanges synchrones entre l'adulte et l'enfant jouent un rôle clé dans cette maturation affective, favorisant la régulation mutuelle et l'ajustement émotionnel (Feldman, 2015).

Le développement du jeune enfant repose donc sur une interaction constante entre les différentes sphères, chacune influençant les autres dans une dynamique globale et intégrée. Comprendre cette complexité permet non seulement d'accompagner l'enfant de manière plus adaptée, mais aussi de repérer précocement d'éventuelles difficultés.

3. La dimension socio-émotionnelle

Dans son mémoire, Bomboir (2024) propose de scinder le concept de dimension socio-émotionnelle en deux composantes distinctes, dans le but de mieux appréhender la compréhension du terme « socio-émotionnel » : nous adopterons la même méthodologie dans cette partie. Dès lors, « l'analyse » débutera par l'exploration de la dimension sociale chez le tout petit avant d'aborder la composante émotionnelle, et nous terminerons par l'examen des interactions dynamiques entre ces deux aspects. Néanmoins, elle souligne l'importance de préciser que le développement socio-émotionnel dépasse la juxtaposition des sphères sociales et émotionnelles, et constitue donc une dynamique intégrative à part entière.

3.1. La dimension sociale

Aristote (Livre I, chap.2) décrit l'homme comme un être sociable, naturellement fait pour vivre avec ses semblables. Fidèle à cette perspective selon laquelle l'être humain est naturellement porté à vivre en société, les interactions sociales englobent un ensemble de compétences fondamentales qui permettent à l'individu de s'engager dans des relations interpersonnelles et de les maintenir dans la durée (Sow et al., 2022). Ces compétences peuvent être réparties en trois grandes catégories d'habiletés : les habiletés de base, les comportements prosociaux et l'ajustement social (Margoni et al., 2018 ; Ritchie et al., 2015 cités par Sow et al., 2022).

Les habiletés de base

Ces habiletés de base forment la pierre angulaire au développement des compétences sociales. Leur apparition varie selon les étapes du développement de l'enfant et son degré de maturité, certaines se manifestant dès les premiers mois. Selon Ritchie et ses collègues (2015) (cités par Sow et al., 2022) des aptitudes telles que l'attention, la coopération et l'interprétation du langage non verbal sont particulièrement importantes. Très tôt, des comportements comme le sourire social, les sons produits pour interagir, ou encore l'imitation, témoignent déjà d'un désir de communication et marquent les débuts de ces capacités relationnelles.

Les comportements prosociaux

Les comportements prosociaux regroupent les gestes et attitudes bienveillants, posés volontairement dans le but d'adopter un bénéfice à autrui, comme aider, partager ou consoler un pair. Snow et al. (2022) mettent en avant deux revues relatant ces manifestations chez les jeunes enfants. L'une souligne que les enfants d'âge préscolaire sont capables de construire des relations positives avec leurs camarades (Mygind et al., 2021, cités par Sow et al., 2022), tandis qu'une autre montre que, dès l'âge de 4 à 32 mois, certains enfants commencent à porter des jugements moraux sur les actions des autres (Margoni et al., 2018, cité par Sow et al., 2022).

L'ajustement social

L'ajustement social se définit comme la capacité à entretenir des relations positives et stables avec autrui. Cette aptitude se développe généralement une fois que les compétences sociales de base et les comportements prosociaux sont établis. D'après Ritchie et ses collaborateurs (2015) (cités par Sow et al., 2022), il n'y a pas de manifestations directement observables relatives à l'ajustement sociale). Cependant, il existerait plusieurs indices

suggérant sa non-maitrise telle que des difficultés dans les relations entre pairs ou encore des signes de retrait, comme une tendance marquée à jouer seul.

3.2. La dimension émotionnelle

Dans leur synthèse, Sow et ses collaborateurs (2022) proposent une structuration de cette dimension en trois composantes directes : l'expression des émotions, la compréhension des émotions et la gestion des émotions. Alors, en quoi consiste ces trois composantes ?

Expression des émotions

Dès la naissance, et tout au long de sa première année, l'enfant acquiert progressivement des moyens de communication reposant sur la vocalisation, les expressions faciales ainsi que les gestes corporels. Les émotions qu'il manifeste peuvent être analysées en fonction de leur valence et de leur degré d'intériorisation. La notion de valence renvoie au caractère plaisant ou déplaisant associé à l'expérience émotionnelle : les émotions seront alors qualifiées de « positives » comme la joie ou « négatives » comme la honte. Cependant, il n'est pas question de réaliser une hiérarchisation des émotions (« bonnes » ou « mauvaises ») car ces dernières, peu importe leur valence, restent essentielles pour le développement de l'enfant (Chaplin et al., 2013 ; Sow et al., 2022). Le niveau d'intériorisation, quant à lui, correspond à la mesure dans laquelle une émotion est visible et identifiable par les autres. Autrement dit, il s'agit du degré de transparence émotionnelle. Certaines émotions, comme la joie ou la colère, s'expriment de manière ouverte et sont dites extériorisées. D'autres, comme l'anxiété et la sympathie, restent plus discrètes et relèvent d'une expression intériorisée (Chaplin et al., 2013 ; Cokke et al., 2019, cités par Sow et al., 2022). Chaplin et al. (2013) (cités par Sow et al., 2022) mettent également en évidence que ces formes d'expressions émotionnelles peuvent déboucher sur des difficultés de comportements externalisés (ex : la colère) ou internalisés (ex : l'impulsivité). En réalité, il affirme que l'expression émotionnelle est dépendante du développement langagier, et plus particulièrement du vocabulaire, de l'enfant vers 18 mois. À partir de ce moment, l'enfant devient progressivement capable de mettre des mots sur ses ressentis et de formuler ses besoins, ce qui joue un rôle prépondérant clé dans la régulation émotionnelle.

Compréhension des émotions

Selon Liming et ses collaborateurs (2015) (cités par Sow et al., 2022) la capacité à comprendre les émotions se développe progressivement chez l'enfant et implique plusieurs

habiletés. D'abord, il apprend à identifier et à nommer ce qu'il ressent, ainsi que les émotions vécues par les autres. Il devient capable de faire des liens entre une émotion et la situation qui l'a provoquée, en comprenant ses causes et ses effets possibles. Vers l'âge de deux ans, son développement cognitif lui permet de prendre en compte des éléments extérieurs à lui-même et de relier les émotions à un contexte social.

Gestion des émotions

La gestion émotionnelle correspond à l'habileté qu'a l'enfant à ajuster ses émotions en fonction des circonstances et de ses objectifs. Cela implique qu'il puisse reconnaître ce qu'il ressent, en évaluer l'intensité, puis adapter sa réaction de manière souple selon le contexte. Durant la première année, cette capacité émerge surtout grâce au soutien de l'adulte et à travers la relation d'attachement qui se construit. Au fil du développement, l'enfant commence à s'appuyer davantage sur ses propres ressources pour moduler ses émotions, on parle alors d'autorégulation. Les manifestations de cette régulation varient selon les stratégies que l'enfant mobilise pour y parvenir (Cooke et al., 2019 ; Sow et al., 2022). Cooke et ses collègues (2019) (cités par Sow et al., 2022) mettent, en plus, en lumière trois types de stratégies que l'enfant utilise pour gérer ses émotions. La première consiste à chercher du soutien auprès des autres : l'enfant peut alors s'appuyer sur les réactions des adultes (regards, expressions faciales, ton de la voix, gestes) pour comprendre ce qu'il ressent ou demander de l'aide directement. La deuxième stratégie repose sur l'évitement, comme se distraire pour diminuer le stress d'une situation difficile. Enfin, la troisième est d'ordre cognitif : l'enfant essaie de résoudre activement le problème à l'origine de son émotion en trouvant une solution concrète.

3.3 L'autorégulation

Présente à la croisée du développement sociale et émotionnel, l'autorégulation joue un rôle transversal, car elle intervient aussi bien dans la dimension sociale que dans la dimension émotionnelle. L'autorégulation se met en place dès les premiers mois de la vie. A ce stade précoce, elle se manifeste principalement par la capacité du nourrisson à gérer ses besoins physiologiques fondamentaux, comme la régulation de ses états internes et stimulations sensorielles (Sow et al., 2022).

Samdan et ses collègues (2020) (cités par Sow et al., 2022) mettent en lumière les premières manifestations de l'autorégulation chez l'enfant entre 0 et 2 ans, en identifiant trois aspects principaux : 1) l'endormissement et la capacité à dormir de façon continue durant la nuit chez l'enfant ; 2) les pleurs, qui traduisent des réactions à des émotions négatives ou à des

sensations physiques désagréables ; et 3) les premiers signes d'autonomie dans l'alimentation, ainsi que la capacité croissante de l'enfant à attendre avant que son besoin soit satisfait.

Karreman et ses collaborateurs (2010) (cité par Sow et al., 2022) stipulent qu'à partir de 18 mois, l'enfant commence à assimiler les règles sociales et devient progressivement capable de répondre aux attentes parentales avec un meilleur contrôle de ses émotions. En entrant dans sa deuxième année, ses habiletés d'autorégulation se renforcent, lui permettant de gérer ses comportements, pensées et émotions en s'appuyant davantage sur ses propres ressources plutôt que sur l'encadrement de l'adulte ou sur tout autre soutien extérieur. Il devient ainsi apte à adopter un comportement approprié lorsqu'une consigne lui est donnée. Il peut même commencer à se comporter selon certaines règles sociales sans la présence immédiate d'un adulte ; par exemple, en demandant un jouet au lieu de le prendre sans autorisation. Vers l'âge de trois ans, cette capacité s'est largement consolidée, permettant à l'enfant d'ajuster son comportement de manière autonome selon les situations sociales rencontrées. Trois aspects spécifiques de l'autorégulation sont mis en évidence par ses auteurs : 1) la capacité de l'enfant à respecter les consignes données par un adulte et à s'y conformer (conformité) ; 2) l'aptitude à maîtriser ou différer une action, comme lorsqu'il attend son tour pour parler afin de ne pas interrompre (inhibition) ; 3) la gestion des émotions à travers différentes stratégies, telles que l'évitement d'une situation ou la recherche de réconfort auprès d'un adulte (régulation émotionnelle).

3.4. La dimension socio-émotionnelle

Tout d'abord, qu'est-ce que la dimension socio-émotionnelle ? Selon Zeanah et al. (2009), le développement socio-émotionnel chez les jeunes enfants est défini comme « *La capacité émergente de l'enfant à ressentir, contrôler et exprimer ses sentiments, établir des liens interpersonnels étroits et sécurisés, enquêter sur l'environnement et apprendre, le tout dans le cadre des anticipations familiales, sociétales et culturelles* ». Sanders, C.A. (2012) apporte une autre définition : « *Le développement émotionnel chez les enfants fait référence à la capacité émergente des jeunes à comprendre et à réguler leurs émotions, à établir des relations interpersonnelles positives, et à développer une conscience sociale. Cela englobe l'apprentissage de la manière dont les émotions apprennent à naviguer dans leurs environnements sociaux tout en construisant des relations stables et sécurisantes avec les autres.* »

Ces définitions nous apportent des éléments de compréhensions pertinents tout en s'accordant entre elles en exposant quelques points de convergence. Toutes deux mettent en lumière la capacité de ressentir, de réguler et d'exprimer leurs émotions/sentiments tout en soulignant l'importance du développement des relations interpersonnelles ainsi que la prise de conscience sociale et environnementale.

Dans la dimension socio-émotionnelle nous retrouvons les compétences émotionnelles. Les compétences émotionnelles regroupent l'ensemble des capacités permettant à un individu d'identifier, de comprendre, d'exprimer, d'utiliser et de réguler ses propres émotions ainsi que celles des autres. Chez l'enfant, ces compétences jouent un rôle fondamental dans le développement cognitif et influencent divers aspects de la vie, comme les interactions sociales, la réussite scolaire et la santé globale (Palama, Theurel & Gentaz, 2017). Leur apprentissage peut débuter dès les premières années de vie. Le développement de ces compétences socio-émotionnelles ne suivent pas un parcours uniforme mais bien évolutif, dynamique marqué par des interactions constantes entre l'enfant et son environnement (Bell & Wolfe, 2004 ; Cloutier, 2005).

Les compétences émotionnelles reposent avant tout sur les émotions à proprement dit. Dès les premières semaines de vie, les enfants manifestent une palette d'émotions dites fondamentales, telles que la joie, la peur, la colère ou la tristesse, facilement identifiables par leurs expressions faciales spécifiques, et présentes de manière universelle. A partir de six mois, ils développent progressivement la capacité à distinguer les émotions exprimées par autrui, en particulier à travers le visage et la voix des adultes et s'en servent pour ajuster leur comportement face à des situations nouvelles ou incertaines. Ce phénomène que nous appellerons « référence sociale » reflète un processus actif d'apprentissage émotionnel. Enfin, entre 18 et 24 mois, l'émergence du sentiment de soi permet l'apparition d'émotions plus complexes, comme la honte, la fierté ou la culpabilité, marquant une étape importante dans le développement socio-émotionnel (Izard, 2009).

La compréhension de la dimension socio-émotionnelle étant établie, il est maintenant pertinent de s'intéresser à la manière dont elle peut être observée et mesurée chez les enfants de 0 à 30 mois, au travers de composantes ayant constitué notre outil.

4. Mesurer la dimension socio-émotionnelle chez le jeune enfant : approches et composantes

D'après Darling-Churchill et Lippman (2016), il serait difficile d'appréhender la dimension socio-émotionnelle chez les tout-petits. En effet, ils stipulent que les outils d'évaluation s'appuient majoritairement sur les observations des adultes car l'enfant précoce ne sait pas verbaliser ce qu'il ressent. Or, les compétences sociales et les réactions émotionnelles du jeune enfant peuvent varier selon les contextes d'observation. Ainsi, les perceptions des parents, des professionnels ou des autres aidants peuvent différer, chacun apportant une lecture singulière en fonction de son expérience et de la relation qu'il entretient avec l'enfant. La reconnaissance des émotions chez le jeune enfant constitue donc un processus complexe, notamment parce qu'elle repose sur des signaux subtils et essentiellement non verbaux, tels que le tonus corporel, la mimique ou les vocalisations. Ces signaux sont difficiles à interpréter en dehors d'un cadre relationnel stable (Trevarthen, 1998 ; Stern, 1985).

Selon Tronick (cité par Carter, 2008), ces échanges précoce participent à un système d'autorégulation interactive, dans lequel l'enfant module ses affects en réponse à l'attitude de l'adulte. Cette perspective relationnelle est d'autant plus pertinente que, comme le soulignent Panksepp et Biven (2012), les circuits émotionnels sous-corticaux, impliqués dans les premières expériences affectives, sont fonctionnels bien avant le développement des structures corticales supérieures impliquées dans le langage. Ainsi, les perturbations de cette régulation émotionnelle précoce peuvent se manifester par des signes cliniques observables tels que l'hyper- ou l'hypotonie, l'évitement du regard, l'hypervigilance ou encore des troubles du sommeil et de l'alimentation (Guedeney & Fermanian, 2001). Dans cette optique, l'identification précoce de ces indicateurs, à l'aide d'outils d'observation standardisés, apparaît comme un enjeu majeur pour le repérage du mal-être préverbal.

4.1. L'alimentation

Selon Polan et al. (1991), Satter (1986), et Ward et al. (1993) (cités par Ramsay, 2001) les troubles alimentaires précoce trouvent parfois leur origine dans un contexte relationnel où la sensibilité parentale fait défaut et où les échanges pendant les repas sont insuffisants ou inadéquats. Pour Rilley et al. (1999) et Ramsay et al. (1993) (cité par Ramsay, 2001), les difficultés liées à l'alimentation sont plus d'ordre physiologique et concerne donc davantage le processus alimentaire dont l'appétit et l'ingestion. Les causes liées aux difficultés d'alimentation chez les jeunes enfants ne sont donc pas uniques mais bien diverses.

Cascales (2014) nous apporte un complément d'information relatif aux troubles alimentaires chez les jeunes enfants en adoptant un point de vue psychanalytique et développementale. Il nous affirme que l'alimentation, bien que relevant d'un besoin biologique fondamental, est indissociable du contexte affectif qui l'accompagne dès les premiers mois, ce qui la rend vulnérable à la qualité du lien avec l'environnement humain. Le nourrisson est sensible aux projections inconscientes des parents, souvent chargées d'angoisses ou d'attentes transgénérationnelles, et devient le réceptacle de leurs blessures psychiques, créant un cercle vicieux qui entretient les troubles alimentaires. Une stimulation excessive, comme l'alimentation forcée, peut saturer son psychisme et provoquer un refus de se nourrir, tandis que l'absence d'un regard bienveillant perturbe la construction de sa subjectivité. Le désir d'autonomie alimentaire, étape normale de l'individualisation, peut aussi générer des conflits lorsqu'il est perçu comme une menace par les parents. Enfin, ces troubles peuvent exprimer des conflits psychiques intergénérationnels, où les parents projettent leurs propres difficultés liées à l'alimentation, soulignant l'interaction complexe entre les dimensions biologique, relationnelle et psychique.

4.2. Le sommeil

Il est de connaissance commune que le sommeil est un élément primordial pour le développement du bébé et est également gage de bonne santé à tout âge.

Selon Abramson (2016), le sommeil revêt une importance capitale, chez le nourrisson, car il favorise la maturité du système nerveux central ainsi que le développement des fonctions cognitives. Cette phase cruciale se situe principalement dans la période néonatale et jusqu'à l'âge de six mois, où les bases du sommeil adulte, à savoir le sommeil lent et le sommeil paradoxal, se mettent en place. En fait, ça ne serait qu'environ après la dixième semaine de vie que les mécanismes régulateurs du cycle veille/sommeil s'opérationnalisent. Avant cette dixième semaine de vie, ces mécanismes fonctionnent de manière erratique : le nouveau-né, étant sensible au bruit et souvent facilement stimulé, peut ainsi passer aisément de l'état de sommeil à celui de vigilance. Cette phase cruciale est également celle où les liens affectifs avec l'entourage commencent à se former.

Ainsi, la mise en place du sommeil chez le nourrisson, encore fragile et influençable, dépend étroitement de son environnement. Dans ce prolongement, France et Blampied (1999) soulignent l'impact crucial des interactions parentales sur la régulation du sommeil infantile. Le cadre environnemental joue donc un rôle déterminant dans la structuration des phases de

sommeil chez le nourrisson. Il apparaît notamment plausible que l'ambivalence des attitudes parentales, ainsi qu'une stimulation excessive (surstimulation), soient des facteurs directement impliqués dans l'émergence de troubles du sommeil à cet âge précoce. Par ailleurs, l'histoire personnelle des parents, un style d'attachement insécurisé à l'âge adulte ainsi que la présence d'affects négatifs, tendent à exacerber cette dynamique. Les réactions du nourrisson, en retour, modulent et influencent les conduites parentales. Enfin, certains phénomènes développementaux courants, tels que les pleurs intenses, l'angoisse de séparation ou encore la conquête progressive de l'autonomie, peuvent s'accompagner de perturbations du sommeil. Les réponses parentales face à ces manifestations peuvent, dans certains cas, entretenir ou renforcer les difficultés initiales. Nous nous retrouvons en réalité dans un cercle vicieux.

Abramson (2016), dans son ouvrage nous parle également de trouble de sommeil chez le nourrisson et s'attarde tout particulièrement sur le sujet de l'insomnie précoce. Cela se manifeste chez les nouveau-nés, selon lui, par un sommeil qui est léger, fréquemment interrompu et avec des réveils toutes les unes à deux heures.

4.3. La communication sociale

Le regard

John Berger (1972) déclarera dans son ouvrage : « *Voir précède les mots. L'enfant regarde et reconnaît avant de pouvoir parler.* ». Le regard est alors un moyen de communication non verbale permettant de pouvoir rentrer en relation avec l'autre. John Bowlby (1969), créateur de la théorie de l'attachement, a étudié le rôle du regard dans la relation entre le bébé et son donneur de soin par exemple lors de la tétée. Ses recherches permettent de mettre en lumière l'importance des interactions non verbales, comme le contact visuel, pour le développement d'un environnement considéré comme sécurisant par le nourrisson. Ce regard partagé est également essentiel pour la construction d'un lien émotionnel fort entre lui et son caregiver, mais également indispensable dans son développement social et émotionnel.

Toutefois, lorsque ce regard manque ou se déforme dans des contextes précoce de vulnérabilité, ses effets sur le développement du nourrisson peuvent devenir préoccupants comme le montre cette étude évaluant les effets du placement précoce du bébé en pouponnière (2012). Dans celle-ci, les auteurs mettent en évidence certaines anomalies au niveau du regard de ces nourrissons : regard agrippé, hypervigilance, regard triste, absent, évitant, ... (Marcelli, 1982 et Fraiberg, 1992) (cités par Mascaro et al., 2012) affirmerons que la qualité du regard de l'adulte fournit au bébé des informations cruciales sur son état, ses intentions et des échanges

intersubjectifs. En fait, les auteurs nous expliquent que lors de situations de stress vécues par le nourrisson celui-ci met en place des « aménagements défensifs de type rupture ou fuite » comme l'évitement du regard, lui permettant de se retirer rapidement de l'interaction et d'éviter un débordement émotionnel qui pourrait en résulter.

La voix

Communiquer nécessite l'utilisation d'un outil efficace et compréhensible par autrui : « Quand je pleure, tu me sors du berceau ! ». Pour le nourrisson, la communication entraîne une réponse positive et apporte un bénéfice. Chaque émotion est déclenchée par une réaction affective intense, facilement observable : le nourrisson s'agit, crie, pleure, rit pour montrer s'il est content, souffre ou a soif et ainsi signifier à l'adulte son insécurité, un stress ressenti, ... Ses sensations induisent une proto-expression qui doit être acceptée et comprise (« Pourquoi pleure-t-il ? A-t-il faim, a-t-il mal, veut-il dormir ou être bercé ? »). Binet (2014) va lier les pleurs avec la théorie de l'attachement de John Bowlby. En effet, selon lui, le nourrisson dépourvu d'autonomie motrice va émettre des pleurs afin d'induire un signal permettant de mettre en route la dynamique d'attachement : pleurer est le seul moyen qu'il a trouvé afin de provoquer une proximité physique et affective avec son caregiver. Si le donneur de soin ne répond pas de manière appropriée à ses signaux, le nourrisson ne se sentira donc pas en sécurité et risque de pleurer davantage.

Alain Guedeney et ses collègues (2008) discutent, quant à eux, de l'importance des vocalisations dans les interactions sociales des nourrissons. Ils soulignent que la réduction des vocalisations est souvent l'un des premiers indicateurs de retrait social. Le retrait relationnel est défini comme « *L'action de se replier sur soi et de se rétracter comme pour se défendre, préserver sa personnalité* » (Guedeney et al., 2004). Les nourrissons qui vocalisent moins peuvent rencontrer des difficultés émotionnelles ou développementales, ce qui en fait un signe crucial pour une détection/dépistage précoce et une intervention. Par exemple, dans l'échelle de l'ADBB (échelle alarme détresse bébé) (Guedeney, 2013) se trouve en item 5, l'item spécifique aux vocalisations. Il stipule que l'observateur doit être attentif à l'absence de vocalisation exprimant le plaisir ainsi qu'à l'absence de vocalisation exprimant le mécontentement ou la douleur (évaluation en fonction de la fréquence) : ceci nous confirme l'importance des vocalisations dans l'évaluation du développement et du retrait relationnel du nourrisson.

Les expressions faciales

Les nourrissons expriment leur joie, leur mécontentement, leurs émotions aussi à travers leurs expressions faciales et plus particulièrement le sourire (ou encore le froncement de sourcils). Kawakami et ses collègues (2007), citent Wolff (1959), sur le sujet des premiers sourires du nourrisson : « *Le sourire spontané a été observé pendant le sommeil régulier, la somnolence et l'inactivité alerte, mais jamais pendant le sommeil irrégulier, l'activité alerte ou entre les crises de pleurs* ». Il ajouta en 1987 : « *Les sourires endogènes ou spontanés pendant le sommeil ont parfois été considérés comme des précurseurs du sourire social* ». Plus précisément, aux alentours de huit mois, le jeune enfant arrête de sourire aux visages inconnus et se tourne vers sa mère, montrant ainsi qu'il reconnaît et distingue le visage maternel parmi les autres, la mère devenant ainsi l'objet privilégié de son affection.

Le sourire chez les bébés peut également être compris sous l'angle des travaux de Boszormenyi-Nagy à travers l'approche contextuelle. Bien que les écrits de cet auteur n'abordent pas directement le sourire du nourrisson, son approche contextuelle permet d'en proposer une lecture symbolique pertinente. Dans cette approche, la notion de loyauté existentielle occupe une place centrale dans la compréhension des relations parents-enfants. Dès la naissance, l'enfant est considéré comme étant en dette de vie envers ses parents, car il doit son existence à leur engagement, tandis que les parents sont à leur tour redevables en assumant la responsabilité de répondre aux besoins de l'enfant jusqu'à son autonomie (Boszormenyi-Nagy & Krasner, 1986). Cette relation initialement asymétrique évolue vers une réciprocité équilibrée au fil du temps, notamment à travers des échanges symboliques tels que le sourire du nourrisson, perçu comme un premier don destiné à susciter la réponse parentale. Le concept souligne également que, même en cas de négligence ou de maltraitance, la loyauté envers les parents demeure, témoignant de son enracinement profond dans la dynamique familiale. Enfin, l'auteur met en lumière les difficultés contemporaines à favoriser l'exercice de cette capacité à donner chez l'enfant, ce qui peut générer des tensions dans la perception des rôles familiaux.

4.4 Les manifestations corporelles

De nombreux critères mentionnés dans les dimensions précédentes tels que le sourire, les pleurs, la voix, le regard, apparaissent également dans le registre des manifestations corporelles, ce qui pourrait témoigner d'un certain chevauchement entre ces différentes sphères.

Toutefois, d'autres signes peuvent être considérés comme spécifiquement liés à l'expression du corps à proprement parlé.

Pour introduire le sujet des manifestations corporelles, nous nous appuierons sur les écrits de Françoise Dolto concernant la notion du corps chez le bébé. Selon elle, le corps du bébé n'est pas un simple organisme biologique, mais un lieu de subjectivation marqué par le désir et déjà inscrit dans le langage, et ce dès la vie prénatale (Dolto, 1984 citée par Schauder, 2002). À travers le concept d'image inconsciente du corps, elle développe l'idée que ce corps est façonné par la relation à l'autre, notamment par les paroles et les interactions précoces. Cette image se construit selon trois aspects interdépendants : une image de base, liée à la sécurité et au sentiment d'existence ; une image fonctionnelle, orientée vers l'usage du corps dans le désir d'agir ; et une image érogène, qui rassemble les zones de plaisir en fonction du développement. L'ensemble est animé par une dynamique pulsionnelle qui pousse le sujet à grandir. Ce processus de structuration dépend fortement des mots adressés à l'enfant et des interdits transmis par l'adulte, ce que Dolto appelle les castrations symboligènes (Dolto, 1984 ; Dolto, 1985b cité par Schauder, 2002). Ainsi, l'image inconsciente du corps représente une mémoire vivante du rapport au désir, aux soins, et à la frustration, et elle constitue un socle fondamental pour la construction du sujet.

Le développement psychomoteur au travers du tonus corporel

Un autre élément que nous avons pris en compte parmi les critères de la grille d'évaluation est le tonus corporel. Dès la naissance, le nourrisson présente une faiblesse du tonus au niveau de la tête et du tronc. Lorsqu'on tente de le redresser en position assise, sa tête bascule vers l'arrière et son dos s'arrondit complètement, traduisant une hypotonie axiale. À l'inverse, ses membres montrent une hypertonie des fléchisseurs : allongé sur le dos, il lui est impossible d'étendre complètement bras et jambes. Cette tension excessive des membres tend à diminuer progressivement durant les premiers mois. En position ventrale, il retrouve une posture fœtale caractéristique, avec les genoux repliés sous le ventre, le bassin relevé, et la tête tournée sur le côté, qu'il n'est pas encore capable de soulever. Aux alentours de trois mois, une évolution tonique notable est observée. Placé à plat ventre, le bébé commence à s'appuyer sur ses avant-bras et peut redresser la tête entre 45 et 90 degrés. Lorsqu'on le soutient en position assise, il parvient à maintenir sa tête droite, et son dos ainsi que sa nuque deviennent plus toniques, même si la région lombaire reste encore fragile. En position dorsale, le bassin est bien posé, et les jambes adoptent une flexion partielle. À cet âge, l'enfant devient attentif à son propre corps, manifestant un intérêt particulier pour ses mains, qu'il observe souvent : c'est ce

qu'on appelle le « regard de la main ». À six mois, le nourrisson, couché sur le ventre, peut se redresser sur ses mains, ce qui lui permet de jouer plus activement avec ses mains. Il sait se retourner du ventre vers le dos. Sur le dos, il tente de soulever sa tête et ses épaules, et s'amuse avec ses pieds. En position debout avec appui, il effectue des petits sauts et flexions. Il peut tenir deux objets, un dans chaque main, mais ne les recherche pas s'ils disparaissent de sa vue. À 9 mois, le bébé commence à ramper et à se hisser en position debout en s'appuyant sur les meubles ou le parc. Il reste debout quelques instants avant de perdre l'équilibre. Il peut attraper de petits objets grâce à une pince entre le pouce et l'index, et commence à offrir des jouets à ses parents. Entre 11 et 14 mois, il adopte la marche à quatre pattes, puis progresse vers la marche autonome en s'aidant des meubles ou en étant soutenu. Il peut lâcher une main, montrer du doigt ce qui l'intrigue, explorer les espaces, insérer des objets les uns dans les autres, et différencier progressivement les notions de haut, bas, dedans et dehors (Budowski, 2016).

Pour tout ce qui concerne le penchant clinique, Budowski (2016) met également en avant toute une série de manifestations attestant d'un développement anormal qu'il nommera « signes d'alarme ». Nous pouvons classer ceux-ci en fonction de leur âge d'apparition au cours de la vie du nourrisson. Entre la naissance et trois mois, une hypertonie peut être mise en évidence par des roulades effectuées par le bébé. Le signe du retrait est particulièrement important car il se manifeste très régulièrement à l'aube de nombreuses situations psychopathologiques. Celui-ci résulte d'une relation altérée avec la mère qui peut survenir en cas de dépression maternelle. Ensuite, entre quatre et six mois, une hypotonie persistante se marquera par une tête sans tonus et un visage non expressif. Il ne faut pas non plus ignorer une situation dans laquelle le nourrisson ne montre aucun attrait envers les objets environnants car cela pourrait refléter des déficits visuels, cognitifs ou moteurs. Entre 6 et 12 mois, une position « assise en lapin » peut être prise si le jeune enfant se trouve atteint d'hypotonie ou ayant une spasticité des abducteurs. Un point majeur à relever face à un enfant qui est soumis à un environnement social trop conséquent, ou à l'inverse, à une mère désintéressée, est cette attitude très particulière qu'il prendra face à un inconnu : un comportement tout à fait détendu, dénué de toute angoisse vis-à-vis de ce quidam.

La peau

Nous allons, ici, nous pencher entièrement sur le problème de l'eczéma comme manifestation corporel d'un dysfonctionnement chez le nourrisson. Pour se faire, nous prendrons d'abord comme base le concept de l'absence d'angoisse du huitième mois. Selon René Spitz (1974) (cité par Pasteur, 2011), la présence d'eczéma chez le nourrisson proviendrait

du fait que le bébé ne présente pas d'angoisse du huitième mois. Elle définit cette angoisse comme étant « l'angoisse du bébé de perdre sa mère au moment où il s'aperçoit, vers l'âge de huit mois, qu'il en est différent ».

D'après Didier Anzieu (1985) (cité par Pasteur, 2011), l'asthme et l'eczéma peuvent être interprétés comme des moyens de compenser les failles du « moi-peau », concept désignant la fonction psychique de la peau en tant qu'enveloppe protectrice. Dans le cas de l'asthme, la personne chercherait à ressentir de l'intérieur les limites de son corps en se remplissant d'air, comme pour vérifier l'existence d'une enveloppe corporelle. À l'inverse, l'eczéma exprimerait une tentative de percevoir la surface du corps de l'extérieur, notamment à travers les lésions cutanées, comme si les déchirures de la peau rendaient ses contours plus tangibles.

Enfin, pour Jean-Marie Gauthier (1993) (cité par Pasteur, 2011), la peau, tout comme la motricité et le sommeil, est un élément fondamental du fonctionnement corporel global. Pour en comprendre les troubles, il est essentiel de considérer les dimensions physiologiques à la lumière du parcours relationnel de l'enfant, car ces aspects sont profondément influencés par son environnement affectif et social. Il souligne notamment l'importance des rythmes propres au bébé, des rythmes biologiques et émotionnels qui doivent rapidement s'ajuster à ceux de son entourage. Cette adaptation parfois précoce et forcée peut brouiller les repères entre les besoins internes de l'enfant et les attentes externes. Selon lui, les troubles somatiques, comme la dermatite atopique (eczéma), pourraient résulter d'une difficulté précoce à se construire une expérience corporelle personnelle. Vers l'âge de trois mois, le nourrisson atteint de cette pathologie éprouverait alors des obstacles à se sentir pleinement présent et unifié dans son propre corps.

Le mouvement

Lorsque l'on pense aux mouvements, on peut par exemple penser à l'agitation ou au contraire à l'immobilité/l'apathie. Bowlby (1973) a étudié la façon dont le nourrisson réagissait émotionnellement lors de la séparation avec le donneur de soin/les figures d'attachement. Il énonce deux réponses à cette séparation : l'agitation et la léthargie. L'agitation se manifeste par des comportements tels que des pleurs ainsi que la recherche active de contact (visuel/physique). La léthargie, quant à elle, peut se traduire par une diminution ou un retrait de l'engagement dans leur environnement. L'auteur met ainsi en avant que ces réactions (opposées) sont des signes d'anxiété liés à la séparation.

5. Les facteurs influençant le développement du jeune enfant

5.1. Le modèle écologique de Bronfenbrenner

Bronfenbrenner (1979) met en avant l'importance de l'interaction (dynamique) entre l'individu et son environnement au cours de son développement. Dans une perspective d'exploration de ces facteurs, le modèle écologique de Bronfenbrenner constitue un cadre théorique pertinent à considérer. Le modèle se compose de six systèmes principaux, interconnectés de manière bidirectionnelle, chacun exerçant une influence, directe ou indirecte, sur le développement de l'enfant. Il met également en évidence le rôle central du contexte environnemental dans lequel l'enfant grandit.

- 1) L'*ontosystème* correspond à la dimension biopsychosociale de l'enfant. Il s'agit, en somme, de l'ensemble des relations entre le cognitif, l'émotionnel et le biologique qui existe au sein de tout enfant (Ndiaye & St-Onge, 2012).
- 2) Le premier *microsystème* de l'enfant est celui qu'il forme en dyade avec sa mère. En grandissant, il en développe d'autres, au fur et à mesure qu'il rentre en contact avec d'autres environnements (crèche, club, ...). Selon Bronfenbrenner, chaque microsystème reflète l'engagement de l'enfant à travers ses actions, les rôles qu'il prend et les liens qu'il tisse dans un environnement défini par ses aspects matériels et physiques. On y repère ses attitudes verbales et non verbales, ainsi que la qualité des interactions et son mode de participation dans ces situations (Absil et al., 2012).
- 3) Le *mésosystème* correspond à l'ensemble des liens qui se tissent entre plusieurs microsystèmes. Ces connexions peuvent prendre la forme de rencontres directes ou de communication à distance, comme des messages écrits ou encore des appels (Absil et al., 2012).
- 4) L'*exosystème* regroupe les environnements qui influencent indirectement le développement de l'enfant, sans qu'il ne soit directement impliqué. Par exemple, si la mairie réduit les horaires de la crèche, les parents doivent réorganiser leur travail, ce qui peut affecter le rythme de vie et le bien-être de l'enfant. Ces contextes définissent des règles et normes ou affectent la qualité de vie familiale (stress, organisation). Leur influence devient positive si les acteurs proches de l'enfant (famille, enseignants)

peuvent y participer et orienter les décisions pour améliorer son environnement direct (Absil et al. 2012).

- 5) Le *macrosystème* regroupe les grands repères culturels, sociaux et idéologiques qui structurent la société, comme les valeurs morales, les systèmes politiques ou économiques. Il influence tous les autres systèmes en fournissant un cadre global, souvent implicite, qui oriente les comportements et les normes sans être directement visible au quotidien (Absil et al., 2012).
- 6) Le *chronosystème*, quant à lui, correspond aux modifications et à la progression des environnements extérieurs à travers le temps, pouvant ainsi influencer le développement de l'individu au fil du temps (Härkönen, 2007).

Dans la rubrique qui va suivre, nous allons explorer divers facteurs ayant une influence sur le développement du jeune enfant/nourrisson. Parmi ces derniers, le stress, en tant que tel, se retrouve dans le premier système du modèle écologique, à savoir l'*ontosystème*. La maltraitance infantile et l'analyse de la théorie de l'attachement comprenant les styles d'attachement concernant la dyade mère-enfant font partie du deuxième système : le *microsystème*. Finalement, la précarité sociale et économique fait, quant à elle partie de l'*exosystème*.

5.2. La théorie de l'attachement

En 1969, Bowlby a souligné que la qualité des échanges entre un enfant et son principal donneur de soins joue un rôle déterminant dans son développement affectif et social. Cette approche a profondément modifié la compréhension de la relation adulte-enfant, en mettant en évidence que, face à une situation stressante, le système d'attachement de l'enfant est activé pour rechercher protection et réconfort auprès de la figure de soin. Toutefois, comme le précisent Ainsworth et al. (1978), ce lien d'attachement ne dépend pas nécessairement d'un lien biologique ni même d'un lien affectif positif établi au préalable : il émerge progressivement à travers les interactions répétées avec les personnes présentes dans l'environnement de l'enfant. La nature et la sécurité de cet attachement sont fortement influencées par la sensibilité et la constance des réponses du donneur de soins (De Wolff & van IJzendoorn, 1997). En l'absence de réponses adaptées, les enfants peuvent développer des formes d'attachement insécuries, voire désorganisées (Main & Solomon, 1990).

Nous nous intéresserons à présent aux différents styles d'attachement définis dans le cadre de la théorie de l'attachement. Cette approche, initialement développée par Bowlby (1969) et approfondie par Ainsworth et ses collaborateurs (1978), distingue plusieurs patterns relationnels qui se construisent au fil des interactions précoces entre l'enfant et ses figures de soins. Ces styles d'attachement, sûre, insûre-évitant, insûre-ambivalent et désorganisé, reflètent la qualité des réponses parentales face aux besoins affectifs et de sécurité de l'enfant, et influencent durablement son développement émotionnel et social.

L'attachement sûre

L'attachement dit sûre est un attachement que l'on pourrait qualifier de positif et favorable au bon développement de l'enfant. Un enfant avec un style d'attachement sûre va, par exemple, manifester un besoin de proximité avec le caregiver lorsqu'il traverse des épisodes de fatigue, de mal-être ou d'angoisse. Le lien affectif établi avec ce donneur de soins leur permet alors de pouvoir moduler leurs émotions face à l'adversité et de s'engager plus sereinement dans l'exploration de leur environnement, même lorsque celui-ci leur paraît intimidant, aux premiers abords (Van IJzendoorn, 2019). Le sentiment de sécurité chez l'enfant repose sur des réponses cohérentes à ses besoins, une présence stable des figures d'attachement, des séparations adaptées à son âge et des transitions bien accompagnées. Tout cela va favoriser son autonomie ainsi que son développement cognitif et émotionnel (Guedeney, Lamas, Bekhechi, Mintz & Guédeney, 2008).

L'attachement insûre ambivalent/résistant

L'attachement insûre de type ambivalent/résistant se manifeste chez les jeunes enfants par des réactions contradictoires, par exemple, au moment des retrouvailles avec leur figure d'attachement, après une séparation. Bien qu'en quête de réconfort face à une détresse intense, ces enfants adoptent des comportements mêlant proximité et rejet : ils peuvent alterner entre l'approche et l'évitement, ou encore chercher le contact tout en exprimant de l'agressivité physique, comme tirer les cheveux ou frapper, révélant une tension émotionnelle non régulée (Bègue, A., & Jousselme, C., 2020). Nous pouvons également observer chez ces enfants une peur accrue de la séparation entraînant une anxiété intense, même au moment du coucher, pouvant conduire à des troubles du sommeil. Ils expriment souvent leur mal-être par des cris et des pleurs. Il est difficile de les apaiser et ce même en la présence du caregiver. (Bowlby, 1973 ; Ainsworth et al. 1978).

L'attachement insécure évitant

L'attachement insécure-évitant se développe chez les nourrissons dont les figures parentales réagissent peu ou rejettent leurs besoins émotionnels. En réponse, ces enfants adoptent une stratégie de « désactivation émotionnelle » : ils inhibent leurs manifestations affectives, évitent le contact après une séparation (malgré un malaise probable) et n'expriment que très peu de détresse observable. Egeland et Farber (1984) ont montré que les nourrissons avec un attachement insécure-évitant (type A, Ainsworth et al., 1978) évitent activement leur mère lors des retrouvailles, malgré une détresse sous-jacente. Ces enfants avaient des mères moins sensibles, plus irritable, et exprimant des sentiments négatifs envers la maternité. Dès les premiers mois, ces mères manifestaient peu d'intérêt pour leur bébé et adoptaient un style de soin distant et peu chaleureux. Ces résultats confirment l'idée, issue des travaux de Bowlby (1969), que l'attachement se construit dans l'interaction continue entre les besoins de l'enfant et la réponse parentale. Nous pouvons également remarquer, au niveau des signes observables chez les enfants présentant un style d'attachement insécure-évitant comme un évitement du contact visuel ou physique (caresses, gestes affectueux, ...), une exploration restreinte socialement (jeux seuls, retrait = solitude exploratoire) ainsi qu'une minimisation expressive des émotions (Bowlby, 1982 ; Ainsworth et al., 1978).

L'attachement désorganisé

En 1990, Mary Main et Judith Solomon ont identifié une quatrième forme d'attachement, dite désorganisée/désorientée, caractérisée par des comportements contradictoires et confus envers le parent. Cette notion a ensuite été approfondie par Lyons-Ruth (2005), qui a souligné l'importance de l'intersubjectivité dans la compréhension de ces relations complexes. Selon Main et Hesse (1990), ces enfants perçoivent leur donneur de soin à la fois comme une source de réconfort et de peur, ce qui crée un conflit entre l'envie de proximité et le besoin de fuite. Des études montrent qu'environ 90 % des nourrissons exposés à la maltraitance développent un attachement désorganisé (Carlson et al., 1989). Toutefois, ce type d'attachement existe aussi dans des contextes sans abus manifeste, touchant environ 15 % des enfants à bas risque (van IJzendoorn et al., 1999), ce qui suggère que des interactions parentales moins extrêmes mais tout de même déroutantes peuvent aussi en être la cause. Des comportements corporels atypiques ont été observés chez ces jeunes enfants tels que des mouvements d'approche suivis de retrait, des gestes interrompus ou figés, des postures asymétriques, des signes visibles de peur (comme le regard fuyant ou des gestes d'auto-apaisement), ainsi qu'une désorientation marquée (Main & Hess, 1990). Lyons-Ruth (2005),

quant à elle, souligne l'existence de ruptures dans la synchronisation, accompagnées de gestes inattendus de retrait ou d'agitation, ainsi que d'une coordination altérée entre le regard, le toucher et l'expression des émotions.

5.3 Les facteurs de stress

De nombreux facteurs de stress sont présents au sein de l'espèce humaine et par conséquent également présents chez les jeunes enfants. Il n'existe évidemment pas qu'une seule et unique source de stress mais bien une multitude. Bien souvent, les facteurs de stress ne relèvent pas directement de l'enfant lui-même, mais résident dans son environnement immédiat, en particulier dans les caractéristiques et les comportements de ses figures parentales.

La maltraitance infantile

La maltraitance infantile désigne une situation profondément néfaste dans laquelle de jeunes enfants sont privés de la protection, du soutien, des soins et des interactions bienveillantes que la plupart des espèces, dont les humains, offrent naturellement à leurs petits. Il s'agit donc de situations où l'on observe une rupture dans les liens relationnels censés assurer sécurité et soutien à l'enfant. Comme nous l'avons déjà évoqué, la famille constitue généralement le premier cadre d'apprentissage des normes sociales, des attentes relationnelles et de la compréhension des émotions. Toutefois, dans un environnement familial violent, l'enfant est confronté à des formes de communication dysfonctionnelles, à des comportements inadaptés et à des modèles d'autorégulation émotionnelle peu sains (Pollak, 2005). Ce même auteur a pu démontrer dans sa recherche que la maltraitance infantile expose l'enfant à divers troubles de santé mentale comme la dépression, l'anxiété, la consommation de substances, la délinquance et d'autres comportements émotionnels déséquilibrés. Les adultes vivant dans la précarité font souvent face à une forte instabilité, des troubles émotionnels ou une consommation excessive de drogues ou d'alcool, ce qui limite leur capacité à exercer une parentalité adéquate. Toutefois, la pauvreté n'explique pas tout. Les familles maltraitantes présentent souvent un isolement social important, avec peu de liens avec la famille élargie, les amis ou la communauté. Ce manque de réseau limite les enfants dans leur accès à des adultes bienveillants pouvant leur servir de modèles positifs. En général, les parents violents ont eux-mêmes manqué d'exemples constructifs de rôle parental, ce qui nuit à leur compréhension du développement de l'enfant, à l'éducation, à la gestion des conflits et au contrôle de leurs émotions (Pollak, 2005).

D'autres auteurs mettent en évidence que le retrait et l'agressivité sont une forme d'expression chez les enfants ayant été violentés physiquement (Hoffman-Plotkin et al., 1984 ; Jacobson et al., 1982 ; Rogosch et al., 1995 cités par Pollak, 2005). Pollak (2003) a également démontré que l'un des mécanismes qui contribuent au développement de troubles du comportement chez les enfants victimes de maltraitance réside dans le fait que les expériences traumatiques, telles que les violences subies, tendent à renforcer de manière sélective leur réactivité à certaines expressions émotionnelles, en particulier la colère, au détriment de leur capacité à reconnaître d'autres émotions.

La précarité sociale et économique

Selon l'analyse de Damour (2006), la précarité parentale est fréquemment associée à une parentalité jugée défaillante. Elle stipule que ce lien repose moins sur des faits objectifs que sur un processus d'étiquetage social, où les difficultés matérielles sont interprétées comme des signes d'incompétence éducative. Ce glissement légitime des interventions comme les tutelles aux prestations sociales, renforçant l'idée que pauvreté et « mauvaise » parentalité sont intrinsèquement liées.

De nombreuses études démontrent que même si la relation entre le statut socioéconomique et le développement social et émotionnel des enfants est moins systématique que celle observée avec leurs capacités cognitives, les enfants vivant dans la pauvreté présentent davantage de troubles psychologiques et de difficultés d'adaptation sociale que ceux issus de milieux favorisés (Bradley & Corwyn, 2002, citant Bolger et al., 1995; Brooks-Gunn & Duncan, 1997; Lahey et al., 1995; McCoy et al., 1999; McLeod & Shanahan, 1993; Moore et al., 1994; Patterson et al., 1989; Sameroff et al., 1987; Starfield, 1989; Takeuchi et al., 1991).

Par ailleurs, selon Gorza et Cardoso (2023), les familles vivant dans des situations de pauvreté seraient exposées à des sources de stress plus fréquentes et intenses que celles vivant dans des environnements plus favorisés. Ils démontrent un impact néfaste chez les enfants issus de familles plus défavorisées tel que des niveaux de cortisol plus élevés, ce qui aurait des répercussions sur le développement cérébral le système cardiovasculaire et immunitaire, la régulation métabolique ainsi que sur les fonctions exécutives.

Le stress

Le stress en tant que tel joue un rôle important dans le développement du jeune enfant. Il est défini comme étant une réaction psychologique et physiologique de l'organisme face à une situations perçue, dans l'environnement, comme menaçante ou dépassant les ressources de l'individu (Lazarus & Folkman, 1984).

Selon Vila (2006), l'état de stress post-traumatique (ESPT) est une réaction fréquente et durable chez l'enfant exposé à un événement traumatisant. Contrairement à certaines idées reçues, même les très jeunes enfants peuvent en souffrir. Les symptômes varient selon l'âge et incluent des cauchemars, des troubles du comportement, une régression, ou encore des plaintes somatiques. Vila distingue deux formes cliniques : l'ESPT de type I, lié à un événement unique, et le type II, plus complexe, associé à des traumatismes répétés comme les abus ou la maltraitance. L'auteur insiste sur la nécessité d'une prise en charge adaptée, notamment familiale, et souligne le manque de recherches approfondies dans ce domaine.

Cet état peut évoluer vers un trauma complexe comme le met en avant Cook et ses collègues (2005) en affirmant que l'exposition répétée des enfants à des expériences traumatisantes telles que la maltraitance, les abus ou les violences familiales et sociales (guerre, nettoyage ethnique) a des effets durables sur leur développement. Ces situations compromettent la construction d'un attachement sécurisant avec les figures parentales et nuisent aux capacités fondamentales de régulation émotionnelle et de relation aux autres. Le trauma complexe est ainsi associé à des troubles persistants qui peuvent s'étendre de l'enfance à l'âge adulte, incluant des vulnérabilités psychiatriques, médicales, sociales et familiales.

Dans un autre contexte, il a également été démontré que l'entrée en crèche constitue une période de transition stressante pour les tout-petits, notamment en raison de la séparation d'avec les parents et de l'adaptation à un nouvel environnement. Une étude menée sur des enfants âgés de 12 à 36 mois a montré une élévation notable du taux de cortisol, indicateur biologique du stress, dans les jours suivant l'intégration en structure d'accueil. Si certains enfants parviennent à s'adapter progressivement, d'autres maintiennent des niveaux de stress élevés sur une plus longue durée. Cette variation s'explique notamment par la qualité du lien avec les éducateurs, la sécurité de l'attachement parental et les modalités d'introduction en crèche. L'étude souligne ainsi l'importance d'un accompagnement sensible et individualisé durant cette phase, afin de favoriser une adaptation en douceur et prévenir un stress prolongé (Nystad et al., 2021).

6. Un outil de dépistage

Les outils de dépistage occupent une place centrale dans l'identification précoce des troubles chez les jeunes enfants. La création de notre propre outil, destiné à repérer d'éventuelles difficultés socio-émotionnelles chez les enfants âgés de 0 à 30 mois, s'inscrit pleinement dans cette démarche de dépistage. Il apparaît donc pertinent de s'arrêter sur cette thématique afin de faire un bref point sur ce sujet.

6.1. En quoi consiste le dépistage ?

Selon l'Organisme Mondial de la Santé (OMS), le dépistage consiste en « l'identification présumée d'une maladie passée jusque-là inaperçue, au sein d'une population asymptomatique apparemment en bonne santé, au moyen de tests, d'examens ou d'autres techniques susceptibles d'être appliquées rapidement et facilement à la population cible » (Sagan et al., 2020, p. 6). Il est essentiel d'opérer une distinction claire entre le dépistage, le diagnostic et la prévention. Dépister ne veut pas dire établir un diagnostic, mais identifier les individus susceptibles d'être atteints par une maladie. Ces personnes feront ensuite l'objet d'examens complémentaires permettant de confirmer ou non la présence de la pathologie (= diagnostic). Relevant de la prévention secondaire, le dépistage cherche à limiter la gravité de la maladie en favorisant une détection précoce, avant l'apparition des symptômes (Hoerni & Soubeyran, 2011).

6.2. Qu'est-ce qu'un outil de dépistage pour jeuneS enfantS ?

Un outil de dépistage destinés aux jeunes enfants est un instrument standardisé utilisé afin de détecter rapidement d'éventuels retards ou troubles dans leur développement, comme des difficultés au niveau moteur, du langage ou cognitif. Grâce à ces outils, les professionnels de santé ou de la petite enfance peuvent repérer précocelement des signes inhabituels, ce qui permet de diriger l'enfant vers des prises en charges adaptées. Ce dépistage précoce s'avère crucial pour intervenir avant que les problèmes ne s'aggravent, favorisant ainsi un meilleur développement global de l'enfant (American Academy of Pediatrics, 2019).

6.3. Petit panorama des outils de dépistage déjà existants

Seuls certains outils de dépistage jugés particulièrement pertinents seront présentés dans cette section. Il convient toutefois de souligner que de nombreux autres tests validés scientifiquement existent aussi dans la littérature, mais ne seront pas abordés ici. Par exemple, Bomboir (2024) met en avant la BAYLEY IV, la CBCL, l'ASQ-3 et la GED comme échelles

de développement. Elle mentionne également le SDQ, le PSA et le FEAS comme outils de dépistage supplémentaires.

L'*Échelle Alarme Détresse Bébé* (ADBB) est un outil de dépistage validé, initialement développé par Guédeney et Fermanian en 2001 (cité par De Rosa et al., 2010). Il s'agit d'une échelle conçue pour mesurer de manière fiable les comportements de retrait relationnel chez les enfants âgés de 2 à 24 mois et d'en assurer le suivi de manière longitudinale. Les items, au nombre de 8, permettent à l'expérimentateur d'observer et d'évaluer autant d'indicateurs distincts : les expressions faciales, le contact visuel, le niveau général d'activité, les gestes d'auto-stimulation, les vocalisations, la vivacité de la réponse à la stimulation, la capacité de mise en relation avec autrui et l'attractivité. Le dernier item fait référence au niveau d'effort requis de la part de l'observateur pour maintenir son attention focalisée sur le bébé.

Chaque item est noté sur une échelle de 0 à 4, où 0 correspond à l'absence de comportement inhabituel, et 4 à une manifestation clairement ou fortement anormale. Le score total permet d'interpréter le niveau de retrait relationnel : un score compris entre 0 et 4 indique une absence de retrait, un score de 5 à 10 suggère un retrait léger, tandis qu'un score obtenu supérieur à 10 reflète un retrait relationnel marqué. L'échelle est accessible à différents professionnels de la santé (infirmiers, psychologues ou médecins), à condition qu'ils aient suivi une courte formation au préalable. Finalement, le temps de passation est estimé à 5 minutes (Guédeney & Fermanian, 2001, cité par De Rosa et al., 2010).

La BITSEA (*Brief Infant Toddler Social Emotional Assessment*) est un outil de dépistage destiné à repérer, chez les enfants âgés de 12 à 36 mois, la présence éventuelle de difficultés comportementales ou socio-émotionnelles, ainsi que des retards dans le développement des compétences sociales et émotionnelles, incluant ceux liés aux troubles du spectre de l'autisme. Ce test validé se compose de 42 items, extraits de l'ITSEA (*Infant-Toddler Social and Emotional Assessment*). Le contenu de l'échelle est divisé en 7 catégories : les problèmes internalisés, les problèmes externalisés, la dysrégulation, les compétences, les comportements atypiques, les comportement inadaptés et les relations sociales. Le questionnaire peut être rempli par les professionnels de la petite enfance ou encore par les parents : ce qui peut permettre une évaluation croisée. La durée de passation est comprise entre 5 à 7 minutes. Finalement, le test est scoré en 3 niveaux selon une échelle de Likert (Briggs-Gowan et al., 2004).

Le *Copenhagen Infant Mental Health Screening* (CIMHS) est un instrument conçu pour être administré par les infirmières de santé publique dans le cadre des visites de routines au domicile, en particulier lorsque l'enfant a entre 9 et 10 mois. Cet outil se compose de 27 items questions à réponse binaire (oui/non), destinées à repérer de manière précoce d'éventuels signes de troubles dans le développement psychique du nourrisson (Ammitzbøll et al., 2019).

7. Clinique – Non-clinique

Il semblait pertinent de proposer un dernier préambule pourtant sur la distinction entre les notions de clinique et de non-clinique.

Une population dite clinique désigne un ensemble d'individus présentant des troubles psychologiques ou psychiatriques identifiés selon des critères diagnostiques standardisés (ex. DSM ou CIM), et pris en charge ou évalués dans un cadre thérapeutique ou médical. Ces personnes sont généralement recrutées dans des institutions de soins (hôpitaux, cliniques, services spécialisés), et font l'objet d'une intervention ou d'une évaluation en raison de leurs symptômes (Kazdin, 2003). Les populations non cliniques sont des échantillons d'individus issus de la population générale, ne répondant pas aux critères diagnostiques des troubles mentaux, mais pouvant présenter des niveaux variables de symptômes subcliniques ou de vulnérabilités psychologiques. Elles sont souvent utilisées dans la recherche pour explorer les facteurs de risque, les mécanismes de protection, ou la distribution des symptômes dans des contextes hors soin (Ingram & Price, 2010).

Selon Mugnier (2018), le bébé accueilli en pouponnière doit être envisagé comme un être à la fois vulnérable et compétent. Entièrement dépendant des soins prodigués par l'adulte, il est profondément marqué par la qualité de l'environnement relationnel et institutionnel dans lequel il évolue. La séparation précoce avec sa famille, souvent liée à des contextes de carence ou de maltraitance, accentue cette vulnérabilité et peut fragiliser son développement socio-émotionnel.

Tout au long de ce mémoire lorsque nous parlerons de la population clinique nous faisons référence aux enfants placés en pouponnières et lorsque nous parlerons de la population non-clinique ou tout-venant, nous faisons référence aux enfants issus des crèches.

III. Objectifs et hypothèses

Comme mentionné dans l'introduction, ce mémoire s'inscrit dans la continuité du projet entrepris l'année précédente (Bomboir, 2024), qui visait à développer un outil de dépistage des difficultés socio-émotionnelles chez les enfants âgés de 0 à 30 mois et à le tester auprès d'une population tout-venant. Le présent mémoire s'inscrit dans la seconde phase de ce projet et relève également d'une démarche de recherche quantitative.

L'objectif de cette année a été d'évaluer cet outil, après y avoir apporté certaines modifications, auprès de deux types de populations : une populations tout-venant (en crèches) et une population clinique (en pouponnières) afin de déterminer si des différences significatives peuvent être observées dans le développement socio-émotionnel entre les deux types de populations étudiées, et sur la capacité de l'outil à mettre en évidence ces différences.

Le second objectif de ce mémoire sera de déterminer s'il existe des différences statistiquement significatives entre la population tout-venant et la population clinique sur les 5 dimensions mises en évidence au travers d'une analyse factorielle. Ces dimensions incluent la communication sociale, les comportements de défense, les manifestations corporelles, l'alimentation et le sommeil. Elles constituent, dans leur ensemble, des composantes fondamentales de la dimension socio-émotionnelle comme mis en avant dans la revue de la littérature

Ainsi, différentes hypothèses exploratoires peuvent être posées :

1. La première hypothèse que nous testerons stipule que les enfants issus de la population clinique (pouponnières) présentent un développement socio-émotionnel plus faible que ceux de la population tout-venant (crèches).
2. Les études de Guedeney et al. (2004, 2008) indiquant que le retrait social, caractérisé par une réduction du contact visuel et des échanges non verbaux, est fréquent dans les situations de carence affective. Ceci nous amène à supposer que les difficultés de communication sociale sont plus marquées chez les enfants de la population clinique que chez ceux de la population tout-venant.

3. Marcelli (1992) et Fraiberg décrivent des comportements de défense, tels que l'évitement du regard ou l'inhibition motrice, comme des réponses adaptatives face à un environnement relationnel insécurisant. Ainsi, nous anticipons que ces comportements sont plus fréquents chez les enfants de la population clinique que chez ceux de la population tout-venant.
4. S'appuyant, entre autres, sur les observations de Budowski (2016), identifiant des signes psychomoteurs liés à des perturbations du lien précoce, nous émettrons l'hypothèse que les manifestations corporelles (tensions, agitation, troubles psychosomatiques) sont plus présentes chez les enfants de la population clinique que chez ceux de la population tout-venant.
5. Comme le souligne Cascales (2014), l'acte alimentaire, au-delà de sa fonction physiologique, repose sur une interaction affective avec l'adulte, interaction pouvant être perturbée dans un contexte de carence. Nous supposons ainsi que les difficultés d'alimentation sont plus fréquentes dans la population clinique que dans la population non-clinique.
6. Abramson (2016) met en évidence que la régulation du sommeil chez le jeune enfant dépend de la stabilité de l'environnement et de la présence rassurante des figures d'attachement, tandis que France et Blampied (1999) indiquent que l'insécurité affective perturbe ces rythmes. En ce sens, nous faisons l'hypothèse que les difficultés liées au sommeil sont plus fréquentes dans la population clinique que dans la population tout-venant.

IV. Méthodologie

1. Population étudiée

Afin de tester notre outil, nous avons administré le questionnaire à des enfants âgés de 0 à 30 mois, issus d'une population tout-venant en crèche ainsi que d'une population clinique en pouponnière. Pour la population tout-venant, un échantillon de 450 enfants avait été requis afin de garantir une efficacité statistique suffisante. En ce qui concerne la population clinique, aucun seuil précis n'avait été fixé : nous avons donc chercher à inclure le plus grand nombre d'enfants possible.

2. L'outil et ses modifications

Le travail, en tant que tel, de la création de l'outil a été effectué l'année dernière. Pour élaborer les items composant la grille, les expertes Deprez Alexandra, Vierendeels Déborah et Weets Laurence se sont basés sur trois outils validés : la CIMHS (*Copenhagen Infant Mental Health Screening*), le SDQ (*Strengths and Difficulties Questionnaire*) ainsi que la BITSEA (*Brief Infant Toddler Social Emotional Assessment*). La création de ces items a également été modulée par leur expérience de terrain mais aussi évidemment par la théorie déjà existante à ce sujet.

Avant la passation du questionnaire à proprement dit, diverses informations socio-démographiques ont été collectées. Elles concernaient le genre de l'enfant (M/F), la formation initiale de l'évaluateur, la fonction exercée par celui-ci au sein de la crèche ou de la pouponnière, l'âge de l'enfant (en mois), l'âge de l'enfant lors de son entrée en structure, la durée de présence ou de placement, ainsi que la situation médicale de l'enfant (présence d'un handicap, naissance prématurée, diagnostic médical ou maladie). La date de la passation et un code d'anonymisation étaient également consignés.

L'outil se compose actuellement de 42 items avec, pour chacun, une proposition de réponse sous forme d'échelle de Likert de 1 à 4 : jamais ou presque jamais (1) / parfois (2) / souvent (3) / toujours ou presque toujours (4) incluant des items inversés. Les items ont été élaborés pour correspondre aux différentes sphères développementales chez l'enfant. La grille, quant à elle, a été construite à partir d'items issus de différentes dimensions liées au fonctionnement somatique de l'enfant, à savoir l'alimentation, le sommeil, les manifestations corporelles, la communication sociale ainsi que les comportements de « défense ».

Des modifications au niveau des items composant la grille de dépistage des difficultés socio-émotionnelles ont également été apportées. Comme mentionné précédemment, la grille actuelle se compose de 42 items comparés à 53 pour l'année précédente : 11 items ont dès lors été supprimés. Parmi les items supprimés, nous retrouvons les items 15, 24, 26, 28, 32, 33, 39, 43, 46, 47, 53 correspondants à la grille de l'année dernière (Voir Annexe 9). Les items 3, 9, 17, 18, 20, 45 de l'ancienne grille ont, quant à eux été modifiés (Voir Annexe 9).

3. Méthodes de recrutement

Dans un premier temps, nous avons tenté de recruter des crèches situées dans notre zone géographique. Pour ce faire, nous avons effectué une recherche en ligne, ce qui nous a permis de trouver plusieurs listes de crèches contenant diverses informations utiles telles que le numéro de téléphone, l'adresse mail, la capacité d'accueil, etc. Par la suite, nous avons élargi notre recherche à des crèches situées au-delà de notre zone initiale. Au final, les établissements contactés couvrent plusieurs provinces : Liège, Luxembourg, Namur et le Hainaut. Nous avons également repris contact avec les crèches ayant participé à la recherche de l'année précédente. Parmi celles-ci, une seule a accepté de renouveler sa participation. Nous avons rencontré une difficulté particulière avec les crèches situées dans la ville de Liège. En effet, à chaque tentative de contact, les structures nous redirigeaient systématiquement vers la responsable des crèches de la ville. Celle-ci s'est montrée catégorique : aucune crèche de la ville de Liège ne prendra part à notre projet de recherche.

Lorsque la crèche manifestait de l'intérêt pour le projet lors du premier contact téléphonique, nous envoyions un mail récapitulatif à l'attention du directeur ou du responsable de la structure. Si, après lecture, la crèche confirmait sa volonté de participer à la recherche, nous planifiions une rencontre, en présentiel ou en visioconférence, avec le responsable et l'équipe. Cette entrevue avait pour objectif de passer en revue les différents supports administratifs indispensables au bon déroulement de notre partenariat ainsi que de répondre aux éventuelles questions et/ou inquiétudes restantes.

Les supports administratifs (validés par le comité éthique de la Faculté de psychologie) (disponibles aux annexes 1, 2, 3, 4 et 5) comprennent la grille de dépistage des difficultés socio-émotionnelles en tant que telle, la lettre de soutien de l'Office National de l'Enfance (ONE), la lettre d'information destinée aux parents, le formulaire d'engagement destiné aux professionnels utilisant la grille de dépistage et enfin le formulaire de refus destiné aux parents. Ce dernier document permettait aux parents ne souhaitant pas que leur enfant soit repris dans

notre échantillon de le signaler en signant et en renvoyant le formulaire au responsable de la crèche. Une fois tout cela clarifié pour tout le monde, la passation des questionnaires pouvaient alors commencer. Les questionnaires étaient remplis par un ou plusieurs professionnels de l'équipe, les mêmes intervenants étant sollicités pour les trois passations. Théoriquement, pour un enfant, le questionnaire prenait en moyenne 5 à 10 minutes pour être rempli. Néanmoins, selon le retour des professionnels ayant rempli le questionnaire, le temps nécessaire se situait généralement entre 10 et 20 minutes, notamment lors de la première passation. Un code d'anonymisation a aussi été créé pour chaque enfant reprenant dans l'ordre : le nom de la crèche, la date de naissance, les initiales de l'enfant ainsi que le numéro de la passation. Le responsable retourna ensuite les questionnaires complétés aux étudiantes, soit en format papier, soit sous forme électronique. Ces dernières demeuraient disponibles en tout temps pour répondre aux éventuelles questions des intervenants ou du responsable, et effectuaient également des rappels lorsque le moment d'une nouvelle passation approchait.

Il convient toutefois de souligner que certaines difficultés ont été rencontrées, principalement avec les structures de type crèche. En raison du nombre restreint de professionnels disponibles et de la surcharge de travail à laquelle ils étaient confrontés, plusieurs crèches se sont désengagées de l'étude en cours de route, entraînant une diminution progressive de la taille de l'échantillon au fil des passations. Par ailleurs, le recrutement initial des crèches s'est avéré particulièrement laborieux, de nombreux établissements ayant décliné leur participation pour ces mêmes raisons. Cette situation a nécessité l'élargissement du nombre de structures sollicitées afin d'atteindre l'effectif requis pour la recherche.

En ce qui concerne les pouponnières, la méthode de recrutement a légèrement différencié. Ce sont principalement Iris Knüppel et Stéphanie Chartier qui ont assuré la prise de contact avec ces structures. Elles se sont chargées de présenter le projet de recherche dans son ensemble. Nous assurions simplement le suivi de l'état d'avancement des différentes passations. Si ces dernières rencontraient des difficultés ou des questionnements, nous étions également présentes afin de répondre au mieux à leurs demandes. Nous étions aussi chargés de récolter les questionnaires dans le but d'encoder les données ultérieurement, comme pour les crèches. Le code d'anonymisation, quant à lui, variait légèrement de celui en vigueur pour les crèches : lettre d'anonymisation, date de naissance de l'enfant, initiales et numéro de passation. Une différence résidait également dans le formulaire de refus des parents. En effet, pour les pouponnières aucun formulaire de refus ne devait être rempli si l'un ou l'autre parent souhaitait que son enfant ne soit pas repris dans notre base de données.

4. Critères d'inclusion et conditions de passation

Nous avons inclus dans nos échantillons tous les enfants âgés de 0 à 30 mois sans aucune distinction de genre, d'origine culturelle, de présence ou non de troubles neurologiques, physiques, psychologiques, ... que ça soit pour les crèches ou pour les pouponnières. Les enfants présents dans la crèche depuis moins d'un mois ont également été pris en considération. Cette démarche visant ainsi à éviter un potentiel biais de sélection.

Comme l'année précédente, la grille de dépistage des difficultés socio-émotionnelles a été complétée par les professionnels au sein des différentes institutions et non pas par les parents ou nous-mêmes. Cette approche repose sur l'hypothèse que les intervenants représentent les acteurs les plus neutres et objectifs pour assurer un remplissage le plus optimal possible de la grille.

Parmi les ajustements méthodologiques mis en œuvre au cours de cette année, l'un des plus significatifs concerne le déroulement de la passation. Alors qu'elle s'effectuait auparavant en une seule fois, elle a été repensée pour se dérouler en trois temps distincts. Chaque passation était espacée d'un intervalle d'environ un mois, tant entre la première et la deuxième qu'entre la deuxième et la troisième passation. Afin de réduire les biais potentiels liés à l'expérimentateur, il a été systématiquement demandé que les mêmes intervenants remplissent la grille pour un même enfant lors de chaque passation ; cependant cette consigne n'a pas été respectée systématiquement pour plusieurs raisons : intervenants malades, en vacances, ...

5. Méthodes d'analyses utilisées

Dans le cadre de ce mémoire, l'ensemble des analyses statistiques a été effectué à l'aide du logiciel *Jamovi*. L'analyse factorielle, quant à elle, a été réalisée par Monsieur Didone à l'aide d'un autre logiciel plus sophistiqué.

Dans un premier temps, une analyse factorielle a été effectuée afin d'identifier les différentes dimensions sur lesquelles reposeraient les analyses ultérieures. Cette procédure a permis de mettre en évidence cinq facteurs, chacun étant constitué d'au moins quatre items.

Pour rappel, ce mémoire visait à évaluer la capacité d'un outil de dépistage à distinguer une population tout-venant d'une population clinique en matière de développement socio-émotionnel (premier objectif), ainsi qu'à examiner l'existence de différences significatives entre ces deux groupes sur cinq dimensions clés : communication sociale, comportements de défense, manifestations corporelles, alimentation et sommeil (deuxième objectif). Afin de

répondre aux deux objectifs de ce mémoire, des tests *t* de Student pour échantillons indépendants ont été réalisés (6 en tout). Ce choix méthodologique visait à déterminer l'existence de différences significatives entre la population clinique et la population non clinique, constituant ainsi deux échantillons distincts. Toutefois, compte tenu de la non-normalité des distributions et de la violation de l'homogénéité des variances, mises en évidence respectivement par les tests de Shapiro-Wilk et de Levene, des tests non paramétriques de Mann-Whitney ont également été conduits pour l'analyse des deux objectifs.

Le sens des hypothèses a été formulé en considérant que les enfants accueillis en crèche obtiendraient des scores plus élevés que ceux accueillis en pouponnière. En effet, l'outil d'évaluation utilise une échelle de cotation allant de 4 (« toujours ou presque toujours ») à 1 (« jamais ou presque jamais »). Dans cette logique, un enfant présentant un bon développement socio-émotionnel devrait obtenir un score plus élevé, et inversement. Par exemple, pour l'item 1 (« Lors de ses phases d'éveil, le bébé est disponible pour l'interaction (regard, sourire, babillement, etc.) »), un enfant au bon développement se verrait attribuer la note de 4. À l'inverse, pour l'item 5 (« Le bébé est passif et très peu en mouvement même lorsqu'il est stimulé »), un enfant au développement satisfaisant recevrait initialement une note de 1, mais, l'item étant inversé, ce score serait recodé en 4.

V. Résultats

1. Statistiques/données descriptives

Notre échantillon se compose de 484 enfants tout-venant et de 87 enfants cliniques pour le temps de passation n°1. On compte 288 enfants tout-venant et 57 enfants cliniques pour le temps de passation n°2. Et enfin, notre échantillon comprend 279 enfants tout-venant et 51 enfants clinique pour le temps de passation n°3. Ceci témoigne du désengagement de certaines crèches et certaines pouponnières comme mentionné dans la méthodologie.

Tableau 1. Données socio-démographiques de l'échantillon tout-venant

Variables	N (%)	Moyenne (écart-type)	Min. – Max.
Genre : Fille Garçon	225 (46,5%) 259 (53,5%)		
Âge (mois)	484 (100%)	16,8 (6,97)	2 – 30
Nombres d'établissements participants	22		
Formation de base de l'évaluateur : Educateur A1 Educateur A2 Educateur A2 + puéricultrice Puéricultrice Psychologue + Psychomot. Stagiaire auxiliaire enfant Accueillante Accueillante en formation Aide puéricultrice Ass. Nursing + puéricultrice Assistant psychologue Auxillaire de l'enfance Infirmière Institutrice Psychomotricienne Etudiante puéricultrice	3 (0,6%) 16 (3,2%) 2 (0,4%) 391 (80,8%) 4 (0,8%) 2 (0,4%) 19 (3,9%) 1 (0,2%) 1 (0,2%) 12 (2,5%) 8 (1,7%) 7 (1,4%) 4 (0,8%) 6 (1,2%) 5 (1,0%) 1 (0,2%)		
Fonction de l'évaluateur : Educateur A1 Accueillante Aide puéricultrice Psychomotricienne Puéricultrice Stagiaire	2 (0,4%) 69 (14,3%) 1 (0,2%) 9 (1,8%) 400 (82,6%) 3 (0,6%)		

Note. N, nombre de sujets ; %, pourcentage ; Min., Minimum ; Max., Maximum

Tableau 2. Données socio-démographiques de l'échantillon clinique

Variables	N (%)	Moyenne (écart-type)	Min. – Max.
Genre : Fille Garçon	36 (41,4%) 51 (58,6%)		
Âge (mois)	87 (100%)	16,6 (7,51)	1 – 30
Nombres d'établissements participants	7		
Formation de base de l'évaluateur : Educateur A1 Educateur A2 Assistant psychologue Directrice Educateur spécialisé + Psychologue Psychologue Psychologue + puéricultrice Puéricultrice Stagiaire psychologue Technique de qualification Educateur spécialisé en accompagnement psycho-affectif Educateur, animateur	8 (9,2%) 3 (3,4%) 4 (4,4%) 1 (1,1%) 3 (3,3%) 17 (19,5%) 5 (5,7%) 28 (32,2%) 8 (9,2%) 6 (6,9%) 3 (3,4%) 1 (1,1%)		
Fonction de l'évaluateur : Educateur A1 Puéricultrice + Psychologue Agent éducatif Educateur A2 Educateur spécialisé + Psychologue Encadrant Encadrant + puéricultrice Intervenant psycho-social Puéricultrice Psychologue / Encadrant Educateur référent	3 (3,3%) 6 (5,6%) 3 (3,4%) 16 (18,3%) 11 (12,6%) 1 (1,1%) 2 (2,3%) 14 (16,1%) 26 (29,9%) 3 (3,4%) 2 (2,3%)		

Note. N, nombre de sujets ; %, pourcentage ; Min., Minimum ; Max., Maximum

2. Qualités psychométriques de l'outil de dépistage

Cette section décrit les étapes préliminaires appliquées aux données afin de garantir leur fiabilité et leur conformité aux exigences de l'analyse statistique. Elle détaille successivement le processus de nettoyage des données, la codification des réponses à l'échelle de Likert ainsi que les ajustements apportés à certains items afin d'assurer l'homogénéité de l'interprétation des résultats ultérieurs.

2.1. Traitement, validation et analyse des réponses à l'échelle de Likert

Les données ont d'abord été soumises à une étape de nettoyage. Celle-ci n'a révélé, en fin de compte, aucune anomalie dans le fichier, telle qu'une erreur d'encodage. Les libellés des catégories de l'échelle de Likert ont ensuite été convertis en valeurs numériques selon la codification suivante :

- « Jamais ou presque jamais » = 1
- « Parfois » = 2
- « Souvent » = 3
- « Toujours ou presque toujours » = 4

2.2 Inversion des items

Sur base des recommandations formulées par les experts (M. Didone, Mme Chartier et Mme Knüppel) une série d'items a fait l'objet d'une inversion. Les items concernés par cette inversion sont les suivants : 5, 14, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 25, 26, 27, 28, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41 et 42. Cette procédure a été utilisée afin d'assurer l'homogénéiser la polarité des réponses.

2.3. Matrices de corrélations

Une première matrice de corrélation (heatmap) a été élaborée afin d'examiner les relations inter-items et d'identifier d'éventuelles incohérences dans l'orientation des réponses. L'analyse a mis en évidence certains items (items 16, 27, 36 et 37) dont la formulation induisait une polarité opposée à celle attendue, ce qui pouvait altérer la cohérence interne de l'outil. Conformément aux recommandations psychométriques, ces items ont été inversés de manière à aligner leur directionnalité sur celle des autres items de l'échelle. Après cette procédure, la matrice de corrélation obtenue présentait une structure plus homogène, témoignant d'une meilleure cohérence entre les items.

Figure 1 : Matrice de corrélation avant inversion

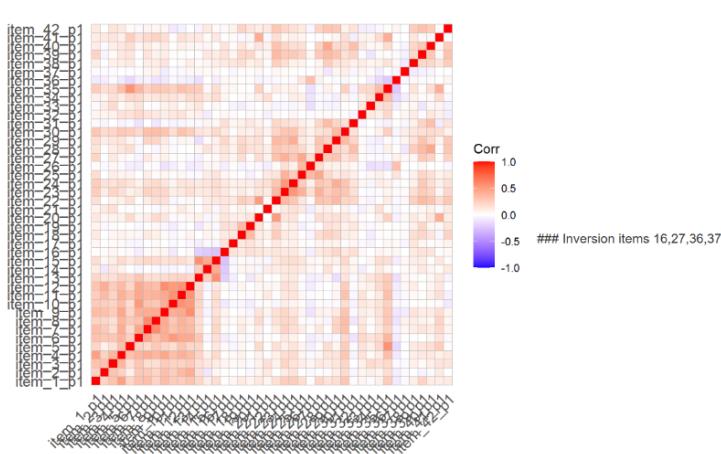
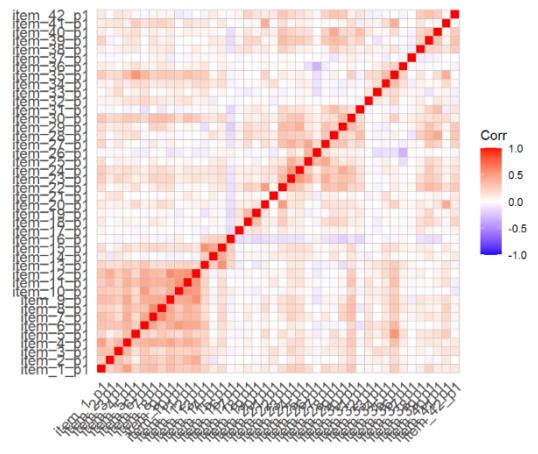


Figure 2 : Matrice de corrélation après inversion



2.4. Pourcentage de répartition des réponses selon l'item

L'analyse conduite au niveau des items a permis d'examiner la répartition des réponses et, de ce fait, d'identifier une première série d'items susceptible de poser « problème ». L'annexe 6 présente à cet égard des graphiques illustrant les pourcentages de répartition des réponses pour chaque item, offrant ainsi une vision synthétique de cette analyse.

3. Analyse factorielle

3.1. Mesure d'adéquation des données avec la réalisation d'une analyse factorielle

Avant de procéder à l'analyse factorielle, nous avons appliqué deux vérifications statistiques préalables afin de juger de la pertinence d'une telle méthode. Ces vérifications avaient pour objectifs d'examiner si les différents items présentaient des corrélations suffisantes entre eux, suggérant ainsi l'existence de dimensions latentes communes à explorer.

- **The Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) measure of sampling adequacy**

Ce score indique que les données sont parfaitement adaptées à l'analyse factorielle.

- **Bartlett's test of sphericity**

Le test de sphéricité de Bartlett est également significatif. Il existe donc une sphéricité suffisamment importante pour rendre les données également adéquates pour une analyse factorielle exploratoire.

3.2. Détermination du nombre de facteurs

Déterminer le nombre de facteurs à extraire dans une analyse factorielle est une étape cruciale. Dans notre cas, le nombre de facteurs a été déterminé théoriquement à 5. Selon le critère de Kaiser, les analyses des données confirment un nombre de facteurs égal à 5.

3.3. Réalisation de l'analyse factorielle

Factor Analysis

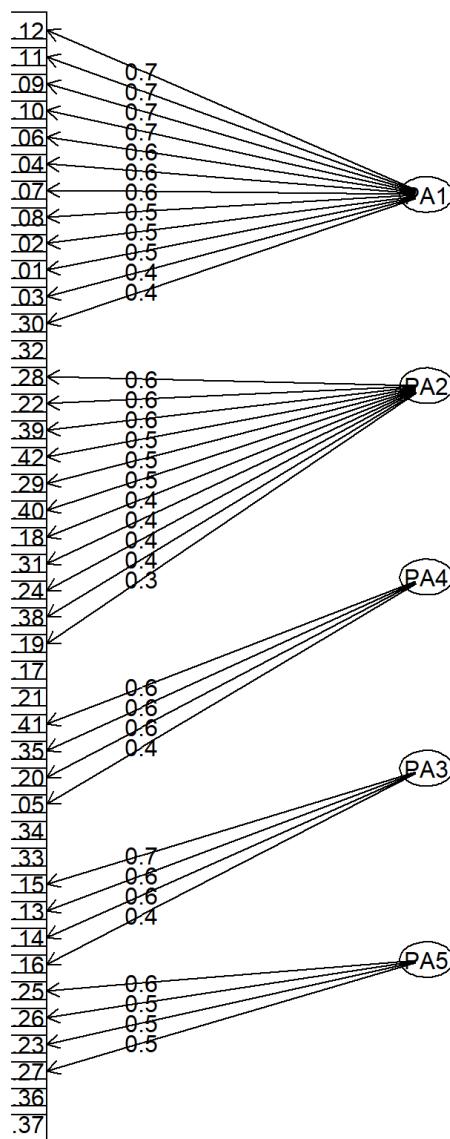


Figure 3 : Réalisation de l'analyse factorielle

La figure 3 illustre le fait que l'analyse factorielle fait apparaître les 5 facteurs. Pour qu'un facteur soit formé, le nombre d'items attendus le composant est de 4 : ce qui est bien respecté dans le cadre de cette analyse factorielle. Les items au sein des différents facteurs sont tous très bien saturés avec un minimum de 0,3 pour l'item saturant le moins. Cependant, certains items ne se retrouvent dans aucun facteur, notamment les items 17, 21, 32, 33, 34, 36 et 37.

4. Hypothèses exploratoires

4.1. Hypothèse exploratoire n°1

Afin de tester l'hypothèse selon laquelle les enfants issus de la population clinique (pouponnières) présenteraient un développement socio-émotionnel plus faible que ceux de la population tout-venant (crèches), une série d'analyses statistiques a été réalisée. Avant de procéder à la comparaison des moyennes, les conditions d'application du test *t* de Student ont été examinées. Le test de normalité de Shapiro-Wilk a mis en évidence une distribution significativement non normale pour le score de développement socio-émotionnel ($W = 0,961$, $p < .001$). En revanche, le test de Levene n'a pas révélé de violation de l'hypothèse d'égalité des variances entre les groupes ($F (1, 570) = 2,23$, $p = 0,136$). Ces résultats indiquent que si l'hypothèse d'homogénéité des variances est respectée, celle de normalité ne l'est pas totalement.

Compte tenu de cette violation, un test *t* de Student pour échantillons indépendants a été conduit, tout en complétant l'analyse avec un test non paramétrique de Mann-Whitney, plus robuste face aux écarts de normalité. Les résultats des deux tests convergent vers une différence statistiquement significative entre les groupes. Le test *t* indique une différence significative des moyennes ($t (570) = 3,83$, $p < .001$, différence moyenne = 0,121), tout comme le test de Mann-Whitney ($U = 15\ 197$, $p < .001$, différence moyenne = 0,143). Les enfants des crèches présentent un score moyen plus élevé ($M = 3,33$, $ET = 0,276$) que ceux des pouponnières ($M = 3,20$, $ET = 0,245$), ce qui va dans le sens de l'hypothèse initiale.

La taille de l'effet a été estimée à l'aide du *d* de Cohen ($d = 0,444$), ce qui correspond à un effet de taille moyenne selon les seuils de référence, indiquant que la différence observée est non seulement significative, mais également d'ampleur modérée. De plus, la corrélation bisériale calculée entre le type de groupe et les scores est de 0,286, ce qui suggère une association modérée entre l'appartenance à la population (crèche vs pouponnière) et le niveau de développement socio-émotionnel.

En somme, les analyses confirment de manière convergente que les enfants placés en pouponnière présentent un développement socio-émotionnel significativement inférieur à celui des enfants issus des crèches, avec un effet d'ampleur modérée et des résultats robustes aux tests paramétriques et non paramétriques.

4.2. Hypothèse exploratoire n°2/Facteur 1

Nous allons à présent comparer les deux populations (clinique et non-clinique) sur les différentes dimensions/facteurs mis en évidence par l'analyse factorielle réalisée au préalable, en commençant par la dimension portant sur la communication sociale. Afin de tester l'hypothèse selon laquelle les enfants issus de la population clinique (pouponnières) présenteraient un développement plus faible en communication sociale que ceux de la population tout-venant (crèches), une série d'analyses statistiques a été réalisée. Le test de normalité de Shapiro-Wilk a mis en évidence une violation de l'hypothèse de normalité ($W = 0,901, p < .001$), tandis que le test de Levene n'a pas révélé de violation de l'hypothèse d'égalité des variances ($F (1, 570) = 0,601, p = 0,438$).

Compte tenu de la non-normalité des distributions, un test t de Student pour échantillons indépendants a été réalisé en complément d'un test non paramétrique de Mann-Whitney, plus robuste face aux violations de normalité. Les deux tests n'indiquent pas de différence statistiquement significative entre les groupes. Le test t donne un résultat de $t (570) = 1,09, p = 0,138$ (différence moyenne = 0,0619), tandis que le test de Mann-Whitney aboutit à $U = 19\,027, p = 0,055$ (différence moyenne = 0,0833).

Les statistiques descriptives montrent que les enfants des crèches ($M = 3,46, ET = 0,493$) obtiennent en moyenne un score légèrement supérieur à celui des enfants en pouponnières ($M = 3,40, ET = 0,475$), mais cet écart reste faible et non significatif sur le plan statistique. La taille de l'effet, estimée à l'aide du d de Cohen ($d = 0,126$), correspond à un effet très faible selon les seuils de référence, ce qui suggère que la différence observée est négligeable en termes pratiques. De plus, la corrélation bisériale calculée entre l'appartenance au groupe et le score est de 0,107, indiquant une très faible association entre ces variables.

En résumé, contrairement à l'hypothèse formulée, les analyses ne mettent pas en évidence de différence significative entre les enfants des crèches et ceux des pouponnières en ce qui concerne la dimension de la communication sociale, l'écart observé étant de faible ampleur sur le plan statistique.

4.3. Hypothèse exploratoire n°3/Facteur 2

Dans le cadre de l'hypothèse 3, il était attendu que les enfants issus de la population clinique (pouponnières) présentent davantage de comportements de défense que ceux de la population tout-venant (crèches). Cette dimension a été évaluée à l'aide du questionnaire, dont le facteur 2 mesure les comportements de défense chez l'enfant.

Avant de comparer les deux groupes, les conditions d'application du test *t* de Student ont été examinées. Le test de normalité de Shapiro-Wilk a révélé une violation de l'hypothèse de normalité ($W = 0,931, p < .001$), suggérant que les données ne suivent pas une distribution normale. Le test de Levene n'a, quant à lui, pas mis en évidence de violation de l'hypothèse d'égalité des variances ($F (1, 570) = 0,732, p = 0,393$).

Compte tenu de la non-normalité des distributions, un test *t* de Student pour échantillons indépendants a été conduit en parallèle d'un test non paramétrique de Mann-Whitney, plus robuste aux écarts de normalité. Les deux analyses convergent vers un résultat statistiquement significatif. Le test *t* indique une différence notable entre les groupes ($t (570) = 6,99, p < .001$, différence moyenne = 0,336), confirmée par le test de Mann-Whitney ($U = 11\,149, p < .001$, différence moyenne = 0,364).

Les statistiques descriptives montrent que les enfants des pouponnières obtiennent un score moyen plus élevé ($M = 3,40, ET = 0,413$) que ceux des crèches ($M = 3,06, ET = 0,424$), ce qui est en accord avec l'hypothèse initiale. La taille de l'effet, mesurée par le *d* de Cohen ($d = 0,810$), correspond à un effet important selon les seuils conventionnels, indiquant que la différence observée est non seulement statistiquement significative, mais également substantielle sur le plan pratique. De plus, la corrélation bisériale entre le type de groupe et les comportements de défense est de 0,476, suggérant une relation modérée à forte entre ces deux variables.

En résumé, les résultats soutiennent l'hypothèse selon laquelle les enfants issus des pouponnières présentent, en moyenne, davantage de comportements de défense que les enfants vivant en crèche. Cette différence est statistiquement significative, robuste malgré la non-normalité des données.

4.4. Hypothèse exploratoire n°4/Facteur 4

Dans le cadre de l'hypothèse 4, il était attendu que les enfants issus de la population clinique (pouponnières) présentent des manifestations corporelles moins adaptées, telles qu'une hypertonie, une hypotonie ou une passivité corporelle plus marquées, que les enfants vivant en crèche. Cette dimension a été mesurée à l'aide du facteur 4 mis en évidence par l'analyse factorielle.

Avant d'interpréter les résultats de comparaison, les conditions d'application du test *t* de Student ont été examinées. Le test de normalité de Shapiro-Wilk a révélé une violation de l'hypothèse de normalité ($W = 0,623, p < .001$), ce qui justifie de compléter l'analyse avec un test non paramétrique. De même le test de Levene a révélé une violation de l'hypothèse d'égalité des variances ($F(1, 570) = 12,0, p < .001$), ce qui indique que les conditions classiques d'application du test *t* de Student ne sont pas remplies.

Compte tenu de ces violations, un test *t* de Student pour échantillons indépendants a été réalisé conjointement à un test non paramétrique de Mann-Whitney, plus robuste face aux écarts de normalité et d'homogénéité des variances. Les résultats des deux tests convergent vers une différence statistiquement significative entre les groupes. Le test *t* montre une différence moyenne de 0,164 ($t(570) = 3,48, p < .001$), confirmée par le test de Mann-Whitney ($U = 16\,579, p < .001$).

Les statistiques descriptives indiquent que les enfants des crèches obtiennent un score moyen plus élevé ($M = 3,82, ET = 0,375$) que ceux des pouponnières ($M = 3,65, ET = 0,547$), ce qui va dans le sens de l'hypothèse initiale selon laquelle les manifestations corporelles sont moins adaptées chez les enfants en pouponnière. La taille de l'effet, estimée à l'aide du *d* de Cohen ($d = 0,403$), correspond à un effet de taille modérée, indiquant que la différence observée est significative tant sur le plan statistique que pratique. La corrélation bisériale entre le type de groupe et le score est de 0,221, suggérant une association faible à modérée entre ces variables.

En conclusion, les résultats confirment l'hypothèse selon laquelle les enfants vivant en pouponnière présentent des manifestations corporelles significativement moins adaptées que ceux vivant en crèche.

4.5. Hypothèse exploratoire n°5/Facteur 3

Dans le cadre de l'hypothèse 5, il était supposé que les enfants vivant en pouponnière présenteraient des comportements alimentaires plus inadéquats que ceux vivant en crèche. Cette dimension a été évaluée à l'aide du facteur 3 révélé grâce à l'analyse factorielle, qui mesure différents aspects de l'alimentation chez le jeune enfant, tels que le plaisir ou le refus de manger, les excès, ou encore les comportements alimentaires atypiques.

Avant d'interpréter les résultats, les conditions d'application du test *t* de Student ont été examinées. Le test de normalité de Shapiro-Wilk a révélé une violation de l'hypothèse de normalité ($W = 0,933, p < .001$), tandis que le test de Levene n'a pas mis en évidence de violation de l'hypothèse d'égalité des variances ($F(1, 570) = 0,968, p = 0,325$).

Un test *t* de Student pour échantillons indépendants a été réalisé, complété par un test non paramétrique de Mann-Whitney afin de tenir compte de la non-normalité des données. Les résultats des deux analyses indiquent l'absence de différence significative entre les groupes. Le test *t* donne $t(570) = -0,0177, p = 0,507$ (différence moyenne = $-0,00103$), et le test de Mann-Whitney aboutit à $U = 20\ 919, p = 0,394$ (différence moyenne = $0,0000661$).

Les statistiques descriptives montrent que les enfants des crèches et ceux des pouponnières obtiennent la même moyenne ($M = 3,31$), avec des écarts-types proches ($ET = 0,511$ pour les crèches et $ET = 0,465$ pour les pouponnières). La taille de l'effet, mesurée par le *d* de Cohen ($d = -0,00205$), est quasi nulle, indiquant que la différence observée est négligeable sur le plan statistique. De même, la corrélation bisériale entre le type de groupe et le score est extrêmement faible ($r = 0,0177$), ce qui confirme l'absence de lien notable entre ces deux variables.

En résumé, contrairement à l'hypothèse formulée initialement, les analyses ne mettent en évidence aucune différence significative dans le domaine de l'alimentation entre les enfants des crèches et ceux des pouponnières, les scores moyens étant strictement équivalents.

4.6. Hypothèse exploratoire n°6/Facteur 5

Dans le cadre de l'hypothèse 6, il était attendu que les enfants issus de la population clinique (pouponnières) présentent des difficultés ou des dysrégulations plus fréquentes dans leur sommeil que ceux issus de la population tout-venant (crèches). Cette dimension a été mesurée à travers le facteur 5 révélé par l'analyse factorielle, qui évalue les manifestations liées au sommeil (qualité, régularité, endormissement, etc.).

L'analyse des conditions d'application du test *t* de Student montre une violation significative de la normalité des données, avec un résultat du test de Shapiro-Wilk de $W = 0,966$, $p < .001$. Le test de Levene a révélé une violation de l'hypothèse d'égalité des variances ($F(1, 570) = 6,13, p = 0,014$), indiquant que les conditions classiques d'application du test *t* ne sont pas pleinement respectées.

Compte tenu de ces violations, un test *t* de Student pour échantillons indépendants a été réalisé conjointement à un test non paramétrique de Mann-Whitney, plus robuste face aux écarts de normalité et d'homogénéité des variances. Les deux analyses convergent vers l'absence de différence statistiquement significative entre les groupes. Le test *t* donne $t(570) = -1,13, p = 0,871$ (différence moyenne = $-0,0852$), et le test de Mann-Whitney aboutit à $U = 19\,866, p = 0,841$ (différence moyenne = $-0,0000306$).

Les statistiques descriptives montrent que les enfants des pouponnières ($M = 2,94$, $ET = 0,555$) et ceux des crèches ($M = 2,85$, $ET = 0,665$) présentent des scores moyens très proches, la différence étant faible et non significative. La taille de l'effet, mesurée par le *d* de Cohen ($d = -0,131$), est très faible, ce qui indique que l'écart observé est négligeable sur le plan statistique. De plus, la corrélation bisériale entre le type de groupe et le score de sommeil est de 0,0662, confirmant l'absence d'association notable entre ces deux variables.

En résumé, contrairement à l'hypothèse formulée, les analyses ne mettent en évidence aucune différence significative de qualité ou d'adaptation du sommeil entre les enfants des crèches et ceux des pouponnières, les scores moyens étant très similaires.

VI. Discussion

1. Rappel des objectifs, de la méthodologie et des hypothèses

L'objectif principal de ce mémoire s'inscrit dans la continuité du projet entamé l'année précédente, visant au développement d'un outil de dépistage des difficultés socio-émotionnelles chez les enfants âgés de 0 à 30 mois. Après certaines modifications apportées à la version initiale, il s'agissait d'évaluer cet outil auprès de deux populations distinctes : d'une part, un groupe tout-venant, recruté au sein de structure de type crèches, et d'autre part, un groupe clinique, constitué d'enfants placés en pouponnières. L'enjeu central était de déterminer, à l'aide de l'outil, s'il existait des différences significatives entre ces deux types de population et ensuite de déterminer l'existence d'éventuelles différences entre ces deux échantillons par rapport aux cinq dimensions.

Ce travail repose sur le constat, déjà souligné par plusieurs auteurs (Darling-Churchill & Lippman, 2016), qu'il existe encore un manque d'outils validés et adaptés pour le dépistage précoce des difficultés socio-émotionnelles en raison de la difficulté d'appréhender la dimension socio-émotionnelle chez les tous petits alors que nous savons que cette dimension, qui inclut différents aspects, constitue un déterminant majeur du développement global (Zeanah et al., 2009 ; Sanders, 2012).

Sur le plan méthodologique, la recherche a adopté une approche quantitative. Comme mentionné précédemment, l'outil a été administré dans les deux groupes, permettant ainsi de pouvoir comparer les différences de moyennes entre ces derniers mais aussi sur les cinq dimensions identifiées par l'analyse factorielle. Ce choix s'appuie sur les travaux soulignant que certaines conditions de vie, telle que l'exposition à la maltraitance précoce (Pollak, 2005), la précarité socio-économique (Bradley & Corwyn, 2002) ou les « perturbations émotionnelles » (Bowlby, 1969 ; Ainsworth et al., 1978), sont susceptibles d'impacter négativement le développement socio-émotionnel. Les pouponnières, en tant que milieux d'accueil de jeunes enfants présentant souvent des antécédents de vulnérabilité, constituent un terrain pertinent pour explorer ces effets.

A partir de ce cadre, plusieurs hypothèses exploratoires ont été formulées. La première postulant que les enfants de la population clinique présenteront un développement socio-émotionnel globalement plus faibles que ceux de la population tout venant. Les cinq suivantes supposent que ces différences se manifesteront sur l'ensemble ou sur certaines des cinq

dimensions de l'outil, conformément aux différentes lectures stipulant que les troubles du sommeil, les difficultés alimentaires ou encore la communication sociale peuvent constituer des marqueurs précoces de difficultés relationnelles ou émotionnelles. Pour tester nos hypothèses, des tests statistiques ont été réalisés.

2. Items non repris dans nos facteurs

Comme nous l'avons vu lors de l'analyse factorielle, certains items constituant notre outil de dépistage n'ont pas pu être rattachés à l'un ou l'autre facteur en raison d'une saturation trop faible : ils ne sont donc repris dans aucune dimension. Parmi ceux-ci nous retrouvons les items 17, 21, 32, 33, 34, 36 et 37. Plusieurs raisons hypothétiques peuvent fournir des pistes d'explication à ce constat.

Il est possible que la formulation de ces items ait été perçue comme ambiguë par les évaluateurs, entraînant ainsi une variabilité insuffisante dans les réponses. De même, ces derniers pourraient en réalité mesurer des aspects plus transversaux ou périphériques du développement socio-émotionnel et par conséquent ne pas correspondre à un seul et même facteur. On peut également envisager que la faible discrimination des ces items soit liée à l'effet de plafond ou plancher, réduisant ainsi leur capacité à se regrouper statistiquement avec d'autres. Enfin, il n'est pas exclu que ces items reflètent une dimension spécifique du développement qui n'a pas émergé clairement dans notre analyse, soit faute d'un nombre suffisant d'items similaires, soit en raison de la composition de l'échantillon.

Dans cette perspective, des ajustements futurs semblent nécessaires, qu'il s'agisse de reformuler certains énoncés, de les repositionner dans la structure factorielle, de les redéfinir comme des items « stops » ou, le cas échéant, de les supprimer.

3. Retour sur les hypothèses

Dans cette partie, nous allons revenir sur les résultats obtenus, en les replaçant dans le cadre théorique fourni par notre revue de la littérature ainsi qu'au regard de travaux récent. Il convient de rappeler qu'il s'agit d'une recherche exploratoire ; par conséquent, nos résultats doivent être interprétés avec prudence, sans tirer de conclusions causales.

3.1. La dimension socio-émotionnelle

Conformément à notre première hypothèse, il existe bien une différence entre nos deux populations au niveau du développement socio-émotionnel : les enfants issus de la population

clinique présentent un développement plus faible que les enfants de la population tout-venant. Ce résultat s'inscrit pleinement dans la continuité de notre revue de la littérature, soulignant l'importance cruciale des premières années de vie.

De nombreuses recherches confirment que les enfants privés de relations stables et cohérentes présentent un risque accru de difficultés socio-émotionnelles, se traduisant par un retrait relationnel, une hypervigilance ou encore des difficultés de régulation émotionnelle (Nelson, Fox & Zeanah, 2014 ; Guedeney & Fermanian, 2001). Ces résultats convergent avec les observations, issues de la théorie de l'attachement (Bowlby, 1969 ; Ainsworth et al., 1978), selon laquelle la qualité du lien établi avec les figures de soins précoces influence durablement la sécurité affective et les capacités de régulation de l'enfant. Dans un contexte de pouponnières, où les jeunes enfants y sont placés pour de nombreuses raisons (négligence, maltraitance, abandon, ...), cette stabilité peut dès lors être considérée comme compromise, augmentant la probabilité du développement d'un attachement insécurisé, voire désorganisé, avec des répercussions négatives sur la socialisation et la gestion des émotions. Ces constats mettent également en lumière le rôle central des facteurs environnementaux dans la trajectoire développementale : la pauvreté, la négligence, les expériences de stress précoces ou de maltraitance sont autant d'éléments qui peuvent entraver le développement socio-émotionnel (Shonkoff, 2012 ; Pollak, 2005).

Un article particulièrement intéressant souligne que le placement en famille d'accueil constitue une alternative plus protectrice que l'institutionnalisation. En effet, Baptista et ses collègues (2025) affirme que contrairement aux pouponnières où les soins tendent à être moins individualisés et davantage marqués par la rotation des figures de soins, la famille d'accueil offre généralement un environnement plus stable et propice à l'établissement de relations affectives de qualité. Lorsque les parents d'accueil se montrent sensibles et réactifs aux besoins de l'enfant, ceux-ci bénéficient d'une base sécurisante qui favorise leur développement socio-émotionnel, en particulier sur le plan de l'attachement, de la régulation émotionnelle et des interactions sociales. Toutefois, le placement en famille d'accueil ne supprime pas totalement les effets négatifs des expériences précoces défavorables : l'entrée dans ce dispositif implique souvent une rupture des liens d'attachement préexistants, ce qui peut accroître le stress, fragiliser les repères affectifs et rendre l'enfant plus vulnérable à des difficultés relationnelles.

Ainsi, les différences observées entre nos deux populations ne relèvent pas uniquement d'une vulnérabilité individuelle, mais également de conditions de vie et de soins qui modulent profondément la construction des compétences socio-émotionnelles. Ces résultats renforcent

l'idée, déjà largement relayée dans la littérature, de l'importance d'un dépistage précoce afin de prévenir l'installation durable de difficultés socio-émotionnelles et ainsi accompagner au mieux leur développement.

3.2. La dimension socio-émotionnelle au travers de la communication sociale

La deuxième hypothèse de ce travail postulait que les enfants issus de la population clinique présenteraient un développement plus faible en communication sociale que ceux de la population non clinique. Cette dimension avait été mise en évidence par les items 1, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12 et 30 de notre grille de dépistage. Pour rappel, les analyses statistiques n'avaient pas pu permettre de mettre en évidence de différence significative entre nos deux groupes indépendants.

Cette hypothèse s'appuyait sur des données de la littérature. Par exemple, une étude portant sur le placement précoce en pouponnière (Mascaro et al., 2012) met en évidence certaines anomalies du regard chez ces enfants : regard agrippé, hypervigilance, expression triste, absence de regard, ou encore évitement visuel. Comme le rappellent Marcelli (1982) et Fraiberg (1992) (cités par Mascaro et al., 2012), la qualité du regard de l'adulte fournit au bébé des informations cruciales sur l'état émotionnel de son interlocuteur, ses intentions, et participe à l'établissement d'échanges intersubjectifs essentiels. Dans les situations de stress, le nourrisson peut développer des « aménagements défensifs de type rupture ou fuite » (Mascaro et al., 2012), tels que l'évitement du regard, afin de se protéger d'un débordement émotionnel. Si ces mécanismes peuvent constituer une stratégie adaptative à court terme, ils peuvent également limiter, à long terme, les opportunités d'engagement social et d'apprentissage relationnel.

Nous allons, à présent, donc mettre en évidence plusieurs facteurs pouvant nuancer les résultats obtenus. D'une part, il est possible que, malgré les vulnérabilités initiales, les enfants en pouponnière bénéficient de conditions de prise en charge favorables à la stimulation sociale, routines interactives, jeux collectifs, présence de professionnels formés, qui compensent, au moins en partie, l'impact des expériences adverses précoces. Une étude récente (Degotardi & Sweller, 2012) montre que des interactions de qualité avec des soignants, même en contexte institutionnel, peuvent soutenir le développement socio-communicatif à des niveaux comparables à ceux observés chez les enfants en accueil collectif classique.

Ainsi, l'absence de différence significative observée dans notre étude invite à envisager que le développement de la communication sociale, bien que sensible aux facteurs de risque, peut être efficacement soutenu par des interventions de qualité. Ce résultat souligne l'importance

des interactions riches, contingentes et chaleureuses, qui semblent capables de moduler l'effet des vulnérabilités précoce.s.

3.3. La dimension socio-émotionnelle au travers des comportement de « défense »

La troisième hypothèse de ce travail postulait que les enfants issus de la population clinique présenteraient davantage de comportements de défense que ceux de la population tout-venant. Les analyses statistiques ont confirmé cette hypothèse, ce qui suggère que le contexte de vie précoce joue un rôle déterminant dans l'émergence et la fréquence de ces comportements. Cette dimension a été mise en évidence par les items 18, 19, 22, 24, 28, 29, 31, 38, 39, 40 et 42 de notre outil.

Comme mis en avant dans la littérature, des situations de négligence ou de maltraitance peuvent entraîner des troubles de l'attachement et des comportements de défense dysfonctionnels. En fait, ces comportements chez l'enfant révèlent son incapacité à gérer ou à résoudre la situation de stress, sa figure de référence constituant à la fois une source de sécurité et d'anxiété. Cette ambivalence va alors le conduire à un effondrement des stratégies d'attachement organisées : il ne peut ni chercher le contact et la proximité, ni se protéger en détournant son attention ou en évitant l'interaction (Bonneville-Baruchel, 2018). Selon Picco (2002), certains nourrissons développent des comportements de défense sous la forme d'un évitement relationnel lorsqu'ils évoluent dans un environnement perçu comme insécurisant ou trop intrusif. Ces attitudes peuvent se traduire par un détournement du regard, une réduction du contact physique ou une limitation de l'expression émotionnelle. Elles constituent alors des stratégies adaptatives permettant à l'enfant de se protéger face à un excès de stimulation ou à des interactions ressenties comme envahissantes. Si ces mécanismes peuvent aider à réguler la charge émotionnelle à court terme, leur maintien dans le temps risque de freiner la construction de l'attachement, de limiter les échanges intersubjectifs. L'auteur souligne l'importance de repérer précocement ces signes afin de permettre la mise en place des actions visant à rétablir un cadre relationnel sécurisant et à soutenir la régulation émotionnelle du nourrisson. Les résultats soulignent donc la nécessité de prendre en considération cette dimension lors de l'observation et du dépistage chez les enfants de 0 à 30 mois sur cette dimension cruciale.

3.4. La dimension socio-émotionnelle au travers des manifestations corporelles

La quatrième hypothèse posait que les enfants issus de la population clinique présenteraient des manifestations corporelles moins adaptées, telles qu'une hypertonie, une hypotonie ou une passivité corporelle plus marquée que les enfants vivant en crèches. Ceci avait été mis en

évidence dans notre grille au travers des items 20, 41, 35 et 5. Les analyses statistiques menées ont confirmé cette hypothèse, révélant des différences significatives entre les deux groupes sur cette dimension. Ces items reflètent donc bien la façon dont les manifestations corporelles traduisent la nature du développement socio-émotionnel.

Ces résultats s'inscrivent pleinement dans ce que met en avant la revue de la littérature sur le développement psychomoteur et la régulation tonique dans la petite enfance. Comme le rappelle Budowski (2016), les troubles du tonus, qu'il s'agisse d'une hypertonie persistante ou d'une hypotonie axiale, sont souvent le signe d'un environnement relationnel peu contenant ou d'expériences précoces marquées par l'insécurité. La passivité corporelle plus marquée dans le groupe clinique pourrait également être interprétée à la lumière des travaux de Bowlby (1973) sur les réponses comportementales à la séparation prolongée entre le bébé et sa mère : après une phase initiale d'agitation, certains enfants adoptent une attitude de retrait et de moindre engagement moteur, ce qui se traduit dans nos observations par un corps moins tonique et moins mobilisé. Nos résultats rejoignent également les observations de Nelson, Fox et Zeanah (2014) qui affirment que l'absence de relations stables chez les jeunes enfants se traduit fréquemment par un développement marqué de ruptures et de régressions. Par ailleurs, l'approche proposée par Dolto (1984) (citée par Schauder, 2002) sur l'image inconscient du corps suggère que ces manifestations corporelles ne sont pas seulement d'ordre physiologique, mais reflètent aussi l'histoire relationnelle et affective de l'enfant. Une hypotonie ou une passivité peuvent ainsi traduire un déficit de stimulation affective et verbale, limitant l'appropriation subjective du corps.

D'autres études viennent également appuyer les résultats obtenus. Premièrement, les différences observées entre les deux groupes au niveau des manifestations corporelles peuvent être éclairées par les travaux de Dailly et Koupernik (1990). Selon ces auteurs, une hypertonie (raideur excessive), une hypotonie (faible tonicité) ou une passivité corporelle constituent souvent l'expression d'un retrait relationnel, d'une inhibition ou d'un malaise émotionnel. D'après eux, ces manifestations traduisent fréquemment une difficulté d'adaptation à l'environnement, pouvant être la conséquence d'expériences relationnelles précoces insécurisantes, de carences affectives, de situations de stress chronique ou encore de perturbations dans le développement psychomoteur. Dans ce sens, le tonus et la posture de l'enfant deviennent des indicateurs précieux de l'impact que peut avoir l'environnement proche du jeune enfant sur son développement socio-émotionnel. Un parallèle peut également être fait avec les travaux de Spitz sur l'hospitalisme (Spitz, 1968). En effet, dans la perspective spitzienne, cette notion

désigne les effets délétères d'une carence relationnelle précoce et prolongée sur le développement du jeune enfant vivant en milieu collectif (pouponnières). Au-delà des altérations affectives (tristesse, retrait, moindre engagement social), Spitz décrit des atteintes psychomotrices : ralentissement des acquisitions, appauvrissement de l'initiative motrice, stéréotypies et désorganisation du tonus. Des travaux plus récents en contexte de pouponnière rappellent que ces risques concernent tous les milieux d'accueil collectif si les soins ne sont pas organisés pour compenser la séparation et assurer une continuité relationnelle ; les signes d'hospitalisme y sont explicitement mentionnés comme un enjeu clinique à prévenir (Mugnier, 2018, p. 70–71). Cela vient ainsi étayer nos résultats relatifs à cette dimension.

3.5. La dimension socio-émotionnelle au travers de l'alimentation

La cinquième hypothèse postulait que les enfants placés en pouponnières présenteraient des comportements alimentaires plus inadéquats que ceux venant des crèches. Contrairement à nos attentes, les analyses statistiques n'ont pas permis de confirmer cette hypothèse : aucune différence significative n'a été mise en évidence entre les deux groupes sur cette dimension. Pour rappel, les items 13, 14, 15 et 16 comptaient ce facteur, regroupant des comportements tels que l'expression de l'envie de manger, le refus de s'alimenter, la manifestation de plaisir lors de cette activité ou encore le fait de consommer une quantité excessive de nourriture nécessitant une intervention d'un tiers pour interrompre la prise alimentaire.

Nos résultats invitent donc à nuancer l'impact des expériences précoces ayant mené aux contextes institutionnels dans lequel se trouvent nos jeunes enfants, sur les comportements alimentaires précoces. Comme nous l'avons vu précédemment, la littérature rapporte pourtant l'inverse. Par exemple, selon Polan et al. (1991), Satter (1986), et Ward et al. (1993) (cités par Ramsay, 2001), les troubles alimentaires précoces trouvent parfois leur origine dans un contexte relationnel marqué par un manque de sensibilité parentale et par des échanges pendant le repas insuffisants ou inadéquats. De nombreux travaux antérieurs, notamment ceux de Chatoor et Ganiban (2003), ont également montré que des environnements marqués par une instabilité relationnelle ou par un manque de disponibilité émotionnelle de l'adulte pouvaient favoriser l'émergence de troubles alimentaires précoces.

L'absence de différence significative entre les enfants vivant en pouponnière et ceux vivant en crèche quant aux comportements alimentaires invite à envisager l'hypothèse que ces comportements sont modulables, même dans un environnement institutionnel, lorsque celui-ci propose des expériences positives répétées autour des repas. Des travaux montrent que des

interactions bienveillantes, associées à des émotions positives lors de l'alimentation, favorisent une diversification alimentaire et une meilleure régulation des prises alimentaires (Anzman-Frasca, Savage, Marini, Fisher, & Birch, 2012 ; Caton et al., 2013 ; Holley, Farrow, & Haycraft, 2017). Ces effets ont été observés même dans des contextes contraints, à condition que la routine alimentaire soit sécurisante et cohérente (O'Connell, Henderson, Luedicke, & Schwartz, 2012). Le concept de *positive deviance* illustre également cette capacité d'adaptation : des pratiques simples mais régulières, comme des repas plus fréquents ou l'utilisation créative d'aliments disponibles localement, peuvent produire des améliorations durables des comportements alimentaires, y compris dans des contextes institutionnels (Zeitlin, Ghassemi, & Mansour, 1990).

Nos résultats, bien que non significatifs, ne remettent pas pour autant en cause l'importance de l'attention accordée à l'alimentation chez nos tous petits en suggérant que dans certaines institutions, des stratégies compensatoires efficaces auraient pu limiter les effets négatifs attendus auprès de notre population clinique.

3.6. La dimension socio-émotionnelle au travers du sommeil

La sixième et dernière hypothèse de ce travail postulait que les enfants issus de la population clinique présenteraient des difficultés ou des dysrégulations plus fréquentes dans leur sommeil que ceux issus de la population non clinique. Cette dimension avait été mise en évidence par les items 23, 25, 26, 27 se rapportant aux états de sommeil du bébé (profond, superficiel, léger) ainsi qu'à la nature du réveil et de l'endormissement.

Cette attente s'est fondée au regard de la littérature scientifique mettant en évidence l'importance de l'environnement précoce dans la régulation du sommeil infantile (Abramson, 2016 ; France & Blampied, 1999) ainsi que sur les travaux montrant que les contextes de vulnérabilité, comme l'histoire de négligence, l'instabilité relationnelle ou le stress chronique, peuvent perturber les rythmes veille-sommeil et favoriser l'émergence de troubles tels que l'insomnie précoce ou les réveils nocturnes fréquents (Guedeney & Fermanian, 2001). Dans cette perspective, la population clinique, plus exposée à des expériences précoces adverses, pouvait raisonnablement être considérée comme risque accru de perturbations du sommeil.

Toutefois, les analyses statistiques menées n'ont pas permis de confirmer cette hypothèse : aucune différence significative n'a été observée entre les deux groupes. Une nuance intéressante peut être apportée par la littérature récente : la qualité du sommeil infantile dépend d'une multiplicité de facteurs, biologiques, environnementaux et interactionnels, et certaines

variables protectrices, telles que la sensibilité des intervenants ou la cohérence des routines, jouent un rôle déterminant, même dans des contextes de risque (Gentle, Linney, & Rose, 2024 ; Mindell & Williamson, 2018).

Ainsi l'absence de différence significative dans notre étude invite à envisager le sommeil comme un indicateur potentiellement moins discriminant entre populations cliniques et tout-venant dans cette tranche d'âge, ou du moins comme un domaine où les facteurs de risque peuvent être modulés par des variables contextuelles positives.

4. Limites et perspectives de l'étude

Comme toutes études scientifiques, ce travail comporte certaines limites qu'il convient de préciser, afin de mieux circonscrire la portée des résultats obtenus et d'orienter les perspectives d'amélioration pour de futures recherches.

Une première limite relative à cette recherche tient à la part de subjectivité inhérente aux observations et à la cotation des items. En effet, l'interprétation et la compréhension des items peuvent varier d'un évaluateur à l'autre. Ces différences individuelles, influencées par l'expérience professionnelle, la sensibilité personnelle, la formation de base de l'évaluateur ou encore le contexte d'observation, sont susceptibles d'introduire une variabilité non contrôlée dans les scores attribués. Ce biais potentiel doit être pris en compte, car il peut affecter la comptabilité des données et par conséquent, l'interprétation des résultats.

Une autre limite réside dans le fait que, bien qu'il ait été demandé qu'un même évaluateur réalise les observations d'un enfant aux trois temps de passation, cette consigne n'a pas toujours pu être respectée. En effet, certaines absences liées à des congés ou à des arrêts maladie ont conduit à ce que l'évaluation soit effectuée par un autre professionnel. Cette variabilité potentielle entre évaluateurs pourrait avoir influencé, même de manière marginale, le codage de certaines observations et constitue, à ce titre, un élément à prendre en considération dans l'interprétation des résultats.

Un autre point méthodologique réside dans la difficulté du respect de l'intervalle d'un mois entre chaque passation. Bien que cette consigne ait été communiquée aux professionnels évaluant les jeunes enfants, elle n'a pas toujours pu être appliquée strictement. Dans certains cas, le délai entre deux passations a été prolongé en raison du manque de disponibilité des professionnels pour compléter les questionnaires dans les temps impartis. Cette variable n'a pas

pu être maîtrisée dans le cadre de notre recherche par manque de contrôle et de pouvoir sur cette dernière. Il conviendrait d'envisager des solutions appropriées pour les recherches futures.

L'étude présente également un déséquilibre important dans la composition de l'échantillon, avec une majorité de bébés provenant de la population tout-venant par rapport à ceux provenant de la population clinique. Cela constitue un biais potentiel car il peut réduire la comparabilité entre les groupes, accroître la sensibilité des analyses aux variations du groupe le moins représenté et limiter la portée des conclusions pouvant être généralisées à l'ensemble de la population clinique.

L'absence d'analyse longitudinale empêche en effet de vérifier la reproductibilité des mesures et la cohérence des scores d'un même enfant à différentes étapes, ainsi que d'examiner l'impact de l'outil dans le temps. Une telle approche aurait permis d'apporter des éléments supplémentaires sur sa fiabilité temporelle et sur la manière dont il reflète l'évolution du développement socio-émotionnel. Néanmoins, cet aspect fait l'objet d'un mémoire distinct mené en parallèle par une autre étudiante.

Une dernière limite concerne l'absence, dans ce travail, de contrôle de certaines variables susceptibles d'influencer les résultats. En effet, des facteurs tels que l'âge précis en mois, le genre de l'enfant, la durée de placement en pouponnière ou en crèche, ou encore le niveau socio-économique et culturel de la famille d'origine peuvent affecter les scores observés. Leur prise en compte dans de futures recherches permettrait d'affiner l'interprétation de résultats.

Enfin, il convient de rappeler le caractère exploratoire de ce travail. Les résultats obtenus ne permettent pas d'être généralisés à l'ensemble de la population d'enfants, qu'ils soient issus de milieux cliniques ou tout-venant. Ils offrent néanmoins des pistes de réflexion intéressantes quant au dépistage des difficultés socio-émotionnelles chez les enfants de 0 à 30 mois et à la pertinence de l'outil utilisé pour différencier ces deux groupes. Des recherches complémentaires, menées sur des échantillons plus équitables et avec une méthodologie renforcée, seront nécessaires pour approfondir ces observations et en confirmer la portée.

5. Implications cliniques

Les résultats de cette recherche ouvrent plusieurs perspectives concrètes pour la pratique clinique, tant en matière de dépistage des difficultés socio-émotionnelles chez les enfants âgés de 0 à 30 mois que concernant la pertinence de l'outil utilisé pour mettre en évidence l'existence

de différences significatives entre une population clinique et une population non clinique sur ce sujet.

Tout d'abord, cette étude met en évidence une différence significative au niveau des difficultés socio-émotionnelles entre les enfants issus de pouponnières et ceux accueillis en crèches, ce qui constitue un apport majeur de ce mémoire. Sur le plan pratique, ce résultat souligne l'importance de porter une attention particulière aux trajectoires développementales des jeunes enfants de manière générale mais peut-être plus particulièrement chez les enfants placés en institution. En effet, ce constat de vulnérabilité socio-émotionnelles plus marquées chez ces enfants invite à renforcer les dispositifs de prévention, de dépistage et de soutien dès les premières années de vie.

Ensuite, comme nous l'avons vu, les analyses statistiques ont révélé des résultats significatifs concernant les dimensions des manifestations corporelles et des comportements de défense, mettant en évidence leur rôle central dans les différences observées entre les deux groupes. En revanche, aucune différence significative sur les trois autres dimensions. Ce constat ne signifie pas pour autant que ces dimensions doivent être négligées dans la pratique : la littérature scientifique souligne au contraire leur importance dans le développement socio-émotionnel global. Ainsi, même si nos résultats n'ont pas mis en évidence d'effet statistiquement significatif sur ces dimensions, elles demeurent essentielles à considérer car elles participent pleinement à la structuration du développement socio-émotionnel et contribuent, avec les autres facteurs, à façonner la trajectoire développementale du tout petit.

Il convient tout de même de faire un petit point sur notre outil. En effet, comme nous avons pu le voir certains items le constituant n'ont pas été repris dans l'un ou l'autre facteurs identifiés lors de l'analyse factorielle. Cette observation invite à envisager, dans le cadre de recherches futures, une réorganisation méthodique de ces items. Concrètement plusieurs pistes sont envisageables : une reformulation plus précise afin de mieux cibler la dimension évaluer, une réécriture de ces derniers afin qu'ils soient mieux appréhendés par les évaluateurs, les intégrer sous forme d'items « stop », voire leur suppression si leur pertinence conceptuelle s'avère limitée ?

VII. Conclusion

Ce travail de fin d'étude avait pour but d'évaluer la capacité de l'outil de dépistage des difficultés socio-émotionnelles à identifier d'éventuelles difficultés socio-émotionnelles au sein d'une population clinique comparée à une population tout-venant, et, in fine, de déterminer l'existence effective de différences entre ces deux groupes sur la dimension socio-émotionnelle ainsi que sur les facteurs la constituant. Ce mémoire s'est inscrit dans la continuité du projet amorcé l'année précédente, consacré à la conception initiale de l'outil. Ce travail prend appui sur plusieurs constats issus de la littérature et de la pratique.

Tout d'abord, le mémoire de Bomboir (2024) sur lequel s'appuie le présent travail, avait souligné l'importance de tester l'outil auprès d'une population clinique. Une telle démarche permet en effet de vérifier sa capacité à mettre en évidence des difficultés socio-émotionnelles dans des contextes différents, et ainsi enrichir l'évaluation de sa validité et de son utilité clinique.

Ensuite, nous avons vu que la littérature scientifique mettait en évidence l'importance du développement socio-émotionnel dès les premières années de vie : celui-ci modulant l'existence de tout être pendant l'enfance, l'adolescence mais aussi à l'âge adulte. Plusieurs recherches mettaient d'ailleurs en évidence la nécessité d'accorder une attention particulière à cette tranche d'âge, celle-ci correspondant à une période particulièrement déterminante pour le développement de l'enfant. De même, nous avons pu constater le manque d'outil validé scientifiquement permettant de dépister et d'évaluer cette dimension socio-émotionnelle dès la naissance jusqu'à 30 mois : cette recherche tente donc de répondre à cette demande.

Dans le cadre de la validation de l'outil dans différents contextes, nous avons conduit une étude rigoureuse ayant permis de mettre en évidence cinq facteurs. Celle-ci a été réalisée en partenariat avec 22 crèches et 7 pouponnières, auprès d'un échantillon total de 571 enfants âgés de 1 à 30 mois (484 en crèches et 87 en pouponnières). Néanmoins, ce travail présente certaines limites, parmi lesquelles la disparité de la taille des échantillons, la subjectivité inhérente aux évaluations, l'hétérogénéité des formations initiales des évaluateurs ainsi que les difficultés rencontrées dans l'application rigoureuse de la méthodologie. Dans la perspective de recherches ultérieures, il serait pertinent de réviser, voire d'éliminer, certains items qui n'ont pas été retenus lors de l'analyse factorielle, afin d'accroître la cohérence interne et la robustesse psychométrique de l'outil.

En conclusion, ce mémoire souligne l'importance cruciale des premières années de vie dans la construction du développement socio-émotionnel de l'enfant et met en évidence la nécessité d'un dépistage précoce des signes de vulnérabilité dans les différents contextes afin de permettre des interventions rapides et adaptées. Bien que les trois premières années constituent une période sensible où se posent les bases essentielles du développement, elles demeurent suffisamment flexibles pour offrir des opportunités d'action. Dans ce contexte, la formation des professionnels de la petite enfance apparaît essentielle car ils constituent les acteurs de première ligne. Leur capacité à identifier et interpréter, les signaux de détresse, souvent subtils, exprimés par les nourrissons représente un levier déterminant pour promouvoir leur bien-être et soutenir leur trajectoire développementale.

VIII. Bibliographie

Abramson, I. (2016). Les troubles du sommeil chez le nourrisson. *Psychologie Clinique*, 42(2), 62-75. <https://doi.org/10.1051/psyc/20164206>

Absil, G., Vandoorne, C., & Demarteau, M. (2012). *Bronfenbrenner, l'écologie du développement humain. Réflexion et action pour la promotion de la santé* (pp. 1–19). Université de Liège, École de Santé Publique.

Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. N. (1978). Patterns of Attachment : A Psychological Study of the Strange Situation. Psychology Press.

American Academy of Pediatrics. (2019). *Developmental screening*. *Pediatrics*, 145(1), e20193449. <https://doi.org/10.1542/peds.2019-3449>

Ammitzbøll, J., Skovgaard, A. M., Holstein, B. E., Andersen, A., Kreiner, S., & Nielsen, T. (2019). Construct validity of a service-setting based measure to identify mental health problems in infancy. *PLOS ONE*, 14(3), e0214112. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0214112>

Anzman-Frasca, S., Savage, J. S., Marini, M. E., Fisher, J. O., & Birch, L. L. (2011). Repeated exposure and associative conditioning promote preschool children's liking of vegetables. *Appetite*, 58(2), 543-553. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2011.11.012>

Ariès, P. (1960). *L'enfant et la vie familiale sous l'Ancien Régime*. Paris, France : Plon.

Aristote. (1990). *La politique* (J. Tricot, Trad.). Paris : Vrin. (Ouvrage original publié ca. 350 av. J.-C.)

Bakermans-Kranenburg, M. J., & van IJzendoorn, M. H. (2015). *The importance of early child development*. Annual Review of Psychology, 66, 17–41. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-010814-015123>

Baptista, J., Camilo, C., Magalhães, E., Feher, A., Ramos, C., & Alves, S. (2025). Socioemotional development of infants and toddlers in the first months of foster care : A brief synthesis of 25 years of research. *Infant Behavior And Development*, 80, 102079. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2025.102079>

Bègue, A., & Jousselme, C. (2020). Troubles de l'attachement chez le nourrisson : Quand agir ? *Réalités Pédiatriques*, 237, 21–26. https://www.realites-cardiologiques.com/wp-content/uploads/sites/3/2020/02/06_BEGUE_RG.pdf

Bell, M. A., & Wolfe, C. D. (2004). Emotion and Cognition : An Intricately Bound Developmental Process. *Child Development*, 75(2), 366-370. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2004.00679.x>

Benoit, D. (2004). Infant-parent attachment : Definition, types, antecedents, measurement and outcome. *Paediatrics & Child Health*, 9(8), 541-545. <https://doi.org/10.1093/pch/9.8.541>

Berger, J. (1972). *Ways of seeing*. London, England: British Broadcasting Corporation and Penguin Books.

Binet, É. (2014). Les pleurs de la petite enfance : une question d'attachement ? Éclairages théoriques (1/2). *Métiers de la Petite Enfance*, 20(212-213), 31-35. <https://doi.org/10.1016/j.melaen.2014.07.012>

Bomboir, M. (2024). *Développement d'un outil de dépistage des difficultés socio-émotionnelles de développement pour les enfants de 0 à 30 mois* [Mémoire de master, Université de Liège]. MatheO. <https://matheo.uliege.be>

Bonneville-Baruchel, E. (2018). Troubles de l'attachement et de la relation intersubjective chez l'enfant maltraité. *Carnet de Notes Sur les Maltraitances Infantiles*, N° 7(1), 6-28. <https://doi.org/10.3917/cnmi.181.0006>

Boszormenyi-Nagy, I., & Krasner, B. R. (1986). *Between Give and Take : A Clinical Guide to Contextual Therapy*. Psychology Press.

Bowlby, J. (1969). *Attachment and Loss : Vol. 1. Attachment*. Basic Books.

Bowlby, J. (1973). *Attachment and Loss : Separation : anxiety and anger*.

Bowlby, J. (1982). Attachment and loss : Retrospect and prospect. *American Journal Of Orthopsychiatry*, 52(4), 664-678. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1982.tb01456.x>

Brazelton, T. B., & Cramer, B. G. (1990). *Le développement du nouveau-né*. Paris : Masson.

Briggs-Gowan, M. J., Carter, A. S., Irwin, J. R., Wachtel, K., & Cichetti, D. V. (2004). The Brief Infant-Toddler Social and Emotional Assessment : Screening for Social-Emotional Problems and Delays in Competence. *Journal Of Pediatric Psychology*, 29(2), 143-155. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsh017>

Bronfenbrenner, U. (1979). *The Ecology of Human Development : Experiments by Nature and Design*. Cambridge, Mass. : Harvard University Press.

Budowski, M. (2006). Le développement psychomoteur du nourrisson : Quand penser à une anomalie ? *La Revue du Praticien Médecine Générale*, 20(744/745), 1023-1024. https://www.academia.edu/76385916/Le_d%C3%A9veloppement_psychomoteur_du_nourrisson_quand_penser_%C3%A0_une_anomalie

Carlson, V., Cicchetti, D., Barnett, D., & Braunwald, K. (1989). Disorganized/disoriented attachment relationships in maltreated infants. *Developmental Psychology*, 25(4), 525-531. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.25.4.525>

Carter, L. (2008). The Neurobehavioral and Social-Emotional Development of Infants and Children by Tronick. *Journal Of Analytical Psychology*, 53(1), 136-138. https://doi.org/10.1111/j.1468-5922.2007.00705_2.x

Carr, A., Duff, H., & Craddock, F. (2018). A Systematic Review of Reviews of the Outcome of Noninstitutional Child Maltreatment. *Trauma Violence & Abuse*, 21(4), 828-843. <https://doi.org/10.1177/1524838018801334>

Cascales, T. (2015). Les troubles du comportement alimentaire du nourrisson : perspective psychanalytique et développementale. *Spirale*, N° 72(4), 92-103. <https://doi.org/10.3917/spi.072.0092>

Cassidy, J., & Shaver, P. R. (Eds.). (2016). *Handbook of attachment : Theory, research, and clinical applications* (3rd ed.). New York : Guilford Press.

Caton, S. J., Ahern, S. M., Remy, E., Nicklaus, S., Blundell, P., & Hetherington, M. M. (2012). Repetition counts : repeated exposure increases intake of a novel vegetable in UK pre-school children compared to flavour–flavour and flavour–nutrient learning. *British Journal Of Nutrition*, 109(11), 2089-2097. <https://doi.org/10.1017/s0007114512004126>

Chatoor, I., & Ganiban, J. (2003). Food refusal by infants and young children : Diagnosis and treatment. *Cognitive And Behavioral Practice*, 10(2), 138-146. [https://doi.org/10.1016/s1077-7229\(03\)80022-6](https://doi.org/10.1016/s1077-7229(03)80022-6)

Cloutier, R. (2005). Théories du développement de l'enfant. In R. Cloutier, P. Gosselin, & P. Tap (Eds.), *Psychologie de l'enfant* (2^e éd., pp. 1–34). Montréal, QC : Gaëtan Morin.

Cook, A., Spinazzola, J., Ford, J., Lanktree, C., Blaustein, M., Cloitre, M., DeRosa, R., Hubbard, R., Kagan, R., Liautaud, J., Mallah, K., Olafson, E., & Van Der Kolk, B. (2005). Complex Trauma in Children and Adolescents. *Psychiatric Annals*, 35(5), 390-398. <https://doi.org/10.3928/00485713-20050501-05>

Coq, J., & Gerardin, P. (2021). Développement psychologique de l'enfant. *Journal de Pédiatrie et de Puériculture*, 34(5), 251-261. <https://doi.org/10.1016/j.jpp.2021.07.005>

Damour, C. (2006). Précarité économique et « mauvais parents » : réappropriations d'un étiquetage. *Empan*, n° 61(1), 131-135. <https://doi.org/10.3917/empa.061.0131>

Darling-Churchill, K. E., & Lippman, L. (2016). Early childhood social and emotional development : Advancing the field of measurement. *Journal Of Applied Developmental Psychology*, 45, 1-7. <https://doi.org/10.1016/j.appdev.2016.02.002>

Dailly, R., & Koupernik, C. (1968). *Développement neuro-psychique du nourrisson : Sémiologie normale et pathologique*. Paris, France : Presses Universitaires de France

De Rosa, E., Curró, V., Wendland, J., Maulucci, S., Maulucci, M. L., & De Giovanni, L. (2010). Propriétés psychométriques de l'échelle Alarme Détresse Bébé (ADBB) appliquée à 81 enfants italiens. *Devenir*, Vol. 22(3), 209-223. <https://doi.org/10.3917/dev.103.0209>

De Wolff, M. S., & Van IJzendoorn, M. H. (1997). Sensitivity and Attachment : A Meta-Analysis on Parental Antecedents of Infant Attachment. *Child Development*, 68(4), 571-591. <https://doi.org/10.2307/1132107>

Degotardi, S., & Sweller, N. (2011). Mind-mindedness in infant child-care : Associations with early childhood practitioner sensitivity and stimulation. *Early Childhood Research Quarterly*, 27(2), 253-265. <https://doi.org/10.1016/j.ecresq.2011.09.002>

Denham, S. A., & Burton, R. (2003). Social and Emotional Prevention and Intervention Programming for Preschoolers. Dans *Springer eBooks*. <https://doi.org/10.1007/978-1-4615-0055-1>

Diamond, A. (2012). Executive functions. *Annual Review Of Psychology*, 64(1), 135-168. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-113011-143750>

Dolto, F. (1984). *L'image inconsciente du corps*. Paris : Éditions du Seuil.

Dolto, F. (1985b). *Séminaire de psychanalyse d'enfant* 2. Paris : Éditions du Seuil.

Durand, K. (2022). *Le développement psychologique du bébé (0-2 ans)* (2e éd.). Dunod.

Egeland, B., & Farber, E. A. (1984). Infant-Mother Attachment : Factors Related to Its Development and Changes over Time. *Child Development*, 55(3), 753. <https://doi.org/10.2307/1130127>

Feldman, R. (2015). Sensitive periods in human social development : New insights from research on oxytocin, synchrony, and high-risk parenting. *Development And Psychopathology*, 27(2), 369-395. <https://doi.org/10.1017/s0954579415000048>

France, K. G., & Blampied, N. M. (1999). Infant sleep disturbance : Description of a problem behaviour process. *Sleep Medicine Reviews*, 3(4), 265-280. <https://doi.org/10.1053/smrv.1999.0071>

Garret-Gloane, N., & Pernel, A. (2024). Repérage de la maltraitance sur l'enfant de moins de trois ans. *Enfance*, n° 3(3), 219-239. <https://doi.org/10.3917/enf2.243.0219>

Gentle, L., Linney, C., & Rose, J. (2024). Sleep interventions for infants under 2 years old : A PRISMA-informed scoping review. *Norland Educare Research Journal*, 2(1), 1-32. ISSN 2976-7199

Giampino, S. (2016). *Développement du jeune enfant, modes d'accueil, formation des professionnels* [Rapport remis au ministre]. Ministère des Familles, de l'Enfance et des Droits des Femmes. https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport-giampino-vf_modif-17_08_16.pdf

Gorza, M., & Cardoso, T. (2023). L'impact de la pauvreté sur le développement et la santé des jeunes enfants. *Empan*, n° 129(1), 28-34. <https://doi.org/10.3917/empa.129.0028>

Guedeney, A., Dumond, C., Grasso, F., & Starakis, N. (2004). Comportement de retrait relationnel du jeune enfant : Du concept à l'outil diagnostique. *Médecine/Sciences*, 20(11), 1046-1049. <https://doi.org/10.1051/medsci/200420111046>

Guedeney, A., & Fermanian, J. (2001). A validity and reliability study of assessment and screening for sustained withdrawal reaction in infancy : The Alarm Distress Baby scale. *Infant Mental Health Journal*, 22(5), 559-575. <https://doi.org/10.1002/imhj.1018>

Guedeney, A., Matthey, S., & Puura, K. (2013). Social withdrawal behavior in infancy: A history of the concept and a review of published studies using the Alarm Distress Baby Scale. *Infant Mental Health Journal*, 34(6), 516-531. <https://doi.org/10.1002/imhj.21412>

Guedeney, N., Lamas, C., Bekhechi, V., Mintz, A., & Guédeney, A. (2008). Développement du processus d'attachement entre un bébé et sa mère. *Archives de Pédiatrie*, 15, S12-S19. [https://doi.org/10.1016/s0929-693x\(08\)73942-3](https://doi.org/10.1016/s0929-693x(08)73942-3)

Härkönen, U. (2007). The Bronfenbrenner ecological systems theory of human development. In *Scientific articles of the V International Conference PERSON.COLOR.NATURE.MUSIC* (pp. 1-16). Daugavpils University.

Hoerni, B., & Soubeyran, P. (2011). *La cancérologie au quotidien*. <https://doi.org/10.1007/978-2-8178-0225-1>

Holley, C. E., Farrow, C., & Haycraft, E. (2017). A Systematic Review of Methods for Increasing Vegetable Consumption in Early Childhood. *Current Nutrition Reports*, 6(2), 157-170. <https://doi.org/10.1007/s13668-017-0202-1>

Ingram, R. E., & Price, J. M. (2010). *Vulnerability to psychopathology : Risk across the lifespan* (2nd ed.). New York, NY: Guilford Press.

Izard, C. E. (2008). Emotion Theory and Research : Highlights, Unanswered Questions, and Emerging Issues. *Annual Review Of Psychology*, 60(1), 1-25. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.60.110707.163539>

Jones, D. E., Greenberg, M., & Crowley, M. (2015). Early Social-Emotional Functioning and Public Health : The Relationship Between Kindergarten Social Competence and Future Wellness. *American Journal Of Public Health*, 105(11), 2283-2290. <https://doi.org/10.2105/ajph.2015.302630>

Kawakami, K., Takai-Kawakami, K., Tomonaga, M., Suzuki, J., Kusaka, F., & Okai, T. (2006). Spontaneous smile and spontaneous laugh : An intensive longitudinal case study. *Infant Behavior And Development*, 30(1), 146-152. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2006.08.004>

Kazdin, A. E. (2002). Psychotherapy for Children and Adolescents. *Annual Review Of Psychology*, 54(1), 253-276. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.54.101601.145105>

Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York, NY: Springer.

Lyons-Ruth, K. (2005). L'interface entre attachement et intersubjectivité : perspectives issues de l'étude longitudinale de l'attachement désorganisé. *Psychothérapies*, Vol. 25(4), 223-234. <https://doi.org/10.3917/psych.054.0223>

Main, M., & Hesse, E. (1990). *Parents' unresolved traumatic experiences are related to infant disorganized attachment status: Is frightened and/or frightening parental behavior the linking mechanism ?* In M. T. Greenberg, D. Cicchetti, & E. M. Cummings (Eds.), *Attachment in the preschool years: Theory, research, and intervention* (pp. 161–184). University of Chicago Press.

Main, M., & Solomon, J. (1990). *Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation*. In M. T. Greenberg, D. Cicchetti, & E. M. Cummings (Eds.), *Attachment in the preschool years : Theory, research, and intervention* (pp. 121–160). University of Chicago Press.

Mindell, J. A., & Williamson, A. A. (2017). Benefits of a bedtime routine in young children : Sleep, development, and beyond. *Sleep Medicine Reviews*, 40, 93-108. <https://doi.org/10.1016/j.smrv.2017.10.007>

Mugnier, S. (2018). Le bébé en pouponnière : comment accueillir sa vulnérabilité ? *Empan*, n° III(3), 69-75. <https://doi.org/10.3917/empa.111.0069>

Ndiaye, L. D., & St-Onge, M. (2012). L'écosystémique relationnel : un paradigme à reconstruire dans le champ de la santé mentale de l'enfant. Des passeurs de sens et des passeurs de champs. *Nouvelles Perspectives En Sciences Sociales*, 7(2), 207-240. <https://doi.org/10.7202/1013059ar>

Nelson, C. A., Fox, N. A., & Zeanah, C. H. (2014). *Romania's abandoned children : Deprivation, brain development, and the struggle for recovery*. Harvard University Press.

Nelson, C. A., Sullivan, E., & Engelstad, A. (2023). Annual Research Review : Early intervention viewed through the lens of developmental neuroscience. *Journal Of Child Psychology And Psychiatry*, 65(4), 435-455. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13858>

Nelson, C. A., Zeanah, C. H., Fox, N. A., Marshall, P. J., Smyke, A. T., & Guthrie, D. (2007). Cognitive Recovery in Socially Deprived Young Children : The Bucharest Early Intervention Project. *Science*, 318(5858), 1937-1940. <https://doi.org/10.1126/science.1143921>

Nystad, K., Drugli, M. B., Lydersen, S., Lekhal, R., & Buøen, E. S. (2021). Toddlers' stress during transition to childcare. *European Early Childhood Education Research Journal*, 29(2), 157-182. <https://doi.org/10.1080/1350293x.2021.1895269>

O'Connell, M. L., Henderson, K. E., Luedicke, J., & Schwartz, M. B. (2012). Repeated Exposure in a Natural Setting : A Preschool Intervention to Increase Vegetable Consumption. *Journal Of The Academy Of Nutrition And Dietetics*, 112(2), 230-234. <https://doi.org/10.1016/j.jada.2011.10.003>

Palama, A., Theurel, A., & Gentaz, E. (2017). Le développement des émotions primaires durant l'enfance. *Médecine & Enfance*, 40(3), 195–201.

Panksepp, J., & Biven, L. (2012). *The archaeology of mind: Neuroevolutionary origins of human emotion*. W. W. Norton & Company.

Papalia, D. E., Olds, S. W., & Feldman, R. D. (2012). *Human Development* (12th ed.). McGraw-Hill.

Pasteur, R. (2011). Psychosomatique de l'eczéma du nourrisson. *Le Journal des Psychologues*, n° 287(4), 60-64. <https://doi.org/10.3917/jdp.287.0060>

Picco, M., & Carel, A. (2002). Évitement relationnel du nourrisson et dépistage précoce. *La Psychiatrie de l'Enfant*, 45(1), 171. <https://doi.org/10.3917/psy.451.0171>

Pollak, S. D. (2003). Experience-Dependent Affective Learning and Risk for Psychopathology in Children. *Annals Of The New York Academy Of Sciences*, 1008(1), 102-111. <https://doi.org/10.1196/annals.1301.011>

Pollak, S. D. (2005). *L'impact de la maltraitance sur le développement psychosocial des jeunes enfants*. Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants. Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants, 1-7. <https://www.enfant-encycopedie.com/maltraitance-des-enfants/selon-experts/limpact-de-la-maltraitance-sur-le-developpement-psychosocial>

Ramsay, M. (2001). Les problèmes alimentaires chez les bébés et les jeunes enfants. *Devenir*, 13(2), 11. <https://doi.org/10.3917/dev.012.0011>

Sagan, A., McDaid, D., Rajan, S., Farrington, J., & McKee, M. (2020). *Dépistage : quand est-il approprié ? Comment le réaliser correctement ?* (Synthèse No 35). Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de l'Europe & Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/330820/Policy-brief-35-1998-4065-fre.pdf>

Sanders, C. A. (2012). Understanding social-emotional development in early childhood. In B. S. McCoy & M. G. Williams (Eds.), *Handbook of early childhood development* (pp. 121-135). Routledge.

Saias, T., Tereno, S., Pintaux, E., Bouchouchi, A., Hoisnard, G., Simon-Vernier, E., Milliex, M., Legge, A., Désir, S., Glaude, C., Hauchecorne, A., Ménard, C., Thomas, A., Hok, V.,

Tissier, J., & Greacen, T. (2010). Le développement précoce de l'enfant : évolutions et révolutions. *Devenir, Vol. 22*(2), 175-185. <https://doi.org/10.3917/dev.102.0175>

Schauder, C. (2002). Image inconsciente du corps, castrations symboligènes et perversions dans l'œuvre de Françoise Dolto. *Le Coq-héron, 168*(1), 57-68. <https://doi.org/10.3917/cohe.168.0057>

Shonkoff, J. P. (2012). Leveraging the biology of adversity to address the roots of disparities in health and development. *Proceedings of the National Academy of Sciences, 109*(Suppl. 2), 17302–17307. <https://doi.org/10.1073/pnas.1121259109>

Sidebotham, P., & Heron, J. (2006). Child maltreatment in the “children of the nineties” : A cohort study of risk factors. *Child Abuse & Neglect, 30*(5), 497-522. <https://doi.org/10.1016/j.chabu.2005.11.005>

Sow, M., Melançon, A., & Pouliot, L. (2022). *Développement socioaffectif de l'enfant entre 0 et 5 ans et facteurs associés*. Institut national de santé publique du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2865-developpement-sociaffectif-enfant-0-5-ans.pdf>

Spitz, R. A. (1968). *De la naissance à la parole : La première année de la vie*. Paris, France : Presses Universitaires de France.

Stern, D. N. (1985). *The Interpersonal World of the Infant*. Basic Books.

Trevarthen, C. (1998). The concept and foundations of infant intersubjectivity. In S. Bråten (Ed.), *Intersubjective communication and emotion in early ontogeny* (pp. 15–46). Cambridge, England: Cambridge University Press.

Van IJzendoorn, M. H. (2019). Attachement à l'âge précoce (0-5 ans) et impacts sur le développement des jeunes enfants. Dans R. E. Tremblay, M. Boivin & R. DeV. Peters (éds.), *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [En ligne]. Observatoire des tout-petits. <https://www.enfant-encycopedie.com/attachement/selon-experts/attachement-lage-precoce-0-5-ans-et-impacts-sur-le-developpement-des>

Van IJzendoorn, M. H., Schuengel, C., & Bakermans–kranenburg, M. J. (1999). Disorganized attachment in early childhood : Meta-analysis of precursors, concomitants, and sequelae. *Development And Psychopathology, 11*(2), 225-250. <https://doi.org/10.1017/s0954579499002035>

Vila, G. (2006). L'état de stress post-traumatique chez l'enfant. *Journal de Pédiatrie et de Puériculture, 19*(3), 97-100. <https://doi.org/10.1016/j.jpp.2006.02.003>

Zeanah, C. H., Gleason, M. M., & Scheeringa, M. S. (2009). The clinical presentation of disorders of attachment in infancy and early childhood. In C. H. Zeanah (Ed.), *Handbook of infant mental health* (3rd ed., pp. 229–244). Guilford Press.

Zeitlin, M. F., Ghassemi, H., & Mansour, M. (1990). *Positive Deviance in Child Nutrition : With Emphasis on Psychosocial and Behavioural Aspects and Implications for Development*. UN.

IX. Annexes

1. Annexe 1 : Grille de dépistage des difficultés socio-émotionnelles

Grille de dépistage des difficultés socio-émotionnelles des bébés de 0 à 30 mois

Cette grille d'observation a été développée afin d'identifier des signes subtils et objectivables de mal-être et de souffrance psychique chez le bébé. Elle s'appuie sur les connaissances en développement précoce, la théorie de l'attachement et l'apport des neurosciences dans le développement émotionnel des bébés. Cet outil n'a pas vocation à établir un diagnostic de psychopathologie précoce, mais vise à identifier les signes de détresse psychique afin d'évaluer la nécessité d'investigations complémentaires. Il s'agit donc d'un instrument de dépistage et de suivi destiné aux enfants présentant un risque de difficultés socio-émotionnelles et d'attachement, entre 0 et 30 mois. Par ailleurs, cette grille a été élaborée pour être utilisable sans formation spécifique, permettant aux intervenants de s'en servir dès qu'ils ont des interrogations concernant un bébé (test-retest).

Consignes :

L'idéal pour pouvoir bien compléter cette grille est d'avoir pu observer le bébé pendant 5 jours. Elle peut cependant d'être utilisée plus rapidement par les intervenants. Cette grille peut être également remplie de manière collégiale en réunion d'équipe.

Complétez les champs suivants :

PARTIE 1 DU QUESTIONNAIRE :

Date de passation :	
Code d'anonymisation (institution, date de naissance, première lettre nom de famille bébé, première lettre prénom bébé, n° de passation) <i>Exemple pour un bébé qui s'appelle Clémentine Claes qui est à la pouponnière St-Adeline = St-Adeline, 02/10/2022, CC, 1</i>	
Genre (M/F)	
Formation de base de l'évaluateur	
Fonction de l'évaluateur	
Âge du bébé (mois)	
Âge à l'entrée en crèche ou à la pouponnière	
Depuis combien de temps l'enfant est-il à la crèche ou est-il placé ?	
Condition médicale de l'enfant (handicap, prématureté, diagnostic médical/maladie)	

Voici une liste de descriptions concernant les bébés de 0 à 30 mois. Beaucoup de ces descriptions concernent des comportements courants chez les tout-petits, mais l'accumulation et la fréquence de certains d'entre eux peuvent être une indication d'un mal-être ou d'une souffrance psychique.

Essayez de répondre au mieux à chaque item en cochant la case qui correspond à vos observations sur le bébé. Veillez à ne cocher qu'une seule case par item :

PARTIE 2 DU QUESTIONNAIRE :

	Jamais ou presque jamais	Parfois	Souvent	Toujours ou presque toujours
1. Lors de ses phases d'éveil, le bébé est disponible pour l'interaction (regard, sourire, babillement ...)				
2. Le bébé se désengage de la relation (détourne la tête, le regard, s'agit ...) lorsqu'il veut signaler que quelque chose ne lui convient pas (signale qu'il a besoin d'une pause ou un changement) et au besoin se met à protester				
3. Le bébé montre clairement qu'il a mal dans des situations où il est logique d'avoir mal.				
4. Le bébé manifeste son plaisir face à une situation/personne/activité.				
5. Le bébé est passif et très peu en mouvement même lorsqu'il est stimulé				
6. Le bébé initie la communication (appel, pleurs, regard...)				
7. Le bébé réagit à la voix humaine et aux chansons				
8. Le bébé réagit quand on l'appelle par son prénom				
9. Le bébé utilise son regard pour communiquer son plaisir ou son déplaisir (engagement visuel ou désengagement visuel)				
10. Le bébé utilise la voix pour communiquer son plaisir ou son déplaisir				
11. Le bébé utilise le mouvement (pour communiquer son plaisir ou son déplaisir)				
12. Le bébé utilise ses expressions faciales (pour communiquer son plaisir ou son déplaisir)				
13. Le bébé manifeste son envie de manger				
14. Le bébé refuse de manger				
15. Le bébé manifeste du plaisir à manger				

	Jamais ou presque jamais	Parfois	Souvent	Toujours ou presque toujours
16. Le bébé mange trop en quantité et ne semble jamais rassasié. Il faut le faire arrêter de manger.				
17. Le bébé souffre d'eczéma et/ou il a une peau atopique (sèche et sensible, qui gratte) de manière chronique et /ou aigüe				
18. Le bébé a des spasmes du sanglot (hurlement avec arrêt de la respiration jusqu'à possible perte de conscience) et/ou d'apnée				
19. Le bébé a des variations soudaines de la couleur de sa peau (devient blanc, rouge, bleu)				
20. Le bébé manifeste une hypertonie relationnelle – il est difficile à porter, on a l'impression de porter une planche de bois lorsqu'il est porté				
21. Le bébé est fiévreux de manière soudaine (sans cause médicale identifiée)				
22. Le bébé ne se détend pas ou difficilement, il se cambre et se tend				
23. Le bébé parvient à se détendre de manière adéquate (il s'endort, il s'apaise...)				
24. Le bébé s'auto-apaise				
25. Le sommeil du bébé est superficiel, léger, il se réveille souvent et facilement. Il dort apparemment peu.				
26. Le bébé a un sommeil particulièrement profond (l'enfant peut être difficile à réveiller). Il dort apparemment beaucoup.				
27. Le bébé se réveille brutalement en état de détresse (pleur persistants).				
28. Le bébé réagit de manière excessive ; par exemple, il est très attentif à son environnement, il est vite perturbé par des petits changements, il sursaute et a des difficultés à se détendre.				

	Jamais ou presque jamais	Parfois	Souvent	Toujours ou presque toujours
29. Le bébé est capable d'attendre la satisfaction de ses besoins (biberons, repas, prise dans les bras...)				
30. Le bébé est capable de mobiliser tout son corps, ses sens, sa physiologie sur un objet d'intérêt ou une tâche pendant un temps adapté à l'âge				
31. Le bébé interrompt son activité tout le temps en fonction de ce qui se passe dans l'environnement.				
32. Le bébé reste sans réaction face à une stimulation intrusive (nettoyer le nez, chatouiller intensément, tapoter sur le visage, le nez, grosbisous dévorants)				
33. Le bébé ne proteste pas, ne pleure pas dans des situations où ce serait normal et attendu (douleur, séparation, faim...)				
34. Le bébé semble indifférent à son environnement				
35. Le bébé semble passif				
36. Le bébé dort trop longtemps et/ou trop profondément et/ou a tendance à somnoler beaucoup.				
37. Le bébé a des comportements de masturbation				
38. Le bébé a des comportements étranges parmi ceux-ci : balancements, se frapper ou se cogner la tête, des battements des bras et pieds comme un tic ...				
39. Le bébé a des pleurs qui sont inconsolables en cas de difficulté (douleur, séparation ...)				
40. Le bébé regarde intensément et surveille de manière excessive son environnement				
41. Le bébé manifeste une hypotonie relationnelle - il est difficile à porter, on a l'impression de porter un sac de pommes de terre ou une poupée de chiffon lorsqu'il est porté				
42. Le bébé pousse des cris stridents et aigus				

2. Annexe 2 : Lettre de soutien de l'Office National de l'Enfance (ONE)

Bruxelles, le 13 février 2024

Madame Stéphanie Chartier

Objet : Soutien pour vos recherches

Madame,

En tant que membre du Comité de suivi de l'Office de la Naissance et de l'Enfance, je souhaite exprimer tout mon soutien sur vos recherches sur la parentalité des parents d'enfants placés en institution et sur l'élaboration d'un questionnaire de dépistage des difficultés socio-émotionnelles chez les enfants de 0 à 30 mois.

Le Conseil scientifique de l'Office a aussi exprimé son soutien quant à ces projets, ce qui témoigne de sa qualité et de pertinence.

Votre rigueur méthodologique et votre volonté de combler les lacunes dans ces domaines cruciaux sont admirables. Je suis convaincue que vos recherches auront un impact durable et positif sur les politiques et les pratiques en matière de protection de l'enfance et de soutien à la parentalité.

Votre engagement et votre expertise sont des atouts précieux pour faire avancer les connaissances dans ce domaine. Je suis également persuadée que vos travaux auront un impact significatif, et je vous assure de tout mon soutien dans ce parcours de recherche.

Je suis également consciente des défis liés au recrutement des participants pour ces recherches, et je m'engage à vous accompagner dans ces efforts.

Je vous prie d'agréer, Madame, l'expression de mes salutations distinguées.



Geneviève BAZIER
Directrice DRD ONE

3. Annexe 3 : Lettre d'engagement des intervenants

Engagement des intervenants pour présenter la recherche

Je soussigné(e).....m'engage à :

1. Présenter la recherche en remettant la lettre d'information sur la recherche aux parents, en insistant sur les éléments suivants :

- La finalité de la recherche est d'établir une norme des comportements des bébés qui vont bien pour pouvoir à terme identifier les bébés en souffrance.
- Cette grille d'observation a été développée afin d'identifier des signes subtils et objectivables de mal-être et de souffrance psychique du bébé. Cette grille a été développée sur les apports des connaissances en développement précoce, de la théorie de l'attachement et l'apport des neurosciences dans le développement émotionnel des bébés. Cet outil n'a pas pour objectif de poser un diagnostic de psychopathologie précoce, mais bien de détecter les signes de mal-être et de souffrance psychique du bébé afin de décider si des investigations supplémentaires sont nécessaires. Cet outil est donc un outil de dépistage et de suivi des enfants à risque de difficultés socio-émotionnelles et d'attachement entre 0 et 30 mois. Cette grille a été créée de manière à ce que celle-ci puisse être utilisée sans formation particulière et toutes les fois où les intervenants se posent des questions sur un bébé (test-retest).
- Il n'y aura aucune intervention sur le bébé, c'est uniquement de l'observation.
- Les données de votre enfant seront analysées statistiquement et seront utilisées de manière totalement anonyme. Les données récoltées dans le cadre de la recherche resteront confidentielles.
- La participation des parents est entièrement volontaire et vous êtes libres de prendre votre décision en fonction de vos propres préférences, sans que cela ait le moindre impact sur votre relation avec le personnel de la crèche/maternité.
- La participation des parents est libre. Vous pouvez interrompre votre participation sans justification et sans recevoir le moindre reproche.

2. Compléter à grille en respectant les consignes

3. Respecter le caractère confidentiel des données : les données récoltées dans le cadre de la recherche ne doivent pas impacter la relation entre les parents et la crèche/maternité.

Fait à....., le

Signature de l'intervenant

4. Annexe 4 : Lettre d'information destinée aux parents

Chers parents,

Notre crèche a accepté de participer à une recherche de l'Université de Liège qui a pour objectif de construire un outil pour détecter les difficultés socio-émotionnelles des jeunes enfants.

En effet, une préoccupation importante des intervenants qui travaillent dans le secteur de la petite enfance est que les bébés ne peuvent pas indiquer ce qu'ils ressentent, car ils n'ont pas encore le langage pour le décrire. Cependant, les bébés peuvent être soumis à de nombreux stress chroniques aux origines multiples, telles que les besoins physiologiques ou relationnels non satisfaits, la sur- ou sous-stimulation, ou encore les expériences effrayantes.

Les chercheurs et professionnels s'accordent sur l'importance d'identifier le plus tôt possible le stress chronique chez les bébés afin de réduire les risques de symptômes invalidants ou le développement de psychopathologies. Cependant, à l'heure actuelle, il n'existe pas d'outil scientifiquement validé qui ne nécessite pas de formation et qui permet aux intervenants de première ligne de dépister les difficultés socio-émotionnelles des bébés de 0 à 30 mois.

Ainsi, l'université de Liège a développé un questionnaire avec l'aide de spécialistes de la petite enfance (psychologues, pédopsychiatres et puéricultrices). Cette recherche vise à rassembler les observations des intervenants pour 500 bébés de 0 à 30 mois. L'objectif est d'établir des normes pour les bébés en pleine santé afin de pouvoir détecter dans un second temps les bébés à risques.

Concrètement, nous allons observer comme nous le faisons chaque jour comment votre bébé régule ses émotions, sa faim, son sommeil, s'il a des manifestations physiques de stress (eczéma, hypertonie, ...) ainsi que comment il interagit avec les adultes mais cette fois-ci à l'aide de la grille d'observation de l'université. Si nous devons observer quelque chose de préoccupant, nous ne manquerons pas d'en discuter avec vous comme nous le faisons déjà sans cet outil.

Le questionnaire demande 5 à 10 minutes pour être complété et il n'y aura aucune intervention sur votre bébé, c'est uniquement de l'observation. Il est important de préciser que seule une partie des enfants dont les parents n'ont pas donné leur désaccord sera observée. Si votre enfant a été sélectionné, les données de votre enfant seront analysées statistiquement et seront utilisées de manière totalement anonyme. Aucune donnée personnelle ne sera communiquée aux chercheurs.

Les parents qui ne souhaitent pas que leur enfant participe à cette recherche doivent nous retourner par mail le formulaire en annexe

Nous attirons votre attention sur un certain nombre de points.

Votre participation est conditionnée à une série de droits pour lesquels vous êtes couverts en cas de préjudices. Vos droits sont explicités ci-dessous.

- Votre participation est libre. Vous pouvez l'interrompre sans justification.
- Aucune divulgation de vos informations personnelles n'est possible, même de façon non intentionnelle. Seules les données codées pourront être transmises à la communauté des chercheurs. Ces données codées ne permettent plus de vous identifier et il sera impossible de les mettre en lien avec votre participation.
- Le temps de conservation de vos données personnelles est réduit à son minimum. Par contre, les données codées peuvent être conservées *ad vitam aeternam*.
- Les résultats issus de cette étude seront toujours communiqués dans une perspective scientifique et/ou d'enseignement.
- En cas de préjudice, sachez qu'une assurance vous couvre.

- Si vous souhaitez formuler une plainte concernant le traitement de vos données ou votre participation à l'étude, contactez le responsable de l'étude et/ou le DPO et/ou le Comité d'éthique (cf. adresses à la fin du document).

Tous ces points sont détaillés ci-dessous. Pour toute autre question, veuillez-vous adresser au chercheur ou au responsable de l'étude..

INFORMATIONS DETAILLEES

Toutes les informations récoltées au cours de cette étude seront utilisées dans la plus stricte confidentialité et seuls les expérimentateurs, responsables de l'étude, auront accès aux données récoltées. Vos informations seront codées. Seul le responsable de l'étude ainsi que la personne en charge de votre suivi auront accès au fichier crypté permettant d'associer le code du participant à son nom et prénom, ses coordonnées de contact et aux données de recherche. Ces personnes seront tenues de ne JAMAIS divulguer ces informations.

Les données codées issues de votre participation peuvent être transmises dans le cadre d'une autre recherche en lien avec cette étude-ci. Elles pourront être compilées dans des bases de données accessibles uniquement à la communauté scientifique. Seules les informations codées seront partagées. En l'état actuel des choses, aucune identification ne sera possible. Si un rapport ou un article est publié à l'issue de cette étude, rien ne permettra votre identification. Vos données à caractère personnel conservées dans la base de données sécurisée sont soumises aux droits suivants : droits d'accès, de rectification et d'effacement de cette base de données, ainsi que du droit de limiter ou de s'opposer au traitement des données. Pour exercer ces droits, vous devez vous adresser au chercheur responsable de l'étude ou, à défaut, au délégué à la protection des données de l'Université de Liège, dont les coordonnées se trouvent au bas du formulaire d'information. Le temps de conservation de vos données à caractère personnel sera le plus court possible, avec une durée de maximum deux ans. Les données issues de votre participation à cette recherche (données codées) seront quant à elles conservées

Si vous changez d'avis et décidez de ne plus participer à cette étude, nous ne recueillerons plus de données supplémentaires vous concernant et vos données d'identification seront détruites. Seules les données rendues anonymes pourront être conservées et traitées.

Les modalités pratiques de gestion, traitement, conservation et destruction de vos données respectent le Règlement Général sur la Protection des Données (UE 2016/679), les droits du patient (loi du 22 août 2002) ainsi que la loi du 7 mai 2004 relative aux études sur la personne humaine. Toutes les procédures sont réalisées en accord avec les dernières recommandations européennes en matière de collecte et de partage de données. Le responsable du traitement de vos données à caractère personnel est l'Université de Liège (Place du XX-Août, 7 à 4000 Liège), représentée par son Recteur. Ces traitements de données à caractère personnel seront réalisés dans le cadre de la mission d'intérêt public en matière de recherche reconnue à l'Université de Liège par le Décret définissant le paysage de l'enseignement supérieur et l'organisation académique des études du 7 novembre 2013, art.2. Vous disposez également du droit d'introduire une réclamation auprès de l'Autorité de protection des données (<https://www.autoriteprotectiondonnees.be>, contact@apd-gba.be).

Une assurance a été souscrite au cas où vous subiriez un dommage lié à votre participation à cette recherche. Le promoteur assume, même sans faute, la responsabilité du dommage causé au participant (ou à ses ayants droit) et lié de manière directe ou indirecte à la participation à cette étude. Dans cette optique, le promoteur a souscrit un contrat d'assurance auprès d'Ethias, conformément à l'article 29 de la loi belge relative aux expérimentations sur la personne humaine (7 mai 2004).

Cette étude a reçu un avis favorable de la part du comité d'éthique de la faculté de psychologie,

Objet : recherche scientifique en collaboration avec l'université de Liège

logopédie et des sciences de l'éducation de l'Université de Liège et du comité d'éthique hospitalo-facultaire Universitaire de Liège. En aucun cas, vous ne devez considérer cet avis favorable comme une incitation à participer à cette étude.

Personnes à contacter

Vous avez le droit de poser toutes les questions que vous souhaitez sur cette recherche et d'en recevoir les réponses.

Si vous avez des questions ou en cas de complication liée à l'étude, vous pouvez contacter les personnes suivantes :

Chartier Stéphanie

0473/90.76.53

Stephanie.chartier@uliege.be

Pour toute question, demande d'exercice des droits ou plainte relative à la gestion de vos données à caractère personnel, vous pouvez vous adresser au délégué à la protection des données par e-mail (dpo@uliege) ou par courrier signé et daté adressé comme suit :

Monsieur le Délégué à la protection des données
Bât. B9 Cellule "GDPR",
Quartier Village 3,
Boulevard de Colonster 2,
4000 Liège, Belgique.

Vous disposez également du droit d'introduire une réclamation auprès de l'Autorité de protection des données (<https://www.autoriteprotectiondonnees.be>, contact@apd-gba.be).

5. Annexe 5 : Formulaire de refus des parents

Formulaire de Refus de Participation à une Recherche Scientifique

Titre de la recherche	Développement d'un hétéro-questionnaire de dépistage des difficultés socio-émotionnelles des bébés de 0 à 30 mois
Chercheur responsable	Stéphanie Chartier
Promoteur	Adélaïde Blavier
Service et numéro de téléphone de contact	0473/90.76.53 - stephanie.chartier@uliege.be

Madame, Monsieur,

Nous vous remercions sincèrement d'avoir pris le temps de prendre en considération notre demande de participation à notre étude intitulée « Développement d'un hétéro-questionnaire de dépistage des difficultés socio-émotionnelles des bébés de 0 à 30 mois ». Cependant, nous comprenons que vous avez décidé de ne pas participer, et nous respectons votre choix. Si vous avez des préoccupations ou des questions sur l'étude, n'hésitez pas à nous contacter à stephanie.chartier@outlook.com ou 0473/90.76.53. Nous sommes disponibles pour discuter davantage et répondre à toutes vos interrogations.

Veuillez remplir les informations suivantes pour confirmer votre refus :

Nom complet : _____

Date : _____

Signature : _____

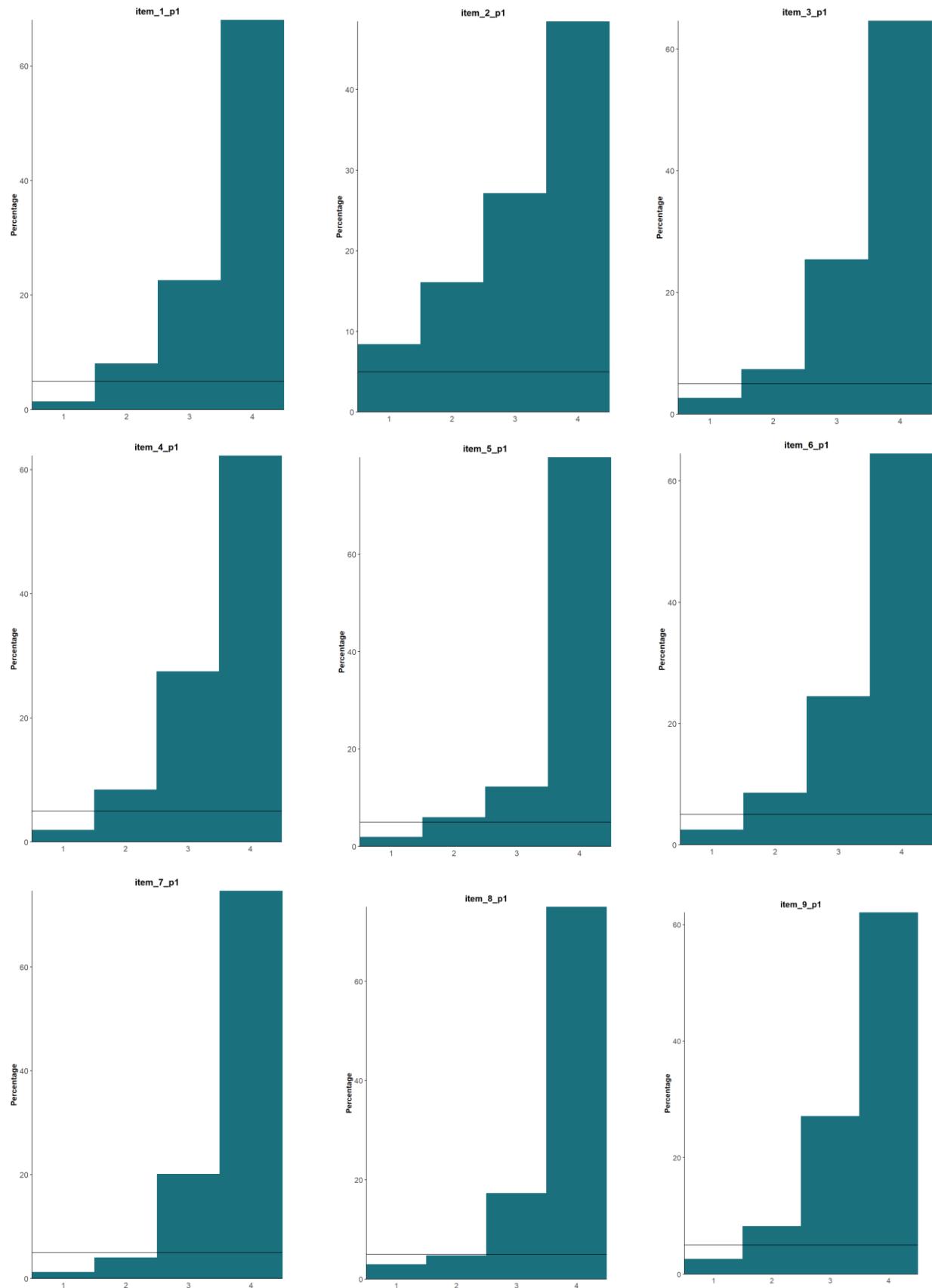
Votre décision de ne pas participer à l'étude n'aura aucune incidence sur votre relation avec la crèche.

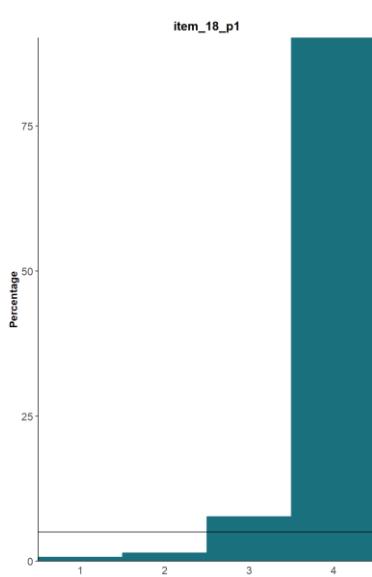
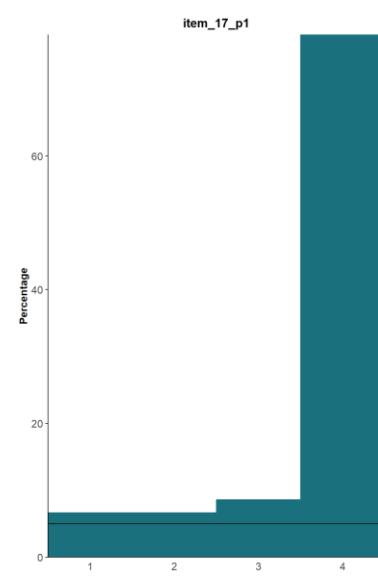
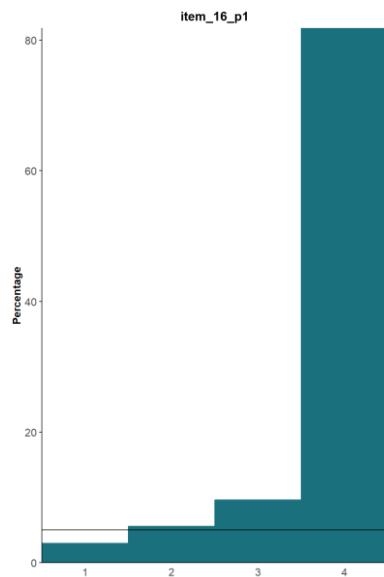
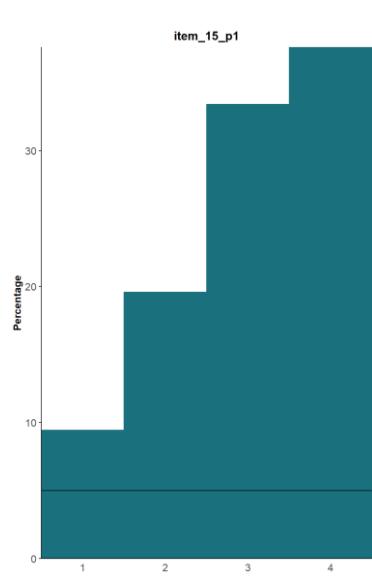
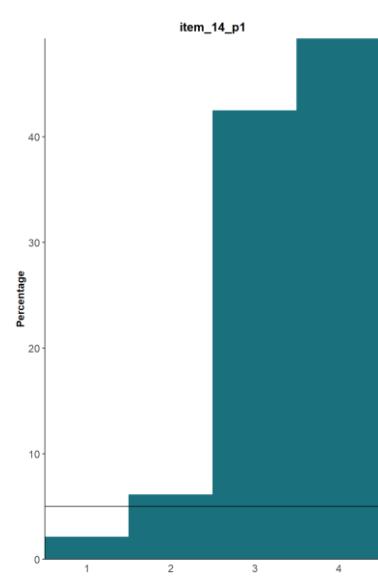
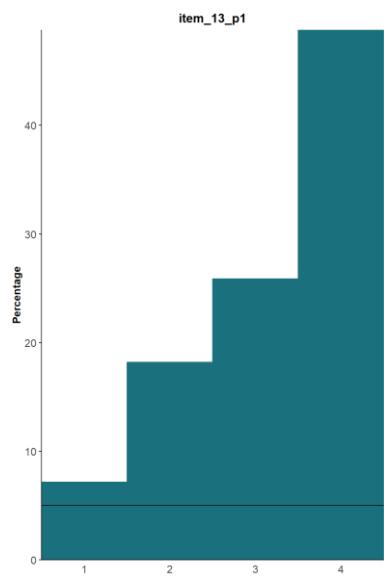
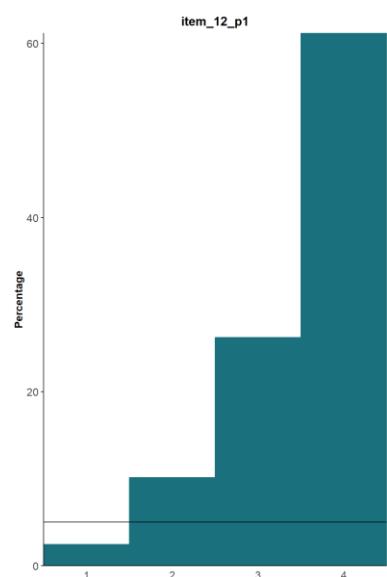
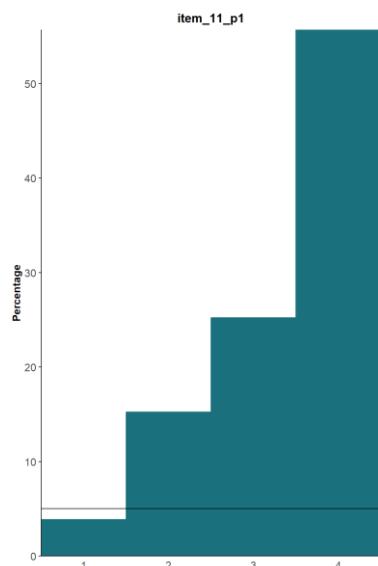
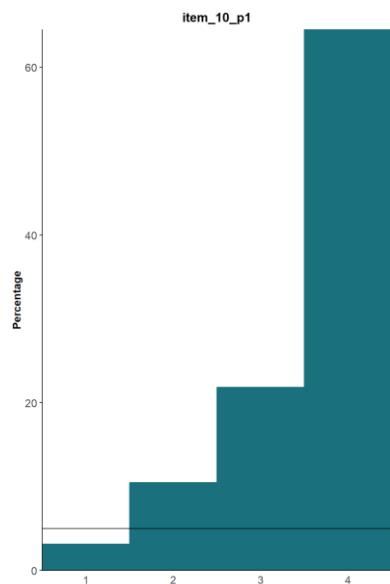
Merci encore pour votre compréhension et coopération.

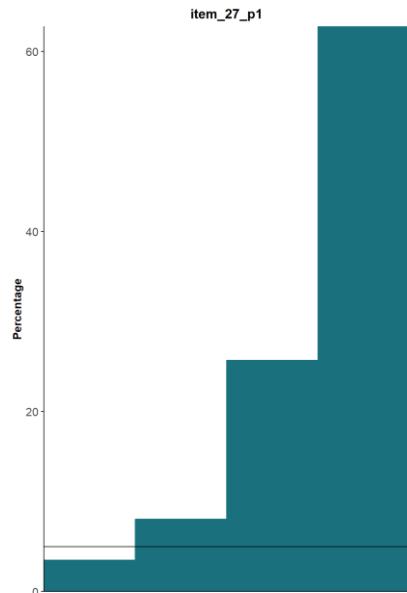
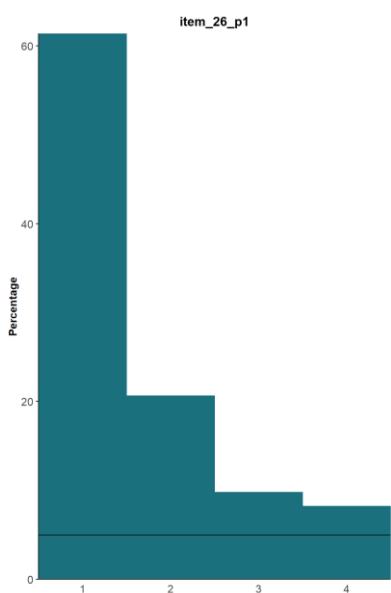
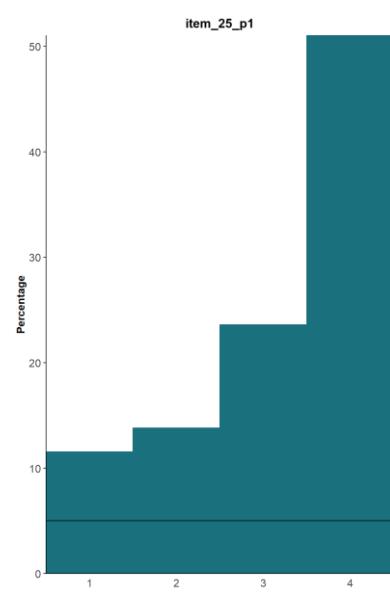
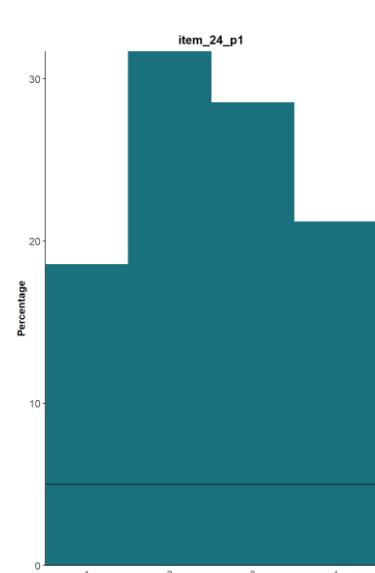
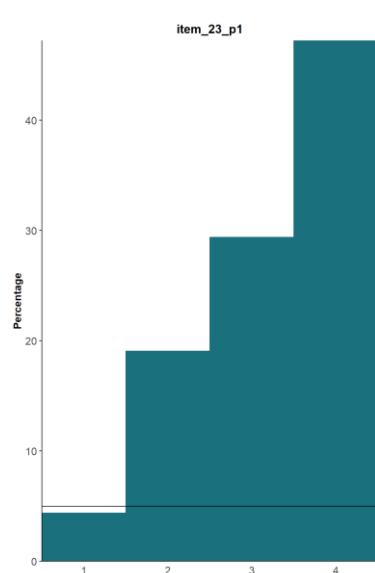
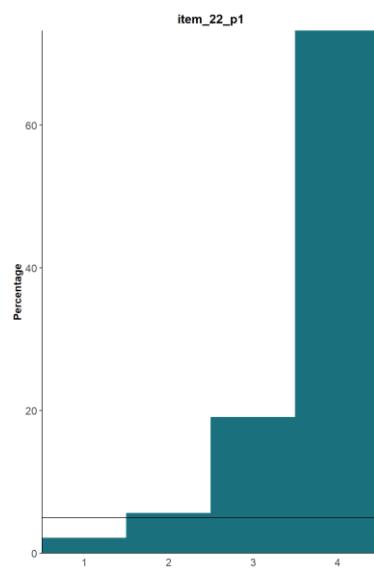
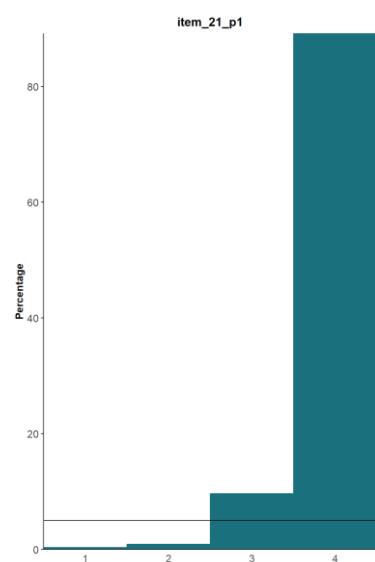
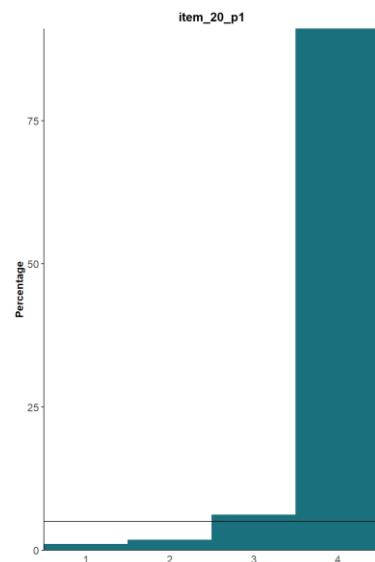
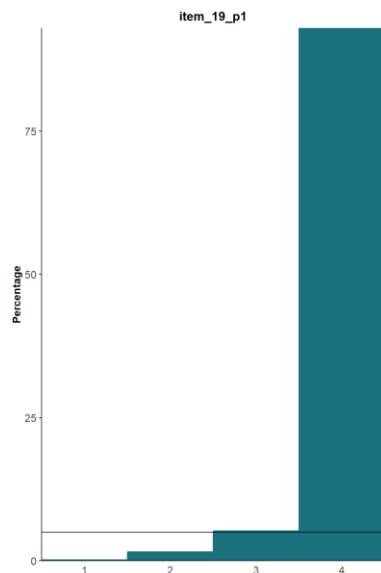
Cordialement,

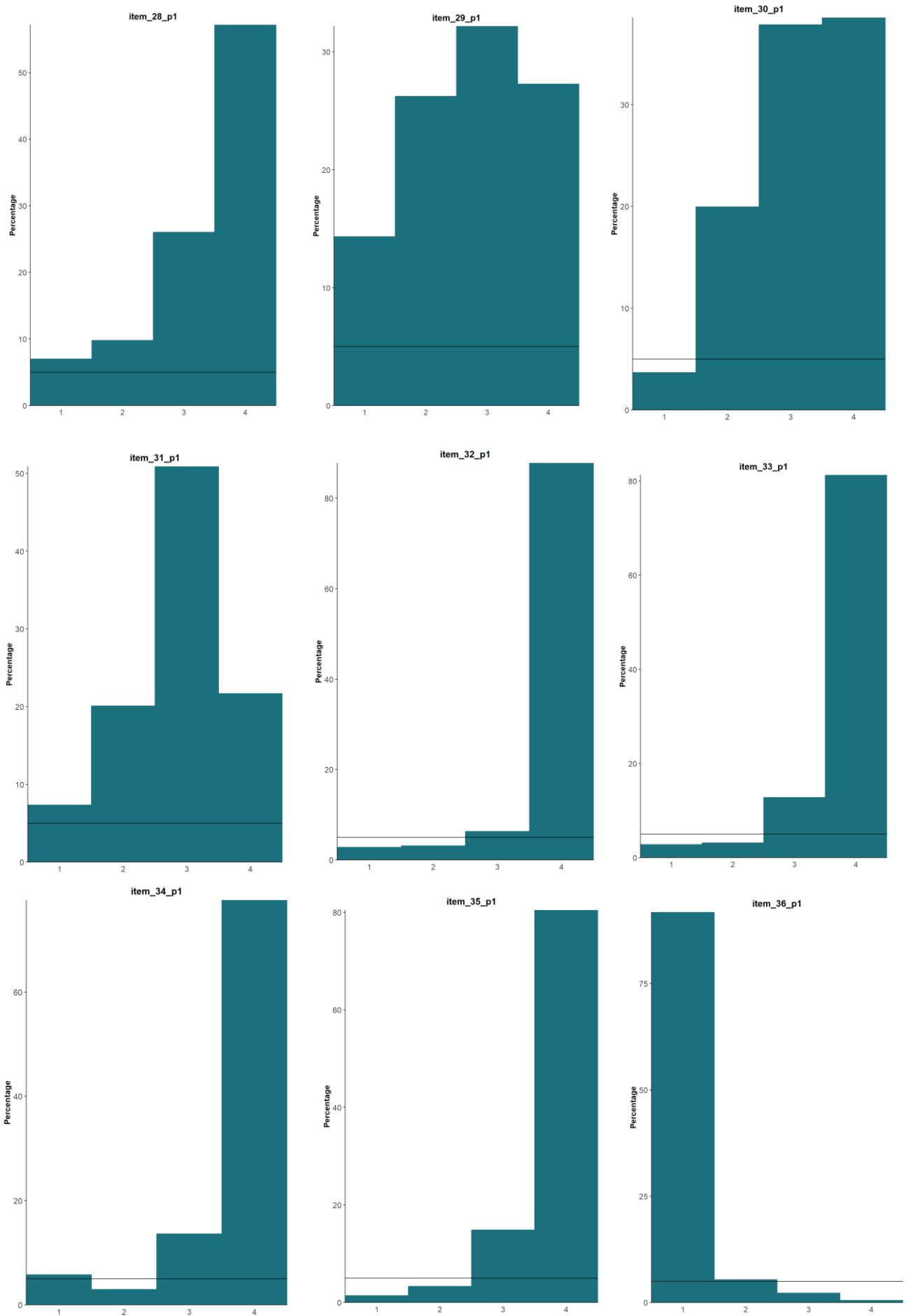
Stéphanie Chartier
Docteur en psychologie

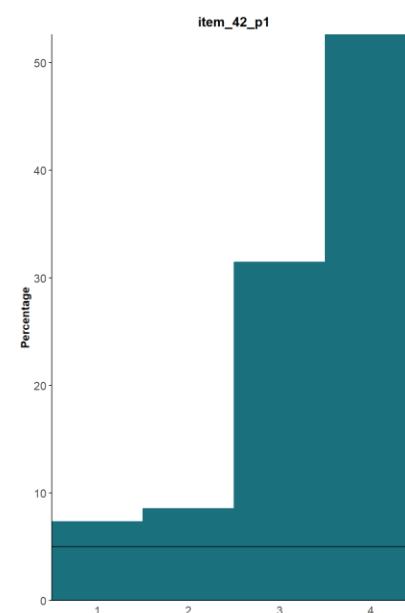
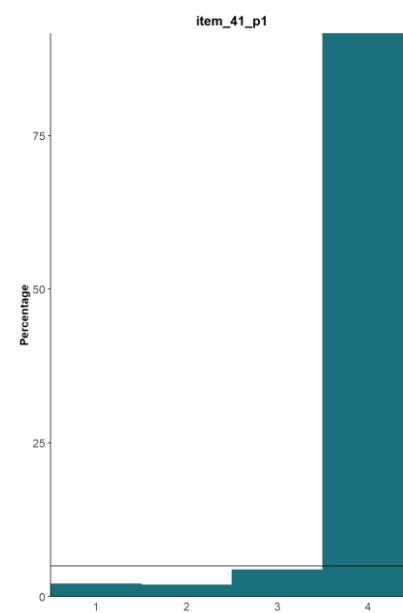
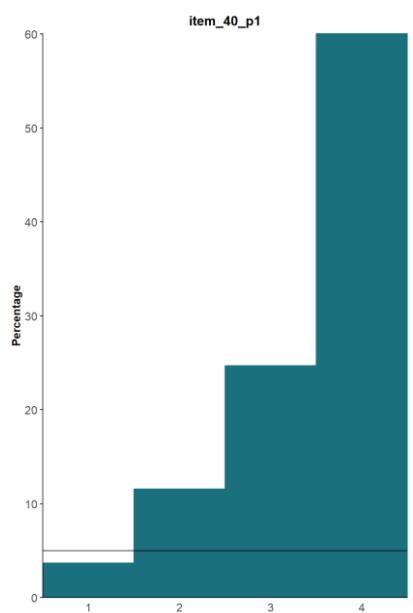
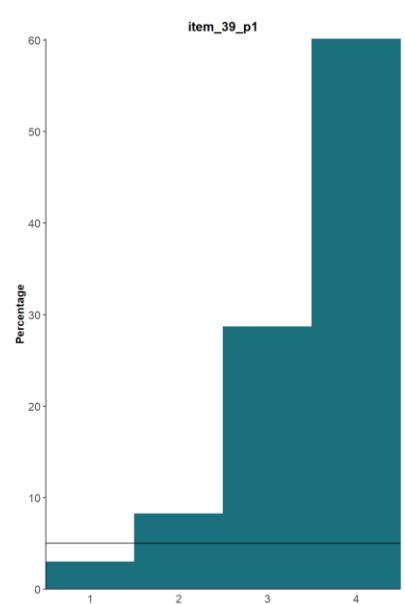
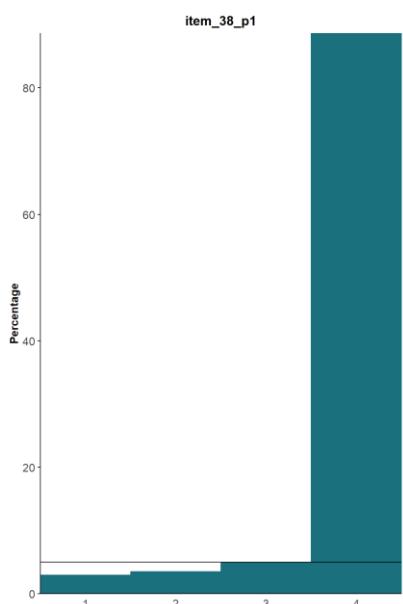
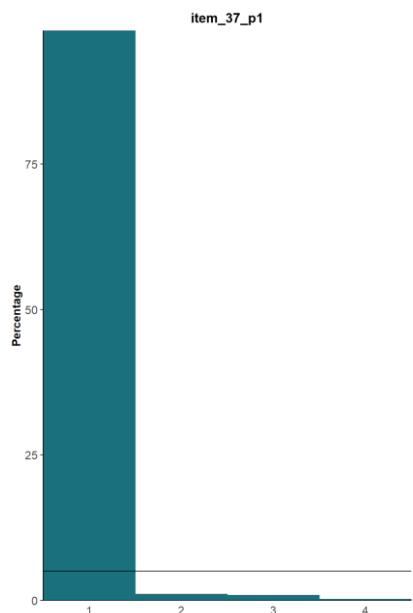
6. Annexe 6 : Graphiques de pourcentage de répartition des réponses selon l'item











7. Annexe 7 : Répartition des facteurs obtenus par l'analyse factorielle

Facteur 1 (12 items)	
Item 1	Lors de ses phases d'éveil, le bébé est disponible pour l'interaction (regard, sourire, babillement ...)
Item 2	Le bébé se désengage de la relation (détourne la tête, le regard, s'agit ...) lorsqu'il veut signaler que quelque chose ne lui convient pas (signale qu'il a besoin d'une pause ou un changement) et au besoin se met à protester
Item 3	Le bébé montre clairement qu'il a mal dans des situations où il est logique d'avoir mal
Item 4	Le bébé manifeste son plaisir face à une situation/personne/activité
Item 6	Le bébé initie la communication (appel, pleurs, regard ...)
Item 7	Le bébé réagit à la voix humaine et aux chansons
Item 8	Le bébé réagit quand on l'appelle par son prénom
Item 9	Le bébé utilise son regard pour communiquer son plaisir ou son déplaisir (engagement visuel ou désengagement visuel)
Item 10	Le bébé utilise la voix pour communiquer son plaisir ou son déplaisir
Item 11	Le bébé utilise le mouvement (pour communiquer son plaisir ou son déplaisir)
Item 12	Le bébé utilise ses expressions faciales (pour communiquer son plaisir ou son déplaisir)
Item 30	Le bébé est capable de mobiliser tout son corps, ses sens, sa physiologie sur un objet d'intérêt ou une tâche pendant un temps adapté à l'âge
Facteur 2 (11 items)	
Item 18	Le bébé a des spasmes du sanglot (hurlement avec arrêt de la respiration jusqu'à possible perte de conscience) et/ou d'apnée
Item 19	Le bébé à des variations soudaines de la couleur de sa peau (devient blanc, rouge, bleu)
Item 22	Le bébé ne se détend pas ou difficilement, il se cambre et se tend
Item 24	Le bébé s'auto-apaise
Item 28	Le bébé réagit de manière excessive ; par exemple, il est très attentif à son environnement, il est vite perturbé par des petits changements, il sursaute et a des difficultés à se détendre
Item 29	Le bébé est capable d'attendre la satisfaction de ses besoins (biberons, repas, prise dans les bras ...)
Item 31	Le bébé interrompt son activité tout le temps en fonction de ce qui se passe dans l'environnement
Item 38	Le bébé à des comportements étranges parmi ceux-ci : balancements, se frapper ou se cogner la tête, des battements des bras et pieds comme un tic ...
Item 39	Le bébé a des pleurs qui sont inconsolables en cas de difficulté (douleur, séparation ...)
Item 40	Le bébé regarde intensément et surveille de manière excessive son environnement
Item 42	Le bébé pousse des cris stridents et aigus
Facteur 3 (4items)	
Item 13	Le bébé manifeste son envie de manger

Item 14	Le bébé refuse de manger
Item 15	Le bébé manifeste du plaisir à manger
Item 16	Le bébé mange trop en quantité et ne semble jamais rassasié. Il faut le faire arrêter de manger
Facteur 4 (4 items)	
Item 5	Le bébé est passif et très peu en mouvement même lorsqu'il est stimulé
Items 20	Le bébé manifeste une hypertonie relationnelle – il est difficile à porter, on a l'impression de porter une planche de bois lorsqu'il est porté
Item 35	Le bébé semble passif
Item 41	Le bébé manifeste une hypotonie relationnelle – il est difficile à porter, on a l'impression de porter un sac de pommes de terre ou une poupée de chiffon lorsqu'il est porté
Facteur 5 (4 items)	
Item 23	Le bébé parvient à se détendre de manière adéquate (il s'endort, il s'apaise ...)
Item 25	Le sommeil du bébé est superficiel, léger, il se réveille souvent et facilement. Il dort apparemment peu
Item 26	Le bébé a un sommeil particulièrement profond (l'enfant peut être difficile à réveiller). Il dort apparemment beaucoup
Item 27	Le bébé se réveille brutalement en état de détresse (pleurs persistants)

8. Annexe 8 : Tableaux de résultats statistiques pour chaque hypothèse exploratoire

Hypothèse exploratoire n°1

Teste de normalité de Shapiro-Wilk	W = 0,961	P < .001	
Teste de Levene	F (1,570) = 2,23	p = 0,136	
Test t du Studend	t (570) = 3,83	P < .001	Différence moyenne = 0,121
Test de Mann-Whitney	U = 15 197	P < .001	Différence moyenne = 0,143
Taille de l'effet	d = 0,444		
Corrélation bisériale	r = 0,286		

Hypothèse exploratoire n°2/Facteur 1

Teste de normalité de Shapiro-Wilk	W = 0,901	P < .001	
Test de Levene	F (1,570) = 0,601	p = 0,438	
Test t du Student	t (570) = 1,09	P = 0,148	Différence moyenne = 0,0619
Test de Mann-Whitney	U = 19 027	P = 0,055	Différence moyenne = 0,0833
Taille de l'effet	d = 0,126		
Corrélation bisérial	r = 0,107		

Hypothèse exploratoire n°3/Facteur 2

Teste de normalité de Shapiro-Wilk	W = 0,931	p < .001	
Test de Levene	F (1,570) = 0,732	p = 0,393	
Test t de Student	t (570) = 6,99	p < .001	Différence moyenne = 0,336
Test de Mann-Whitney	U = 11 149	p < .001	Différence moyenne = 0,364
Taille de l'effet	d = 0,810		
Corrélation bisérial	r = 0,476		

Hypothèse exploratoire n°4/Facteur 4

Teste de normalité de Shapiro-Wilk	W = 0,623	p < .001	
Test de Levene	F (1,570) = 12,01	p < .001	
Test t de Student	t (570) = 3,48	p < .001	Différence moyenne = 0,164
Test de Mann-Whitney	U = 16 579	p < .001	
Taille de l'effet	d = 0,403		
Corrélation bisérial	r = 0,221		

Hypothèse exploratoire n°5/Facteur 3

Teste de normalité de Shapiro-Wilk	W = 0,933	p < .001	
Test de Levene	F (1,570) = 0,968	p = 0,325	
Test t de Student	t (570) = -0,0177	p = 507	Différence moyenne = - 0,00103
Test de Mann-Whitney	U = 20 919	p = 0,394	Différence moyenne = 0,0000661
Taille de l'effet	d = - 0,00205		
Corrélation bisérial	r = 0,0177		

Hypothèse exploratoire n°6/Facteur 5

Teste de normalité de Shapiro-Wilk	W = 0,966	p < .001	
Test de Levene	F (1,570) = 6,13	p = 0,014	
Test t de Student	t (570) = - 1,13	p = 0,871	Différence moyenne = - 0,0852
Test de Mann-Whitney	U = 19 866	p = 0,841	Différence moyenne = - 0,0000306
Taille de l'effet	d = - 0,131		
Corrélation bisérial	r = 0,0662		

9. Annexe 1 : Grille de dépistage des difficultés socio-émotionnelles de l'année précédente

Grille de dépistage des difficultés socio-émotionnelle des bébés de 0 à 30 mois

Cette grille d'observation a été développée afin d'identifier des signes subtils et objectivables de mal-être et de souffrance psychique du bébé. Cette grille a été construite sur les apports des connaissances en développement précoce, de la théorie de l'attachement et l'apport des neurosciences dans le développement émotionnel des bébés. Cet outil n'a pas pour objectif de poser un diagnostic de psychopathologie précoce, mais bien de détecter les signes de mal-être et de souffrance psychique du bébé afin de décider si des investigations supplémentaires sont nécessaires. Cet outil est donc un outil de dépistage et de suivi des enfants à risque de difficultés socio-émotionnelles et d'attachement entre 0 et 30 mois. Cette grille a été créée afin qu'elle puisse être utilisée sans formation particulière et dès que les intervenants se posent des questions sur un bébé (test- retest).

Consignes :

L'idéal pour pouvoir bien compléter cette grille est d'avoir pu observer le bébé pendant 5 jours. Elle peut cependant d'être utilisée plus rapidement par les intervenants. Cette grille peut être également remplie de manière collégiale en réunion d'équipe.

Complétez les champs suivants :

Code d'anonymisation (institution, date, première lettre nom de famille bébé, première lettre prénom bébé , n° de passation) <i>Exemple pour un bébé qui s'appelle Clémentine Claes qui est à la pouponnière St-Adeline = St-Adeline, 02/10/2023, CC, 1</i>	
Genre (M/F)	
Formation de base de l'évaluateur	
Fonction de l'évaluateur	
Âge du bébé (mois)	
Depuis combien de temps connaissez-vous l'enfant	
Condition médicale de l'enfant (handicap, prématurité, diagnostic médical/maladie)	

Voici une liste de descriptions concernant les bébés de 0 à 30 mois. De nombreuses descriptions décrivent des comportements normaux chez les bébés, mais l'accumulation et la fréquence de certains comportements peut être une indication d'un mal-être et de souffrance psychique du bébé.

Faites de votre mieux pour répondre à chaque item en indiquant une croix dans la case qui correspond à vos observations sur le bébé :

	Jamais ou presque jamais	Parfois	Souvent	Toujours ou presque toujours
1. Lors de ses phases d'éveil, le bébé est disponible pour l'interaction (regard, sourire, habillement, ...)				
2. Le bébé se désengage de la relation (détourne la tête, le regard, s'agit, ...) lorsqu'il veut signaler que quelque chose ne lui convient pas (signale qu'il a besoin d'une pause ou un changement).				
3. Le bébé proteste (crie, pleure, s'agit) lorsque quelque chose ne lui convient pas.				
4. Le bébé parvient à se détendre de manière adéquate (il s'endort, il s'apaise...)				
5. Le bébé s'auto-apaise				
6. Le sommeil du bébé est superficiel, léger, il se réveille souvent et facilement. Il dort apparemment peu.				
7. Le bébé a un sommeil particulièrement profond (l'enfant peut être difficile à réveiller). Il dort apparemment beaucoup.				
8. Le bébé se réveille brutalement en état de détresse (pleurs persistants).				
9. Le bébé a des comportements étranges à l'endormissement ou au réveil (par exemple : se cogner la tête sur les bords du lit, se secoue la tête, se balance, masturbation, ...)				
10. Le bébé réagit de manière excessive ; par exemple, il est très attentif à son environnement, il est vite perturbé par des petits changements, il sursaute et a des difficultés à se détendre.				
11. Le bébé reste sans réaction face à une stimulation intrusive (nettoyer le nez, chatouiller intensément, tapoter sur le visage, le nez, gros bisous dévorants)				
12. Le bébé ne proteste pas, ne pleure pas dans des situations où ce serait normal et attendu (douleur, séparation, faim...)				

	Jamais ou presque jamais	Parfois	Souvent	Toujours ou presque toujours
13. Le bébé est capable d'attendre la satisfaction de ses besoins (biberons, repas, prise dans les bras...)				
14. Le bébé est capable de mobiliser tout son corps, ses sens, sa physiologie sur un objet d'intérêt ou une tâche pendant un temps adapté à l'âge				
15. Le bébé est capable de s'apaiser avec un adulte connu qui le console soit avec la voix et/ou en le prenant dans les bras (retour à état d'éveil calme ou commence à s'endormir)				
16. Le bébé montre clairement qu'il a mal dans des situations où il est logique d'avoir mal.				
17. Le bébé exagère ses pleurs en cas de douleur				
18. Le bébé ne réagit pas ou pleure peu en cas de douleur				
19. Le bébé manifeste son plaisir face à une situation/personne/activité.				
20. Le bébé traque (par le regard notamment) ce qui se passe autour de lui				
21. Le bébé interrompt son activité tout le temps en fonction de ce qui se passe dans l'environnement.				
22. Le bébé semble indifférent à son environnement				
23. Le bébé semble passif				

	Jamais ou presque jamais	Parfois	Souvent	Toujours ou presque toujours
24. Le bébé régurgite/vomit longtemps après ses repas				
25. Le bébé manifeste son envie de manger				
26. Le bébé est glouton et il se gave (remplissage)				
27. Le bébé refuse de manger				
28. Lorsqu'il mange, le bébé est vite perturbé par des stimulations normales (stimulations visuelles, vocales, tactiles)				
29. Le bébé manifeste du plaisir à manger				
30. Le bébé ne manifeste aucun plaisir à manger (alimentation automatique)				

	Jamais ou presque jamais	Parfois	Souvent	Toujours ou presque toujours
31. Le bébé souffre d'eczéma et/ou il a une peau atopique (sèche et sensible, qui gratte) de manière chronique et /ou aigüe				
32. Le bébé respire de manière saccadée, forte et/ou irrégulière.				
33. Le bébé souffre de problèmes respiratoires chroniques/d'asthme (respiration oppressée, encombrement permanent)				
34. Le bébé a des spasmes du sanglot (hurlement avec arrêt de la respiration jusqu'à possible perte de conscience) et/ou d'apnée				
35. Le bébé a des variations soudaines de la couleur de sa peau (devient blanc, rouge, bleu)				
36. Le bébé manifeste une hypotonie relationnelle – il est difficile à porter, on a l'impression de porter un sac de pommes de terre ou une poupée de chiffon lorsqu'il est porté				
37. Le bébé manifeste une hypertonie relationnelle – il est difficile à porter, on a l'impression de porter une planche de bois lorsqu'il est porté				
38. Le bébé est fiévreux de manière soudaine (sans cause médicale identifiée)				
39. Le bébé est en mouvements permanents				
40. Le bébé est passif et très peu en mouvement même lorsqu'il est stimulé				
41. Le bébé ne se détend pas ou difficilement, il se cambre et se tend				

	Jamais ou presque jamais	Parfois	Souvent	Toujours ou presque toujours
42. Le bébé initie la communication (appel, pleurs, regard...)				
43. Le bébé passe rapidement d'un état émotionnel à l'autre				
44. Le bébé réagit à la voix humaine et aux chansons				
45. Le bébé parle fort ou crie de façon aiguë				
46. Le bébé fait des sons graves de type grognement, chuchote et/ou murmure				
47. Le bébé réagit aux variations soudaines de la voix de l'adulte				
48. Le bébé réagit quand on l'appelle par son prénom				
49. Le bébé utilise son regard (modalité 1) pour communiquer son plaisir ou son déplaisir (engagement visuel ou désengagement visuel)				
50. Le bébé utilise la voix (modalité 2) pour communiquer son plaisir ou son déplaisir				
51. Le bébé utilise le mouvement (modalité 3) pour communiquer son plaisir ou son déplaisir				
52. Le bébé utilise ses expressions faciales (modalité 4) pour communiquer son plaisir ou son déplaisir				
53. Le bébé communique facilement sur les 4 modalités interactionnelles de manière simultanée et fluide (voix, regard, mouvement, expression faciale)				