

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

Auteur : Wilmart, Pauline

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/2268.2/24600>

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.

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

Mémoire présenté par Pauline WILMART en vue de l'obtention du grade de master en sciences psychologiques

Année académique 2024 - 2025

Promotrice

Blavier Adélaïde
Chartier Stéphanie

Superviseuse

Knüppel Iris

Lectrice

Stassart Céline
Deprez Alexandra

« *Le corps est la voix d'expression privilégiée du bébé et de la pathologie précoce que ce soit dans la désorganisation somatique ou dans le registre des comportements tonicomoteurs. L'évaluation des signes de souffrances psychiques est difficile : ils sont ténus et labiles donc difficiles à repérer. D'autre part, ils apparaissent peu spécifiques touchant aussi bien l'alimentation que le sommeil, la motricité et le tonus. Les formes qu'ils prennent et leur intensité ne préjugent en rien de leur gravité. Les signes de souffrance du bébé sont d'abord un appel à l'aide ; ils témoignent d'un déséquilibre avec son environnement et ses tentatives d'y faire face.* »
(Lamour & Barraco, 1998)

Remerciement

Je tiens à remercier toutes les personnes qui ont contribué à la réalisation de ce mémoire.

En premier lieu, je tiens à remercier chaleureusement Madame Knüppel ainsi que Madame Chartier, mes promotrices pour m'avoir accompagné tout au long de ce long et exigeant chemin qu'est la rédaction d'un mémoire. Merci pour leur patience, leurs conseils et leurs disponibilités. Merci aussi à Madame Blavier pour sa supervision du mémoire.

Je souhaite également exprimer ma gratitude envers Monsieur Didonne sans qui la partie statistique aurait été difficile à mener.

Je remercie également Madame Khechane et Madame Lambion , mes tutrices de stage pour m'avoir partagé votre expérience mais surtout m'avoir permis de mener ma propre réflexion et confirmer ma vocation, celle de travailler dans l'aide à la jeunesse et de travailler auprès des plus jeunes en difficulté.

Un merci particulier aux crèches, pouponnières et accueillantes à domicile qui ont accepté de collaborer à ce projet et tout particulièrement les 29 structures d'accueil de la petite enfance avec lesquelles j'ai échangé directement. Merci pour votre intérêt, votre rigueur ainsi que votre patience et votre engagement au cours du temps mais surtout merci de m'avoir accordé votre confiance ainsi que votre temps.

Enfin, je tiens à remercier mes proches, tout particulièrement ma maman pour son soutien indéfectible dans les moments de doutes. Merci aussi à mes amies pour leurs encouragements, leur bienveillance et leurs relectures.

Table des matières

<i>Introduction</i>	5
<i>Revue de la littérature</i>	6
Le développement socio-émotionnel chez les enfants.....	6
Pourquoi dépister les potentielles difficultés socio-émotionnelles chez les bébés ?.....	7
Facteurs influençant le développement socio-émotionnel du nourrisson	8
Influence du microsystème	9
Les bébés confrontés à la maltraitance, au traumatisme, à la négligence et au stress chronique	11
Les signes de souffrances du développement socio-émotionnel.....	13
Les différentes phase d'éveil.....	14
La communication	15
L'alimentation	16
Les manifestations corporelles.....	17
Mécanismes de défense.....	18
Comment intervenir, qu'est-ce que l'intervention précoce ?	20
Fidélité/ fiabilité test-retest	23
<i>Conclusion</i>	23
<i>Méthodologie</i>	24
Objectifs et hypothèses de la recherche	24
Échantillon	25
Méthode de recrutement.....	25
Conditions de passation	26
Outil /Procédure	27
Analyses statistiques.....	28
<i>Résultats</i>	29
Analyses descriptives de l'échantillon.....	29
Analyses statistiques liées à la question de recherche	34
Évaluation de la validité de l'outil de dépistage des difficultés socio-émotionnelles.....	34
Évaluation de la fiabilité de l'outil de dépistage des difficultés socio-émotionnelles.....	36
<i>Discussion</i>	37
Rappel des objectifs, de la méthodologie et des hypothèses	38
Rappel et interprétation des résultats principaux.....	39
Limites méthodologiques de votre étude et perspectives futures	43
<i>Conclusion</i>	45
<i>Références bibliographiques</i>	47
<i>Annexes</i>	53
<i>Résumé</i>	76

Introduction

La santé mentale des nourrissons constitue un domaine émergent qui explore les conditions favorisant un développement socio-émotionnel optimal au cours des premières années de vie (Zeanah & Zeanah, 2009). Bien que cette discipline soit relativement récente, ses avancées permettent de mieux comprendre l'impact des expériences précoces sur la santé mentale ultérieure. Le développement précoce se caractérise par une vulnérabilité particulière : les expériences vécues au cours des premiers mois et années de vie peuvent poser les bases d'un avenir solide ou, au contraire, fragile (Shonkoff & Phillips, 2000). La littérature indique qu'entre 10 et 20 % des nourrissons présentent des troubles émotionnels ou comportementaux (Briggs-Gowan et al., 2001 ; Hemmi et al., 2011 ; Skovgaard et al., 2007). Ces difficultés, souvent observables dès la petite enfance, ne sont généralement pas transitoires et tendent à persister si elles ne sont pas prises en charge (Mathiesen & Sanson, 2000 ; Briggs-Gowan et al., 2006). Ces constats soulignent l'importance du dépistage précoce et de l'attention portée à la petite enfance.

Ce mémoire s'inscrit dans la continuité de ceux réalisés par Manon Bomboire et Clémentine De Borman et vise à approfondir et compléter leurs recherches. Il se concentre notamment sur la modification de l'outil de dépistage existant, par la reformulation des items jugés incompris et la suppression de ceux invalides. L'objectif est de développer un questionnaire centré sur le développement socio-émotionnel des nourrissons âgés de 0 à 30 mois, permettant de détecter les difficultés socio-émotionnelles potentielles. Cette démarche découle du constat qu'il existe peu de tests évaluant les dimensions socio-émotionnelles chez les jeunes enfants (Suveg et al., 2007). Ce mémoire poursuit donc la validation scientifique de l'outil de dépistage afin de le rendre accessible et fiable, tout en testant sa fidélité test-retest.

La revue de littérature de ce mémoire se concentre d'abord sur le développement précoce de l'enfant, avec un accent particulier sur le développement socio-émotionnel. Elle met ensuite en évidence la nécessité d'utiliser un outil de dépistage des difficultés socio-émotionnelles et examine les facteurs de risque influençant le développement du nourrisson. La revue s'intéresse également aux conséquences d'un stress chronique sur le cerveau, aux signes précoces de souffrance socio-émotionnelle, et à l'importance d'une intervention précoce. Enfin, elle discute de la mesure de la fiabilité test-retest de l'outil développé.

Revue de la littérature

Le développement socio-émotionnel chez les enfants

Selon Harvard University (2004), « La dimension socio-émotionnelle précoce désigne l'ensemble des processus cognitifs, affectifs et comportementaux qui régissent les interactions sociales et les manifestations émotionnelles chez les nourrissons et les jeunes enfants. Elle englobe la capacité à établir des liens d'attachement sécurisants, à exprimer et à réguler les émotions, ainsi qu'à interagir de manière appropriée avec les autres membres de leur environnement social »

Dès les premières années de vie, les enfants acquièrent diverses compétences en termes de développement socio-émotionnel liées à l'expression, la régulation et la compréhension des émotions. Il est en mesure de manifester des émotions telles que la joie, la colère ou la peur afin d'exprimer ses besoins à la personne qui prodigue ses soins. Cependant, les émotions plus complexes, comme la fierté ou la gêne, apparaissent généralement vers la fin de la deuxième année de vie, tandis que la maîtrise des émotions et la reconnaissance de celles des autres se développent progressivement, en lien avec les règles et conventions sociales (Jagodowicz, 2012).

Cette acquisition du développement socio-émotionnel s'établit de manière dynamique et transactionnelle, impliquant à la fois les sphères cognitive, sociale et langagière ainsi que les caractéristiques propres à l'enfant comme son tempérament et son environnement familial et social (Bell & Wolfe, 2004 ; Cloutier, 2005 ; Rosenblum, Dayton & Muzik, 2009). Les mécanismes sociaux, cognitifs et neurodéveloppementaux interagissent pour permettre à l'enfant de traiter les informations émotionnelles et sociales, de réguler ses émotions et de planifier des réponses adaptées (Eisenberg, Hofer & Vaughan, 2007). Les émotions constituent un élément central et déterminant pour permettre l'adaptation quotidienne dans les interactions sociales. (Denham, Bassett, Thayer et al., 2012 ; Carchon & Provasi, 2023).

Leur évolution est étroitement influencée par les réponses de l'environnement notamment les réponses parentales. (Carchon & Provasi, 2023). Ces comportements d'attachement innés permettent de maintenir la proximité de l'adulte, avec en particulier son caregiver tandis que le retour de l'environnement aux signaux de l'enfant contribue à construire son lien d'attachement (Muller, 2021)

Pourquoi dépister les potentielles difficultés socio-émotionnelles chez les bébés ?

La mise en œuvre d'un dépistage, fondé sur une évaluation rigoureuse, est essentielle pour poser un diagnostic potentiel, identifier les facteurs de risque, et instaurer une intervention précoce. Cela permet de prévenir l'aggravation des problèmes qui pourraient évoluer vers des difficultés plus graves à l'âge adulte comme des troubles comportementaux. (Skovgaard & Jørgensen, 2008 ; Širvinskienė et al., 2016)

Le dépistage joue également un rôle crucial dans la détection des difficultés que pourraient rencontrer la mère ou le principal donneur de soins car une forte corrélation existe entre les pathologies psychiatriques maternelles et le retrait observé chez le nourrisson. Ainsi, cette évaluation de l'enfant peut également révéler des troubles psychiatriques chez la mère, tels que la dépression post-partum infra-clinique souvent méconnue par les mères concernées. Ce processus pourrait les encourager à solliciter une aide appropriée (De Rosa et al., 2010).

Stern, Perry et Berger (cités dans Mascaró et al., 2012) appuient cette idée en soulignant l'importance d'une prise en charge précoce des nourrissons négligés ou maltraités. Cette intervention permet de rétablir leur développement dans des conditions plus favorables car un parent négligent ou maltraitant pousse souvent l'enfant à développer des stratégies de protection telles que le retrait, l'évitement et l'isolement. Cela limite l'accès à des expériences interactives de qualité avec l'entourage, compromettant ainsi le développement cérébral de l'enfant.

Cependant, Najman et al. (2008) mettent en garde contre la surestimation du risque de persistance de ces problèmes. Leur étude montre que les troubles de santé mentale en bas âge ne prédisent que faiblement les problèmes à l'âge adulte. Pourtant, les travaux de Mascaró et ses collaborateurs (2012) confirment l'importance d'une prise en charge précoce, notamment en pouponnières, pour favoriser le développement du nourrisson négligé ou maltraité. En l'absence d'interactions de qualités durant les premières années de vie, le développement cérébral harmonieux peut être entravé. Une intervention appropriée encourage l'enfant à développer des stratégies de protection face à un environnement défaillant, facilitant ainsi des échanges relationnels interactifs. Il semble important d'identifier les situations de négligence infantile le plus tôt possible mais également référer ses familles vers des structures pouvant fournir une intervention qui réduirait le risque de séquelles chez l'enfant et offre une opportunité d'une meilleure évolution, d'où le rôle central des intervenants de première ligne dans le repérage des situations à risques et l'accompagnement des familles et des enfants (Lachaussée, Bednarek, Absil & Vanmeerbeek, 2012).

Durieux (2014) souligne que le rôle de l'intervenant consiste, dans un premier temps, à dépister les signes de souffrance chez le bébé, puis à évaluer la gravité éventuelle du trouble relationnel et l'état du psychisme de l'enfant. Il est cependant essentiel de noter qu'aucun de ces signes de détresse n'est intrinsèquement pathologique. Pour qu'une détresse puisse être considérée comme telle, il est nécessaire de prendre en compte la persistance du symptôme, sa sévérité, ainsi que le contexte familial et environnemental dans lequel il apparaît. Chaque signe peut être révélateur d'une perturbation temporaire ou, au contraire, constituer le prélude à une problématique potentielle ou déjà existante. Aucun symptôme isolé ne permet, à lui seul, de conclure à un trouble grave ou de prédire une pathologie, à l'exception possible des retraits relationnels persistants. L'analyse doit donc porter sur l'ensemble du contexte de vie de l'enfant : son environnement, le fonctionnement familial, la qualité des liens affectifs, son mode d'attachement et son fonctionnement psychique. Ce n'est qu'après cette étape que l'intervenant pourra envisager l'aspect thérapeutique et mettre en place une intervention, qu'elle s'adresse directement à l'enfant ou qu'elle implique conjointement l'enfant et sa famille. Les modalités concrètes de ces interventions seront présentées plus en détail dans la partie « pistes d'interventions » de ce mémoire.

Enfin, selon Amar et al. (2009), il reste beaucoup à faire pour affiner la clinique du tout-petit. Il est crucial de mieux identifier ces enfants, de mettre en place des dispositifs préventifs pour éviter que ces expériences émotionnelles n'impactent leur développement psychique, et de soutenir les familles avant qu'elles ne se trouvent engagées dans des processus pathologiques. Tout cela doit être réalisé dans une optique de prévention, et non de prédiction.

Facteurs influençant le développement socio-émotionnel du nourrisson

Le développement de l'enfant ne peut se comprendre uniquement à travers l'observation de celui-ci et de sa famille. Comme le souligne Urie Bronfenbrenner, figure emblématique de la perspective écologique, il est essentiel d'étudier l'ensemble des contextes dans lesquels l'enfant évolue c'est-à-dire son système écologique. Cette approche met en évidence le caractère multidimensionnel du développement, en considérant à la fois l'environnement immédiat et les interactions dynamiques entre ses différentes composantes (Bee & Boyd, 2011).

Dans son modèle, Bronfenbrenner place l'enfant au centre d'un ensemble de systèmes emboîtés et interconnectés : le microsystème qui correspond à l'environnement immédiat (famille, école, voisinage) ; le mésosystème, qui englobe les liens entre ces différents environnements ; l'exosystème qui renvoie aux contextes sociaux et économiques plus larges pouvant

indirectement influencer l'enfant ; et le macrosystème, qui inclut la culture et les valeurs de la société. Ces systèmes s'inscrivent également dans une dimension temporelle, le chronosystème, qui prend en compte l'évolution de l'enfant et de ses environnements au fil du temps (Bee & Boyd, 2011).

Bien que l'ensemble du système écologique doive être pris en considération pour comprendre pleinement le développement socio-émotionnel, l'analyse qui suit se concentrera plus particulièrement sur le microsystème, car il représente l'espace le plus immédiat et le plus déterminant pour le jeune enfant.

Influence du microsystème

Dès les années cinquante, diverses approches du développement infantile incluant la théorie de l'attachement, les études en psychologie du développement, et plus récemment, les travaux en sciences cognitives et neurodéveloppement ont révélé que, dès sa venue au monde, l'enfant est à la fois apte et disposé à interagir avec autrui, tout en se servant de son contexte pour parfaire ses aptitudes (Clément et al., 2023). Pourtant, le développement infantile débute bien avant la naissance. L'état émotionnel et psychologique de la mère durant la gestation impacte le bébé via des mécanismes hormonaux. La mère élabore ses propres schémas d'attachement selon une transmission intergénérationnelle, qui participent à la mise en place d'un attachement « materno-fœtal », témoin d'une protection pour le développement cognitif, émotionnel et social du futur enfant (Clément et al., 2023). Au cours de sa première année, le bien-être et l'épanouissement de l'enfant sont fortement tributaires de la qualité des soins prodigués par les parents. Il est donc crucial que le bébé profite de l'aptitude psychique de sa mère ou de son référent pour apaiser, gérer et métamorphoser les angoisses primaires typiques de la période périnatale car le nourrisson ne possède pas encore la maturité psychique nécessaire pour s'en charger lui-même. Certains agissements inappropriés ou un déficit de soins parentaux durant les phases critiques du développement peuvent engendrer des effets irréversibles (Mascaró et al., 2012). La finesse parentale est intimement liée aux compétences de gestion émotionnelle de l'enfant, la mère détenant un rôle prépondérant en tant que principale figure de soin (Clément et al., 2023).

Bien que Bowlby ait d'abord axé sa théorie sur la figure maternelle, on admet désormais qu'un enfant peut tisser un lien d'attachement unique avec son père, distinct mais tout aussi crucial pour son épanouissement affectif (Golse, Bullinger & Barthélémy, 2004). De plus, certaines

recherches indiquent que les éducatrices peuvent aussi avoir une influence positive et notable sur l'évolution des compétences émotionnelles de l'enfant (Denham, Bassett et Wyatt, 2015 ; Denham, Bassett et Zinsser, 2012). Denham et son équipe insistent sur le fait que les mères comme les éducatrices impactent la socialisation des émotions et, plus précisément, l'apprentissage de la gestion émotionnelle chez les jeunes enfants. Le tempérament émotionnel des éducatrices est l'un des principaux éléments qui permettent de prédire la capacité de l'enfant à gérer ses émotions. Pour s'épanouir pleinement, le nourrisson a besoin d'interactions affectueuses avec ses proches. C'est dans ce contexte sensoriel et affectif, avec ces échanges stimulants, qu'il développe petit à petit le langage, ses capacités motrices et sa perception du monde qui l'entoure (Clément et al., 2023). Si la figure d'attachement lui offre un sentiment de sécurité, cela l'encourage à s'ouvrir au monde extérieur et à explorer son corps, celui de sa mère et les objets (Golse, Bullinger & Barthélémy, 2004; Garret-Gloane & Pernel, 2014). Le pédopsychiatre Livoir Petersen (2019) confirme qu'un bébé qui a un adulte disponible à ses côtés présente une stabilité vitale plus forte et un développement général optimisé.

À l'opposé, si un parent ne répond pas bien ou est négligent, l'enfant aura du mal à explorer et à comprendre ses propres émotions ainsi que celles des autres (Pierrehumbert, 2001). Dans ce cas, la personne à qui l'enfant est attaché peut même devenir une source d'insécurité, voire de crainte (Garret-Gloane & Pernel, 2014). Quand un enfant se sent en sécurité avec sa figure d'attachement, il emploie des méthodes directes pour solliciter son attention surtout quand il est bouleversé afin d'être près d'elle et d'être rassuré. Si ces premières relations ne sont pas bonnes, l'enfant va plutôt essayer de s'adapter pour obtenir une meilleure réaction de son parent (Muller, 2021). Si ces premières tentatives ne marchent pas, l'enfant va alors ruser : soit il cache ses émotions, soit il les amplifie pour garder le contact avec son parent (Main, 1990). Ces ruses apparaissent surtout si le parent n'est pas très attentif c'est-à-dire s'il ne réagit pas vite, bien, et toujours de la même façon quand l'enfant a besoin de lui (Ainsworth et al.). Tout ceci montre bien à quel point la qualité du lien affectif est importante pour le développement de l'enfant (Muller, 2021). En fonction de ces relations, l'enfant peut développer un attachement insécuré ambivalent, où il insiste beaucoup pour qu'on s'occupe de lui ; un attachement insécuré évitant, où il ne montre pas ses besoins ; ou un attachement désorganisé, mélangeant des réactions parfois attirantes, parfois distantes pour se faire remarquer (Muller, 2021). Chaque type d'attachement possède ses propres stratégies adaptatives.

Bien que chaque nourrisson puisse avoir sa propre façon de réagir face à des environnements analogues, il faut garder à l'esprit que ses ressources personnelles ont leurs limites. Si un

manque de soutien parental se prolonge sans aide extérieure, le bébé finit par s'épuiser, se mettant en quête de ses propres techniques pour gérer ses émotions, ce qui peut le mener à un état de mal-être profond. Lorsque ces tactiques de défense entravent son évolution corporelle ou psychologique, des indices de souffrance se manifestent (Bruwier, 2013). Nous examinerons ces indices plus en détail dans la section intitulée « Les signes de souffrance du développement socio-émotionnel ».

Les bébés confrontés à la maltraitance, au traumatisme, à la négligence et au stress chronique

Mascaró et al. (2012) soulignent que la période allant du dernier trimestre de grossesse jusqu'à la première année de vie constitue une phase cruciale pour le bébé, notamment en raison de la neuroplasticité cérébrale. Durant cette période, de nombreux réseaux neuronaux et connexions synaptiques se développent et se renforcent selon les expériences vécues par l'enfant. Des expériences telles qu'un manque de stimulation ou un stress chronique, entraînant une production accrue de cortisol, peuvent altérer le développement physique et neurophysiologique du nourrisson. Un certain niveau de stress est normal, mais lorsqu'il devient persistant, répété, prolongé ou traumatique, il peut avoir des effets délétères sur le développement. Le stress chronique durant la vie fœtale, la petite enfance ou l'adolescence affecte durablement la structure et le fonctionnement cérébral ainsi que la santé physique, car ces périodes constituent des phases critiques du développement (Wotherspoon et al., 2009 ; Pervanidou & Chrousos, 2018).

Comme évoqué précédemment, il revient aux parents de guider, encadrer et réguler leur enfant afin de l'aider à réagir de manière appropriée aux stimuli stressants ou effrayants. Cette régulation parentale est essentielle pour réduire les effets néfastes du stress en répondant aux signaux de l'enfant par des gestes réconfortants. En revanche, lorsque les parents sont défaillants, négligents ou responsables d'abus et de maltraitance, l'enfant peut présenter des retards dans l'acquisition des étapes clés du développement physique (s'asseoir, marcher, parler, etc.). Un manque de soins attentifs peut également entraîner des troubles de l'attachement, des difficultés cognitives (langage, attention), des problèmes comportementaux et des retards dans le développement socio-émotionnel, incluant la capacité à communiquer, à interagir socialement ou à exprimer ses émotions (Wotherspoon et al., 2009 ; Pervanidou & Chrousos, 2018 ; Mascaró et al., 2012).

Ces difficultés peuvent se manifester par des troubles alimentaires (comme stocker de la nourriture dans les joues ou refuser de manger), des troubles digestifs, un sommeil perturbé, des pleurs inconsolables non liés à des coliques ou maladies, une passivité ou un manque d'énergie, des comportements auto-apaisants persistants (se cogner la tête, se balancer, mordiller ou se masturber de manière excessive) ou encore par des épisodes de dissociation (désorientation ou fixité du regard) (Mascaró et al., 2012). Ces manifestations seront détaillées dans la section sur les signes de souffrance.

La négligence, la maltraitance ou le stress chronique privent l'enfant des stimulations nécessaires à son développement cérébral, ce qui peut entraîner un sous-développement de régions telles que les lobes temporaux, impliqués dans la régulation émotionnelle et le traitement des informations sensorielles (Balbernie, 2001). Le processus de synaptogenèse est alors compromis : un manque d'interactions spécifiques entraîne un sous-développement des aires corticales, sous-corticales et limbiques. Le stress généré par la négligence, via l'hypersécrétion de corticostéroïdes peut provoquer la mort neuronale et une diminution durable du volume hippocampique, entraînant troubles de mémoire et comportements agressifs. À l'inverse, des soins maternels de qualité favorisent l'expression des gènes récepteurs aux corticostéroïdes, réduisant ainsi le taux de glucocorticoïdes et optimisant l'effet du maternage. De plus, vivre dans un environnement stressant, tel qu'une violence conjugale, peut paralyser la pensée de l'enfant, rendant la réflexion sur les événements trop anxiogènes (Berger, 2007).

Les recherches sur la régulation biologique de la peur, notamment via l'axe hypothalamo-hypophysio-surrénalien (HPA), établissent le lien entre stress périnatal et dysrégulation précoce chez le bébé, complétant les observations précédentes (Lyons-Ruth & Jacobvitz, 2008, cité dans Mascaró et al., 2012). L'axe HPA régule la réponse au stress en contrôlant la libération de cortisol. La maltraitance ou la négligence persistante provoquent un stress chronique, entraînant une surproduction de cortisol. Dans 80 % des cas d'enfants maltraités ou négligés, on observe un attachement désorganisé (Gunnar, 2003 ; Guedeney & Dugravier, 2009, cités dans Mascaró et al., 2012). Il est donc primordial que les donneurs de soins soient attentifs, réceptifs et sensibles afin que l'enfant puisse réguler ses émotions et son activité cortisolique dès les premiers mois de vie. L'absence de caregiver ou des comportements inadéquats entraînent l'activation de l'axe HPA et des niveaux élevés de glucocorticoïdes en situation de stress, incitant le bébé à mettre en place des mécanismes de défense pour se protéger (Gunnar & Donzella, 2002 ; Amar et al., 2009, cités dans Mascaró et al., 2012).

Enfin, Lamour a identifié quatre catégories de repères cliniques de souffrance psychique précoce : l'expression somatique, les troubles toniques moteurs, les processus de régulation de la vigilance et les troubles relationnels, chacune regroupant différents symptômes (Amar et al., 2009).

Les signes de souffrances du développement socio-émotionnel

Les premières années de vie sont primordiales dans la structuration de la vie psychique des nourrissons (Durieux, 2013; Cadart, 2015).

Comme le souligne Cadart (2015), l'enfant va exprimer toute une panoplie de symptômes qui varient en fonction de sa personnalité, son âge, son contexte familial, social et culturel. Symptôme qu'il va falloir déchiffrer comme un signe d'appel car penser les symptômes comme un comportement déviant devant disparaître ne peut que le renforcer.

Le bébé est un être actif en interaction avec son environnement. « Tout est langage » disait Françoise Dolto (cité dans Cadart, 2015). Le petit communique à travers son corps et non avec des mots, notamment pour exprimer sa souffrance (Cadart, 2015). En effet, c'est quand on porte attention au bébé que plusieurs signes peuvent nous renseigner sur l'état de son monde intérieur ainsi que sa vie relationnelle avec son entourage (Lamour & Barraco de Pinto, 1998 ; bruwier 2017).

Les difficultés développementales du nourrisson peuvent se manifester à divers niveaux, se traduisant par des signes de détresse variées telles que des difficultés d'alimentation, d'état de vigilance, de régulation, de motricité, de contact visuel et autres.

Les bébés peuvent exprimer leur détresse de différentes manières, et l'intensité des signaux émis ne reflète pas nécessairement la gravité de leur état. On distingue généralement deux formes de signaux : les signaux bruyants, correspondant à la protestation, et les signaux silencieux, associés au retrait (Guedeney, 2005 ; Bruwier, 2013 ; Crespin, 2016). Robertson et Bowlby (1952) confirment avoir observé des jeunes enfants souffrant de carences maternelles ce qui les a amenés à décrire des stades de réactions de l'enfant : la protestation, le désespoir / le retrait.

La protestation se manifeste de façon visible et sonore, ce qui attire plus facilement l'attention de l'entourage et peut déclencher une aide. À l'inverse, le retrait est discret, peu perceptible, et risque de passer inaperçu, même aux yeux de professionnels. Ce retrait peut parfois être interprété à tort comme un signe de bon développement. Il correspond à un arrêt de la protestation : l'enfant devient passif, émet peu de vocalisations, paraît calme et « hyper adapté

». Dans certains cas, il présente des affections cutanées, des infections répétées ou encore une hypersomnie. Ce profil décrit un bébé faussement rassurant, qui cherche à se faire oublier. Les signaux bruyants, quant à eux, sollicitent et interpellent davantage l'entourage. Le bébé proteste activement et manifeste son inconfort par des comportements tels que le refus alimentaire, les régurgitations, l'évitement du regard, les pleurs inconsolables, les troubles du sommeil, ou encore des variations de tonus (hypotonie ou hypertonie). Si les signaux bruyants ne sont pas toujours le signe d'une détresse profonde, la discréption des signaux silencieux peut en revanche dissimuler de grandes difficultés : un bébé oublié, peu vu ou peu entendu peut traduire une détresse extrême, à laquelle il ne tente même plus d'échapper (Lamour & Barraco de Pinto, 1998 ; Bruwier, 2013 ; Crespin, 2016). Par ailleurs, le bébé peut passer d'une forme de signaux à l'autre (Bruwier, 2013).

Ainsi, face à la diversité et à la complexité des signaux exprimant la souffrance chez le nourrisson, il est apparu nécessaire de disposer d'un outil structuré permettant de les repérer et de les analyser de manière systématique. C'est dans cette optique que notre recherche a conduit à l'élaboration d'une grille de dépistage basée sur des items regroupés en plusieurs catégories essentielles. Cette grille vise à mieux identifier les manifestations de détresse, en prenant en compte des dimensions telles que l'alimentation, les différentes phases d'éveil, les manifestations corporelles, la communication sociale, ainsi que les mécanismes de défense. Dans la suite de ce point, je détaillerai ces différentes catégories et les signes qui leur sont associés, afin de justifier l'utilisation des items retenus et d'affiner la compréhension des différentes expressions de la souffrance infantile.

Les différentes phases d'éveil

Les états de sommeil et d'éveil chez les nourrissons témoignent de mécanismes de défense nécessaires aux situations stressantes. Selon Bruwier (2013), certains bébés font preuve d'hypervigilance, étant constamment sous contrôle strict et ayant le regard perçant, comme s'ils cherchaient constamment à maîtriser leur environnement. À l'inverse, certains nourrissons dorment beaucoup et semblent parfaitement calmes, ce qui n'est qu'un signe de la réponse ou du refuge qu'offre le sommeil. Garret-Gloane et Pernel (2014) soulignent que la vigilance dont font preuve ces bébés est révélatrice de leurs stratégies défensives : la transition soudaine vers le sommeil pourrait être le moyen par lequel le nourrisson communique son extrême détresse, tandis que l'hypersomnie pourrait devenir un refuge contre l'environnement stressant. Ces

phases de vigilance sont des équivalents émotionnels qui renseignent sur la relation entre tension et relaxation, ainsi que sur le fonctionnement des systèmes intégratifs du nourrisson.

De plus, comme mentionné précédemment, en situation de maltraitance, de négligence ou de stress chronique, un enfant peut devenir presque constamment hypervigilant, anticipant ainsi un danger potentiel permanent (Perry, 2005, cité dans Marro). Cet état de surexcitation entraînera une vigilance excessive, des troubles du sommeil tels que l'insomnie et une hypertonie musculaire, privant ainsi l'enfant des phases de repos nécessaires à son développement physique et relationnel.

Théoriquement, ces observations justifient pleinement l'inclusion dans notre grille de dépistage d'éléments ciblant précisément ces manifestations de l'état d'éveil. Nous avons notamment examiné ces phénomènes sous l'angle de la première phase, la plus énergétique de l'éveil (la phase d'alerte), et de la phase calme, car dans ce cas, le nourrisson était considéré comme le plus apte à interagir avec son environnement (Durieux, 2013).

En résultat, nous avons retenu des items comme « le bébé interrompt constamment son activité en fonction des stimuli de son environnement », « le bébé surveille et scrute intensément de manière excessive son environnement » « Le bébé semble indifférent à son environnement » « 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 à des difficultés à se détendre » ou encore « le sommeil du bébé est superficiel, léger, il se réveille souvent facilement. Il dort apparemment peu ». Ces indicateurs traduisent l'état d'hypervigilance et la difficulté du bébé à maintenir une détente nécessaire à son développement, mettant en lumière une souffrance potentielle qu'il convient de repérer précocement.

La communication

Au sein de notre grille de dépistage, la dimension de la communication a été abordée à travers des items considérés comme positifs, permettant d'évaluer la présence et la qualité des échanges du bébé avec son environnement. Ces items comprennent, par exemple, la capacité du bébé à initier la communication (par des appels, des pleurs, des regards), à réagir à la voix humaine ou aux chansons, à répondre lorsque son prénom est prononcé, ainsi qu'à exprimer son plaisir ou son déplaisir à travers le regard, la voix ou le mouvement.

Ces comportements s'inscrivent dans la théorie de l'attachement et du développement socio-émotionnel, qui souligne que la communication précoce qu'elle soit verbale ou non verbale constitue le socle de la construction des liens et de l'intégration sociale (Trevarthen, 1993). Un regard esquivé, par exemple lorsque le bébé détourne la tête pour rompre un échange visuel, peut signaler une difficulté relationnelle ou émotionnelle sous-jacente. (Bowlby, 1969)

La pauvreté ou l'absence de communication, qu'elle se manifeste par un manque d'initiative dans les interactions, une réduction des mimiques, l'absence d'expressions émotionnelles, une voix peu utilisée ou une perte des allusions, peut traduire une perte d'élan vital. Ce retrait progressif, parfois accompagné d'un regard vide, témoigne d'un désengagement de l'enfant vis-à-vis de son environnement. Or, moins l'enfant entre en interaction, moins il bénéficie d'expériences relationnelles riches, ce qui, en retour, limite ses possibilités de développement affectif et cognitif. (Garret-Gloane & Pernel, 2014).

L'alimentation

Dans notre grille de dépistage, la dimension de l'alimentation est abordée à travers quatre items. Il y a deux items positifs : « Le bébé manifeste son envie de manger » « Le bébé manifeste du plaisir à manger » ainsi que deux items négatifs : « Le bébé refuse de manger » « Le bébé mange trop en quantité et ne semble jamais rassasié. Il faut le faire arrêter de manger » .

Ces comportements alimentaires constituent des indicateurs précoce du bien-être et de l'état psychique du bébé. En effet, l'alimentation ne répond pas uniquement à un besoin physiologique, elle est aussi une expérience relationnelle et affective majeure, inscrite dans la dynamique d'attachement (Winnicott, 1965; Durieux 2013). Le plaisir ressenti lors des repas témoigne non seulement de la satisfaction des besoins corporels, mais aussi de la qualité de l'interaction avec la figure de soins.

« Parce que beaucoup des interactions du bébé avec le parent tournent autour de l'alimentation, la période de développement, la régulation des prises alimentaires est très liée à l'investissement affectif réciproque et synchronique du bébé et du parent. Si le parent et le bébé sont en difficulté pour réaliser cet investissement, l'alimentation et le développement du bébé risquent de devenir problématiques » (Guedeney, 1990).

À l'inverse, certaines difficultés, comme des régurgitations fréquentes, des vomissements, voire des formes précoce d'anorexie ou un refus persistant de s'alimenter, peuvent constituer des

signaux d'alerte (Bruwier, 2013). Comme le rappellent Garret-Gloane et Pernel (2014), un bébé qui exprime peu ou pas de signaux de faim, qui ne manifeste aucun plaisir au moment des repas, qui n'est pas demandeur, ne montre aucun signe de succion ou d'expression de satiété, peut présenter une souffrance relationnelle ou émotionnelle sous-jacente. Il reste important de nuancer ces propos, au départ le refus de nourriture peut-être le signe d'un fonctionnement alimentaire posant problème (difficulté à téter, manque d'appétit,..) on pourra considérer ce signe comme un indice de manifestation de sa souffrance si le problème persiste (Ramsay, 2001).

Dans les situations les plus graves, une anorexie persistante peut avoir un retentissement significatif sur la courbe pondérale, ce qui nécessite une intervention rapide pour prévenir des conséquences physiques et psychiques durables (Durieux, 2013 ; Garret-Gloane & Pernel, 2014). Ces manifestations peuvent traduire un désinvestissement global de l'environnement, dans lequel l'alimentation perd sa dimension interactive et affective, privant le bébé d'une expérience essentielle à son développement. D'ailleurs, plusieurs auteurs associent les problèmes alimentaires à des problèmes d'attachement parent-enfant, une mauvaise gestion de l'alimentation par les parents ou encore les difficultés liées à la séparation (Bentovim, 1970 ; Chattoor et al., 1997).

Les manifestations corporelles

La grille de dépistage que nous avons développée met en évidence certaines manifestations corporelles négatives observées chez l'enfant, telles que souffrir d'eczéma et ou d'avoir une peau atopique de manière chronique et ou aigue, le fait d'avoir des variations soudaine de couleur de peau, être fiévreux subitement sans cause médicale identifiée ou encore de présenter une hypotonie ou une hypertonie relationnelle, peuvent être indicatives de souffrance. Le développement de troubles respiratoires tels que des apnées et/ou des spasmes du sanglot avec des hurlements au point d'avoir un arrêt de la respiration jusqu'à la possible perte de conscience peut également révéler cette souffrance.

Ces observations trouvent leur justification dans la littérature, notamment à travers les travaux de Marty et al (cité dans (Belot & De Tyché, 2015), qui ont montré que d'autres voies de régulation somatique, telles que les troubles du sommeil, les troubles digestifs, cutanés ou respiratoires peuvent être associées à ces manifestations corporelles de détresse. Effectivement, Bruwier (2013) stipule également que des infections respiratoires à répétition, les fièvres

inexpliquées ou des affections cutanées sont des signes d'appels. (Garret-Gloane & Pernel, 2014)

Par ailleurs, les troubles du tonus musculaire et de la motricité chez le nourrisson peuvent aussi constituer des indicateurs de souffrance socio-émotionnelle se manifestant sous forme d'hypotonie, d'hypertonie ou d'agitation motrice. L'hypotonie se manifeste par un bébé mou, manquant de tonicité musculaire et ayant du mal à se maintenir. Un état souvent observé lorsqu'on porte l'enfant, avec une sensation de tenir un enfant ayant déserté son corps. Cette condition peut être liée à la fatigue mais elle peut aussi signaler une détresse psychique, ce que de nombreux bébés abandonnés et placés en pouponnière présentent de manière discrète.

A contrario, l'hypertonie apparaît comme un excès de tonicité. Il s'agit d'un bébé rigide et tendu rendant par exemple le portage difficile. Il se raidit autour de l'axe vertical. Ce signe peut refléter un état de stress ou de tension et indiquer une perturbation dans les premières relations. C'est souvent une réponse à la dépression maternelle, d'ailleurs si elle perdure elle pourrait être source de retard psychomoteur ou d'agitations (Durieux, 2013 ; Garret-Gloane & Pernel, 2014).

L'agitation motrice, quant à elle, se manifeste par des mouvements saccadés, amples et désorganisés, permettant à de s'auto administrer de la contenance. Elle peut être attribuée à une immaturité du système neuro-moteur mais aussi révéler une désorganisation relationnelle plus profonde (Durieux, 2013).

Enfin, Sharara et Moro (2000) ajoutent que l'eczéma chez le nourrisson pourrait être interprété comme un mécanisme de défense permettant à l'enfant de se créer une nouvelle enveloppe protectrice et de s'éloigner d'une mère potentiellement défaillante ou d'un environnement inadéquat.

Mécanismes de défense

L'humain est capable biologiquement de répondre à une situation de danger qui peut être stressante en se retirant, en luttant ou en figeant. Des aménagements défensifs comme la rupture ou la fuite, l'évitement du regard, l'évitement relationnel et l'isolement vont être mis en place lors de situations stressantes. Ces aménagements sont fréquemment utilisés par le bébé et ils lui permettent de se mettre à l'écart d'interactions et de débordement émotionnelle. Il s'agit de stratégies dites adaptatives ou de survie propre à chacun, autrement dit tous les bébés ne réagissent pas de la même manière au stress et certains ont plus de ressource que d'autres. (Bruwier, 2013) En cas de situations de stress trop fréquentes et importantes, l'amygdale va être

hyper stimulée et les expériences vont être mémorisées et donc la fuite ou l'évitement devient générale pour toutes les situations de stress. C'est comme si ces bébés-là allaient anticiper tous les dangers possibles venant de l'environnement et cela provoque qu'ils vont rester en alerte en permanence (Mascaró et al., 2012).

La recherche a permis de confirmer que l'évitement du regard et du corps sont des moyens pour réguler la distance entre le bébé et son interlocuteur afin de se protéger des émotions désagréables que peuvent émettre les interactions. (Mascaró et al., 2012) (Bruwier,2013).

Les deux variables de l'isolement et le regard et celle du retrait relationnel doivent faire la distinction entre une stratégie adaptative mise en œuvre pour réguler la juste distance avec le soignant et un mécanisme de défense pathologique comme l'évitement relationnel. L'évitement du regard provoque un comportement de retrait en général comme dans la dépression précoce. (Mascaró et al., 2012). En effet, c'est quand les moyens de défenses utilisés empiète sur ou sont invalidant pour le développement physique et ou psychique du bébé que les signes de souffrances s'installent et entraînent des troubles cognitif, langagier, moteur et comportementaux. (Bruwier,2013)

Selon Engel et Schmale (1972), la réaction de conservation-dépression-retrait de l'énergie serait un processus défensif de base chez le bébé pour préserver son énergie dans les situations critiques. Des études antérieures, comme celles de Spitz et Wolf (1946), ont confirmé que le retrait est un mécanisme de défense permettant de faire face à des situations de grande détresse. Fraiberg (1982) a également décrit un mécanisme de défense similaire, appelé "le figement", observé dès l'âge de trois mois chez des enfants confrontés à des situations relationnelles très pathologiques, ainsi qu'à un fort sentiment d'impuissance. De plus, cette réaction a été décrite par Beebe et al. (cités dans De Rosa et al., 2010) comme un précurseur de l'attachement désorganisé. Guédeney (2005), quant à lui, considère le retrait comme une façon pour le bébé d'échapper au présent. Incapable de voyager mentalement dans le passé ou de se projeter dans le futur, le bébé utiliserait le retrait pour se distancer du temps et s'éloigner de la réalité ; il s'agit d'un processus de fantasme qui tente de s'adapter à la continue violation du présent.

L'étude menée par De Rosa et al. (2010) confirme que la réaction de retrait chez le nourrisson est déclenchée lorsqu'il perçoit une négligence, une intrusion ou une sensation de vide causée par l'absence de l'objet libidinal. Il a également été constaté que la présence d'une pathologie maternelle, qu'elle soit psychiatrique ou somatique influence significativement le fait d'obtenir un score élevé à l'échelle Alarme Détresse Bébé (ADBB). Cette échelle évalue le retrait relationnel manifesté par le bébé à travers une évaluation de type Likert portant sur les

comportements sociaux tels que les gestes, le contact visuel, les vocalisations, le niveau d'activité, l'attractivité, la capacité de se connecter avec autrui et l'auto-stimulation (De Rosa et al., 2010). Cette échelle sera ultérieurement dans un autre mémoire comparée à notre outil de dépistage car ils renseignent tous deux sur le développement socio-émotionnel.

L'ensemble de ces données issues de la littérature justifie l'intégration, dans notre grille de dépistage des items issu de la dimension « Défense ». On y retrouve par exemple l'item « le bébé dort trop longtemps et/ou trop profondément et/ou a tendance à somnoler» ainsi que l'item « Le bébé a un sommeil particulièrement profond (l'enfant peut être dur à réveiller). Il dort apparemment beaucoup » qui peut correspondre à une manière d'échapper au présent, comme l'a décrit Guédeney (2005) mais ça peut également être une façon de se faire oublier, de s'oublier dans une hypersomnie. C'est un enfant qui va accepter passivement les soins, émettre très peu de vocalises. L'item « le bébé regarde intensément ou surveille de manière excessive son environnement » illustre quant à lui l'état d'alerte permanent décrit par Mascaró et al. (2012), caractéristique des enfants qui anticipent constamment un danger. De même, « le bébé ne se détend pas ou difficilement, il se cambre et se tend » renvoie à la notion de figement évoquée par Fraiberg (1982), signe d'une tension corporelle persistante en contexte de stress. L'item « le bébé est passif et très peu en mouvement, même lorsqu'il est stimulé » traduit un retrait profond tel que décrit par Engel et Schmale (1972) ainsi que Spitz et Wolf (1946), manifestation d'une économie extrême de l'énergie dans les situations critiques. Enfin, l'item « 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 » met en avant les signes utilisés par certains bébés quand la mère n'est pas en mesure de supporter psychiquement la distanciation. Effectivement, les signes utilisés représentaient des activités répétées voire stéréotypées. Le bébé va également se cogner volontairement(Garret-Gloane & Pernel, 2014).

Comment intervenir, qu'est-ce que l'intervention précoce ?

Les théories sur l'attachement pourraient amener à penser les effets des expériences infantiles comme quelque chose qui est hors de contrôle dont on ne peut pas changer l'issue or il s'avère qu'un nombre croissant de résultats amène à l'abandon des concepts tels que l'empreinte. L'être humain bénéficie d'une liberté d'action, qui peut être améliorée par un travail sur soi ou une prise en charge thérapeutique sans être soumis uniquement à ses conditionnements passés. Même s'il existe certains liens de causalité, il y a une possibilité de changement (Miljkovitch, 2001).

Ce qui montre l'intérêt des interventions précoces, qu'elles soient préventives ou thérapeutiques (Mascaró et al., 2012). Nombreux sont les auteurs qui insistent sur la nécessité de soutenir le développement de l'enfant en lui offrant, dès que possible, des relations stables, sécurisantes et cohérentes avec ses figures de soin. Pour cela, l'observation occupe une place centrale, elle suppose une présence attentive et une capacité d'identification fine aux besoins et aux états internes du bébé. Cela implique une formation continue et actualisée de tous les professionnels de la petite enfance, en particulier ceux qui sont en contact direct avec de jeunes enfants. Ils doivent connaître les bases du développement, être en mesure de repérer les signes de souffrance, qu'ils soient manifestes ou plus discrets et faire preuve d'une vigilance bienveillante. Il est également utile de recourir à des outils d'évaluation standardisés (protocoles, grilles, échelles), tout en veillant à ne pas réduire l'enfant à ses comportements. L'observation doit dépasser le cadre normatif et viser avant tout la compréhension de ce que l'enfant exprime par son corps, en tenant compte de sa singularité et de son contexte relationnel (Cadart, 2015; Denat, 2011; Garret-Gloane & Pernel, 2014; Wotherspoon et al., 2009).

Ces observations doivent s'inscrire dans un travail collectif, en collaboration étroite avec les parents et les différents intervenants autour de l'enfant. Le recours à un éventail multidisciplinaire est davantage préconisé (Garret-Gloane & Pernel, 2014). Il s'agit également d'inclure les parents sans oublier l'enfant derrière leurs préoccupations ou éventuelles fragilités, en soutenant leur parentalité sans jugement. Dans cette perspective, il est fondamental de s'interroger sur ce qui émerge du fonctionnement parental et de la qualité des interactions précoces. Comprendre le mode relationnel propre à chaque bébé, ainsi que la dynamique du lien parent-enfant, est essentiel. C'est bien souvent le bébé lui-même qui, à travers ses réactions, ses ajustements ou ses défenses, nous indique si la relation qui l'unit à ses parents est suffisamment contenante pour favoriser son développement ou si, au contraire, elle l'amène à mettre en place des mécanismes défensifs pouvant l'orienter vers un type d'attachement pathologique (Sweet & Appelbaum, 2004).

Sophie Lachaussée propose une modalité d'intervention particulièrement pertinente dans ces situations. Elle suggère l'engagement d'une équipe spécialisée, de type SOS Enfants, dans un premier temps afin d'évaluer à la fois le niveau de développement de l'enfant et les capacités parentales. Cela permet d'ouvrir deux voies d'entrée complémentaires pour l'intervention.

La première passe par l'enfant lui-même, avec pour objectif de renforcer ses compétences, notamment en répondant à ses besoins de stimulation sensorielle et psychomotrice adaptée à son âge. Par exemple, par des massages ou des jeux favorisant le développement de ses

aptitudes motrices et relationnelles. Ces activités peuvent aussi être des occasions pour initier chez les parents des comportements similaires envers leur enfant.

La seconde voie concerne les parents, car même si l'objectif principal reste le bien-être de l'enfant et son développement harmonieux (physique, émotionnel, intellectuel et social), cela ne peut être réellement atteint qu'en tenant compte du ou des parents. Travailler avec eux permet de renforcer leurs compétences éducatives, d'améliorer leur capacité à répondre aux besoins de leur enfant, de les sensibiliser aux capacités d'interaction et d'éveil de leur bébé et surtout, de soutenir la qualité du lien parent-enfant, indispensable à l'apparition et à la durabilité des bénéfices de l'intervention (Lachaussée, Bednarek, Absil & Vanmeerbeek, 2010).

Par ailleurs, il est essentiel de développer des dispositifs permettant à l'enfant d'exister pour lui-même, en dehors des projections parentales car d'après Bowlby (1969) « *il est vrai la façon dont une mère donnée traite un enfant donné est un produit complexe qui reflète la façon dont ses propres tendances originelles ont été confirmées, modifiées ou amplifiées par l'expérience qu'elle a eue avec le nourrisson* ». d'où l'importance de pouvoir faire vivre des expériences relationnelles ajustées et sécurisantes. Ces espaces, portés par un tiers soignant, offrent au bébé la possibilité de maintenir ses capacités d'interaction, tout en construisant ses propres outils de représentation du monde interne et externe (Mottrie, Culot, Delannoy, Alexandre & Gaugue, 2023).

Même si l'on ne peut compenser les manques précoces, il est possible d'être là, au quotidien, en offrant une présence stable, un cadre contenant, de la tendresse, de la patience et une autre réalité relationnelle sur laquelle l'enfant pourra s'appuyer.

À noter que pour les situations où une évolution semble possible, il existe des programmes d'intervention précoce à domicile qui ont pour but de venir en aide aux familles négligentes ou à risque de le devenir. Pour s'aider dans la recherche d'un service d'aide, le praticien peut utilement se référer aux sites Internet suivants :En Belgique : www.parentalite.cfwb.be : le site propose un outil de recherche sous le lien « Actions parentalité » qui permet le choix de la thématique, de l'âge de l'enfant et de la province ou commune. www.yapaka.be/tous/page/ou-trouver-de-laide : répertoire d'adresses plus générales de services d'aide à la jeunesse.

En Europe : www.childoneurope.org/ (Lachaussée, Bednarek, Absil & Vanmeerbeek, 2010)

Il pourrait être intéressant, dans les années à venir, de rédiger un mémoire portant sur les interventions à mettre en place pour soutenir les professionnels de la petite enfance, en leur fournissant des repères clairs sur la manière d'agir face à ce type de situations. En effet, lors de mes collaborations avec plusieurs crèches, certaines ont exprimé ce manque de guidance et se montrent en attente de pistes de solutions concrètes.

Fidélité/ fiabilité test-retest

Au sens psychométrique, la fiabilité fait référence à la cohérence de mesure (Cohen & Swerdlik, 2018). Dans ce mémoire nous avons décidé d'explorer la fiabilité via la méthode test-retest afin d'évaluer la fidélité d'un instrument psychométrique. Cette méthode consiste à s'assurer de la stabilité dans le temps, qu'il y ait une certaine constance dans les résultats obtenus par un même échantillon d'individus à deux moments distincts du même test. En effet, un instrument étant fidèle devrait produire les mêmes résultats chez une même personne à deux moments rapprochés dans le temps. (Cohen & Swerdlik, 2018 ; Monseur, 2021)

La corrélation entre les deux séries de scores est ensuite calculée à l'aide du coefficient de Bravais-Pearson, qui mesure le degré d'association linéaire entre les résultats obtenus aux deux passations. Un coefficient élevé indique que l'outil mesure de manière fiable le construct visé, avec peu de fluctuations dues à l'erreur de mesure (Fermanian, 1996 ; Laveault & Grégoire, 2002). Ce type de mesure est appropriée pour évaluer la fiabilité d'un test qui prétend mesurer quelque chose qui est relativement stable dans le temps, comme un trait de personnalité. Si l'on suppose que la caractéristique fluctue au cours du temps, il y aurait peu de sens à évaluer la fiabilité à l'aide de la méthode test-retest (Cohen & Swerdlik, 2018).

Du moins, il faut que les individus n'aient pas fait l'objet d'un enseignement ou qu'ils n'aient pas eu l'occasion de s'exercer afin d'améliorer leurs performances sinon il s'agirait d'un biais d'apprentissage (Bessonneau et al., 2020).

La durée de l'intervalle entre les deux passations est cruciale. Un intervalle trop court peut entraîner un effet de pratique ou de mémorisation, tandis qu'un intervalle trop long risque d'introduire un effet de maturation, c'est-à-dire une évolution réelle du trait étudié car avec le temps les gens changent, évoluent. Par conséquent, le temps qui passe peut-être une source de variantes d'erreur également (Cohen & Swerdlik, 2018; Psychométrie à l'UdeS, s.d.).

La méthode test-retest permet donc d'évaluer dans quelle mesure les variations observées sont dues à des fluctuations réelles des aptitudes ou à des erreurs de mesure (Anastasi, 1994 ; Cohen & Swerdlik, 2018).

Conclusion

Ce travail a permis d'explorer l'importance cruciale des soins maternels cohérents et adaptés dès le début de vie du nourrisson, pour le développement de ses compétences innées à l'intersubjectivité primaire. Une sensibilité parentale déficiente, notamment lorsqu'elle devient chronique, peut plonger l'enfant dans un état de détresse et l'amener à adopter des stratégies dites adaptatives qui à force vont refléter cette souffrance.

Ces observations montrent combien l'accompagnement attentif de l'adulte est essentiel pour soutenir le développement harmonieux des compétences relationnelles et intersubjectives de l'enfant. Elles soulignent également toute l'importance du dépistage et de l'intervention en petite enfance, appuyant que le dépistage des difficultés doit impérativement s'accompagner de mesures d'accompagnement adaptées pour être véritablement efficaces et amener un sens au dépistage.

Méthodologie

Objectifs et hypothèses de la recherche

L'objectif principal de cette recherche est de valider scientifiquement l'outil conçu au dépistage des difficultés socio-émotionnelles de développement rencontré chez les nourrissons âgés de 0 à 30 mois. L'enjeu est que cet outil permette de distinguer les enfants présentant des difficultés cliniques de ceux qui n'en présentent pas, en s'appuyant sur les indicateurs somatiques identifiés au sein la grille de dépistage. Pour ce faire, la gille est administrée à un échantillon issu d'une population dite « tout-venant » en comparaison à un échantillon issu d'une population dite « clinique ». Toutefois, la comparaison entre ces deux populations ne sera pas traitée dans le présent mémoire mais fera l'objet du travail de Clémentine Luc. Par conséquent, les données collectées pour la population clinique ne seront pas incluses dans mon analyse statistique.

Le présent mémoire se concentre sur l'évaluation de la fidélité test-retest de l'outil, afin de vérifier si, au fil du temps, les résultats restent cohérents et ne sont pas influencés par le seul effet du temps qui passe. Plus précisément, il s'agit d'examiner la cohérence entre les passations au temps un, deux et trois pour déterminer si le coefficient de corrélation de Spearman entre ces trois temps de mesure est suffisamment élevé pour attester de la stabilité de l'outil de

dépistage. Une hypothèse exploratoire pourrait être que la fiabilité de notre outil pourrait varier en fonction de l'intervalle de temps utilisé entre les passations, il pourrait s'avérer moins fiable à mesure que l'intervalle augmente entre deux passations.

Échantillon

La population visé par notre étude est une population dite « tout venant » de nourrisson âgée de 0 à 30 mois. Pour ce faire, nous avons ciblé nos recherches dans des environnements tels que des crèches et des services d'accueil à domicile. Nous avons également élargi nos recherche à la population dites « clinique », également âgée entre 0 et 30 mois venant de pouponnière. L'outil s'élève au nombre de 42 items, et pour en assurer une efficacité statistique, il était nécessaire d'avoir environ dix participants par item. Par conséquent, un échantillon de 420 sujets minimum était attendu pour la population tout venant. Pour ce qui est de la population clinique, nous n'avons pas établi de minimum.

Méthode de recrutement

Une fois l'accord du comité éthique de la Faculté de psychologie, logopédie et sciences de l'éducation ainsi que le soutien de l'office national de l'enfance (ONE) obtenu nous avons débuté le recrutement. Notre méthode consistait à contacter toutes les crèches environnantes dans notre région de vie, principalement dans la province de Namur et de Liège , en utilisant le site de référence de ONE. Pour les accueillantes à domicile, nous ne nous sommes pas aidées du site de référence mais nous nous sommes aidées du moteur de recherche Google ainsi que notre propre réseau de connaissance. Notre démarche consistait dans un premier temps à mener un échange téléphonique avec chaque établissement d'accueil de la petite enfance pour expliquer notre projet. Si l'un d'eux se montraient désireux d'en savoir davantage sur la recherche, nous lui envoyons un récapitulatif par mail avec toutes les informations nécessaire ainsi qu' en pièce jointe la lettre de soutien de l'ONE et un folder explicatif présenté aux annexes 1 et 2. En générale, après cette étape, nous procérons à une rencontre en présentiel afin de présenter le projet lors des réunions d'équipes. Durant la réunion, nous présentions le projet sous forme de powerpoint ainsi que tous les documents nécessaires à la mise en place du projet. Cependant, d'autres crèches n'étaient pas demandeuse de cette rencontre et les informations téléphoniques ainsi que les échanges de mails suffisait. Un temps de réflexion leur était alors accordé afin de pouvoir prendre une décision en équipe, quand le retour s'avérait positif venait alors les échanges de documents nécessaire à la mise en place de la collaboration.

Les documents, au nombre de cinq, ont tous été approuvés par notre comité d'éthique local (Faculté de Psychologie) et son disponible aux annexes 3,4,5 et 6. Nous avons fourni des documents tels que la grille de dépistage des difficultés socio-émotionnelles, le document concernant l'engagement des intervenants utilisant l'outil de dépistage, ainsi que la lettre d'information et le formulaire de refus destinés aux parents. Nous laissons ensuite quelques jours au responsable de la crèche pour examiner ces documents, après quoi nous reprenons contact par téléphone ou par courriel pour clarifier tout doute éventuel.

Si les parents refusaient de donner leur accord, ils devaient signer et renvoyer le formulaire de refus au responsable, et ainsi, l'enfant n'était pas inclus dans l'échantillon. Une fois cette étape franchie, un ou plusieurs intervenants de l'équipe complétaient la grille anonyme pour chaque enfant de la crèche si cela leur était possible, si pas ils prenaient un échantillon aléatoire au sein de la crèche en ayant nous bien précisé au préalable qu'ils ne devaient pas uniquement sélectionner les enfants qui posent questions au niveau de leurs développement socio-émotionnelle. L'étape du remplissage de la grille pouvait être réalisée après avoir signé la lettre d'engagement. La grille prenait en moyenne 5 à 10 minutes par enfant pour être totalement complété. Les intervenants ou le responsable pouvaient contacter l'étudiante à tout moment pour toute question relative à la compréhension des items et elle devait s'assurer du bon déroulement du processus. Divers codes étaient utilisés pour chaque enfant afin de garantir son anonymat et de suivre son évolution. Les données étaient ensuite collectées par les étudiantes en version papier ou électronique, selon la préférence de la crèche. Pour ensuite, un mois après répéter la même opération, c'est-à-dire faire remplir cette même grille pour les enfants déjà observé précédemment. Cette opération se répète trois fois au total, avec à chaque fois un mois d'intervalle entre les différentes passations. Il est important de préciser qu'au temps un deux et trois, ils devaient s'agir de la même intervenante qui remplissait cette même grille d'observation.

Les critères d'inclusion de notre étude concernait tous les enfants âgés de 0 à 30 mois présents durant les trois mois sur laquelle s'était fondée notre collaboration au sein de l'établissement. Tous les enfants plus âgés, n'étant pas présents pendant les trois mois de passation ainsi que ceux dont les parents avaient refusé la participation étaient exclus de cette recherche.

Conditions de passation

Nous avons mis l'accent sur l'importance que ce soient les professionnels, et non les parents, qui complètent la grille de dépistage des difficultés socio-émotionnelles de l'enfant afin de mettre à distance le niveau de préoccupation parentale et d'autres biais qui pourraient fausser les données. En effet, selon Scheeringa et ses collaborateurs (2006) ; « L'expérience des parents peut également avoir une incidence sur les déclarations de psychopathologie du nourrisson. Les parents qui font état de la symptomatologie de leur enfant doivent disposer d'un cadre de référence ou de comparaison pour déterminer si le comportement en question est déviant ou suffisamment différent pour être problématique ». L'outil, ne nécessitant pas de formation spécifique pour être utilisé, a été administré aux enfants par des professionnels de la petite enfance car nous voulons nous assurer des réponses précises aux différents items. Pour ce faire, il était demandé aux responsables de distribuer l'outil aux intervenants qui connaissaient le mieux l'enfant, qui était davantage en contact avec. Et ce, peu importe la fonction au sein de l'établissement même si en général nous partons du principe qu'il était préférable de la faire remplir par la ou les puéricultrices en contact avec l'enfant.

Outil /Procédure

Afin de valider l'outil initial et ses items, un travail approfondi avait déjà été mené par les mémorantes précédentes, en collaboration étroite avec nos promotrices et les expertes impliquées dans ce projet de recherche. Ce travail comprenait de nombreuses relectures et des réunions régulières avec les spécialistes de la petite enfance (Deprez Alexandra, Vierendeels Déborah et Weets Laurence) au cours desquelles ils ont discuté en détail du développement de la grille et de chacun de ses items. Pour élaborer cette première version, les expertes se sont appuyées à la fois sur leurs observations cliniques de terrain et sur des références théoriques telles que la théorie de l'attachement. Elles ont également utilisé comme base trois questionnaires validés : la **CIMHS** (*Copenhagen Infant Mental Health Screening*), la **BITSEA** (*Brief Infant Toddler Social Emotional Assessment*) et le **SDQ** (*Strengths and Difficulties Questionnaire*). L'objectif était de construire des items :les moins jugeants et projectifs possible, formulés de manière descriptive et peu influencés par d'autres sphères du développement. Pour la passation, elles ont retenu une échelle de Likert à quatre niveaux : *jamais ou presque jamais / parfois / souvent / toujours ou presque toujours*. Cette première version a été testée dans plusieurs crèches, sous la supervision de l'experte Vierendeels Déborah, afin d'évaluer à la fois sa compréhension par d'autres professionnels et son applicabilité sur le terrain. Par ailleurs, l'Office National de l'Enfance (ONE) s'est montré intéressé et a proposé de soutenir le développement de cet outil de dépistage.

À partir des données recueillies, une analyse statistique a permis d'identifier certains items mal compris ou faiblement corrélés entre eux. Les items présentant une faible saturation factorielle ont été retirés. Malgré ces résultats, certains items dits « cliniques » ont été conservés après discussion entre les expertes et nos promotrices, car ils étaient jugés importants et nécessitent une seconde passation pour confirmer leur pertinence.

Ainsi, certaines formulations ont été revues, certains items supprimés (notamment ceux considérés comme doublons ou peu clairs) et d'autres maintenus pour réévaluation. Le mémoire précédent, notamment celui de Manon Bomboir, a donc servi de base solide pour notre travail actuel.

En nous appuyant sur ce travail préparatoire, nous proposons aujourd'hui une version remaniée de l'outil, composée de 42 items et intégrant une évaluation test-retest en trois temps (P1, P2 et P3) étendue sur trois mois afin de vérifier la stabilité des réponses dans le temps et d'évaluer la fiabilité du test.

Cette version conserve les catégories d'observation définies précédemment : le sommeil (état d'éveil calme ou agité), l'alimentation, la communication, les manifestations corporelles et les mécanismes de défense. Elles s'appuient sur les résultats de l'analyse factorielle issue du mémoire précédent. Nous avons à notre tour testé cette version dans différentes structures d'accueil de la petite enfance, afin d'en évaluer la fiabilité et l'utilisation sur le terrain.

Analyses statistiques

L'objectif du travail statistique a été d'évaluer la qualité, le contenu et la fiabilité de l'outil à partir des données recueillies. Pour atteindre cette objectif nous avons initialement choisi de réaliser une analyse factorielle exploratoire pour confirmer que les éléments de l'instrument mesurent adéquatement les dimensions théoriques préexistantes et pour juger la cohérence interne entre les facteurs.

Par la suite, l'analyse du taux de distribution des réponses par item a été effectuée afin d'identifier d'éventuelles anomalies d'échelle, telles qu'une faible variation ou un effet plafond/plancher, et pour garantir que chaque item possède une capacité discriminante suffisante.

Cette phase offre aussi l'opportunité de suspecter la normalité des données, ce qui guide la sélection du type de corrélation approprié (Spearman ou Pearson). L'idée était d'identifier la structure de base de l'instrument de mesure et de garantir que les éléments mesuraient un nombre limité de construits (facteurs) de manière cohérente avant d'évaluer la stabilité des résultats au fil du temps. cette évaluation a été réalisé à l'aide de

matrices de corrélations entre les différentes passations (P1, P2 et P3), d'abord au niveau des items, ensuite au niveau des dimensions identifiées par l'analyse factorielle. Le test non paramétrique de Spearman a été privilégiées, car la variables de type échelle de Likert est ordinal et ne semble pas suivre une distribution normale. Cette méthode permet de vérifier que le classement des participants au sein des dimensions reste stable dans le temps, confirmant ainsi la fiabilité de l'outil.

L'ensemble des analyses statistiques ont été réalisées à l'aide du logiciel Microsoft Excel notamment pour le nettoyage et la préparation des données, Jamovi pour les analyses factorielles, les calculs de corrélations, ainsi que Caneva pour la création des visuels.

Résultats

Analyses descriptives de l'échantillon

Notre échantillon était composé de 484 enfants tout-venant issus de différentes structures d'accueil de la petite enfance issues des provinces de Namur, Liège, du Hainaut et du Luxembourg. L'échantillon reprenait un total de 46,5% (n=225) de filles et de 53,5% (n=259) de garçons. La moyenne d'âge des enfants mobilisés était de 16,8 mois. La répartition du genre est présentée à la figure 1 et la répartition des âges à la figure 2 ci-dessous.

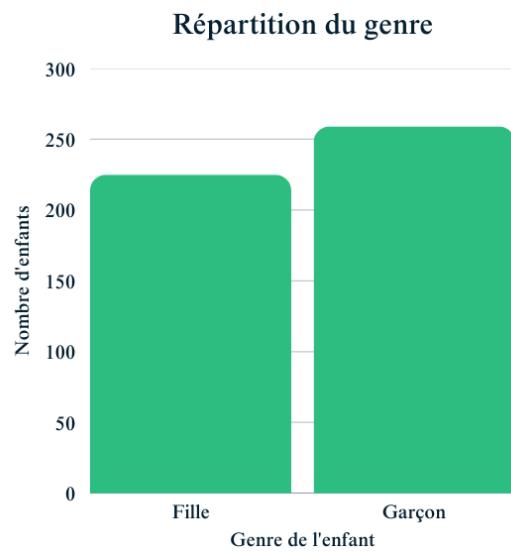


Figure 1 : Répartition du genre des sujets

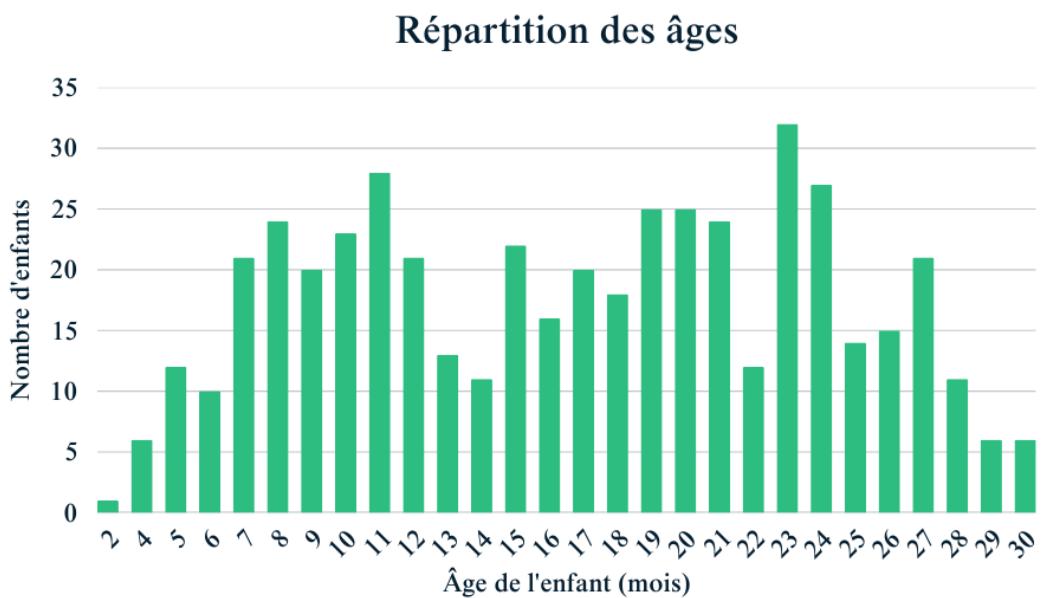


Figure 2 : Répartition des âges des sujets

Il était requis pour chaque évaluateur d'inscrire la durée depuis laquelle l'enfant était au sein de l'établissement et donc le connaissait, nous arrivons à une moyenne de 11,2 mois. Parmi ces

évaluateurs on retrouve des intervenants issus de diverses formations exerçant diverses fonctions au sein de leurs établissements de travail. La répartition de la fonction (n=6) avec celui de la formation de l'évaluateur (n=10) se retrouve à la figure 3 et ci-après.

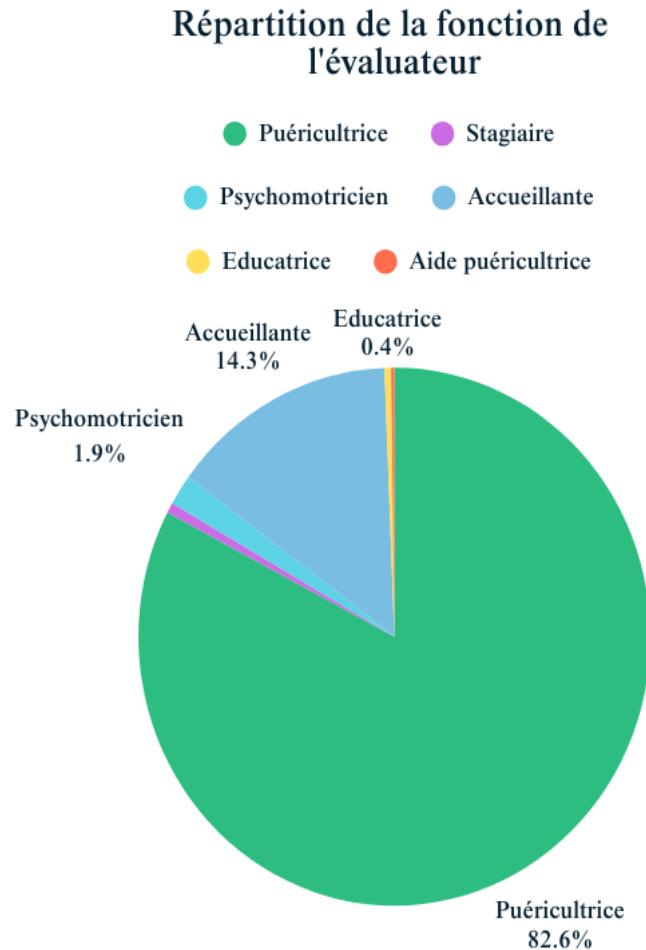


Figure 3 : Répartition de la fonction de l'évaluateur

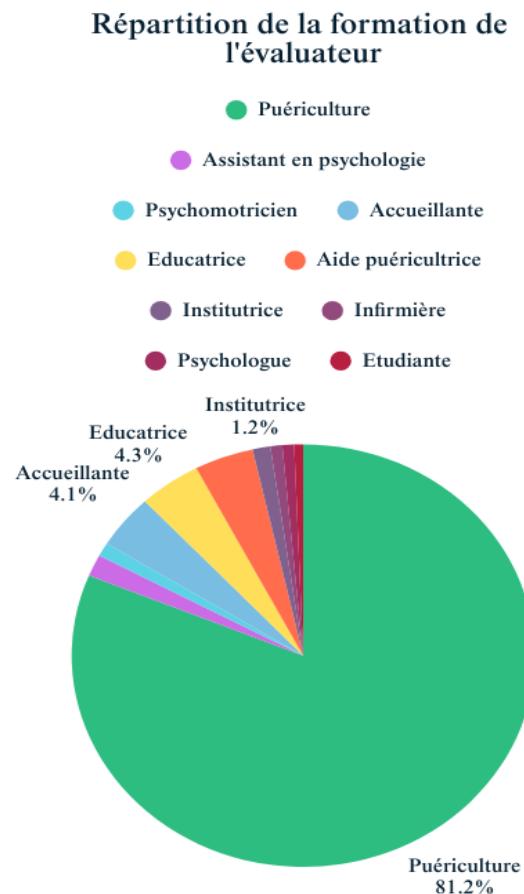


Figure 4 : Répartition de la formation de l'évaluateur

Il n'a pas été demandé à chaque crèche ou accueillante à domicile, ayant participé à la recherche, de réaliser les 3 passations. Vous trouverez ci-dessous la répartition des enfants contribuant aux différentes passations (P1,P2,P3) à la figure 5 présentée ci-dessous. Vous trouverez également à la figure 6 ci-dessous la présentation de la répartition du nombre d'enfants par rapport à la taille des structures.

Répartition dans les passations

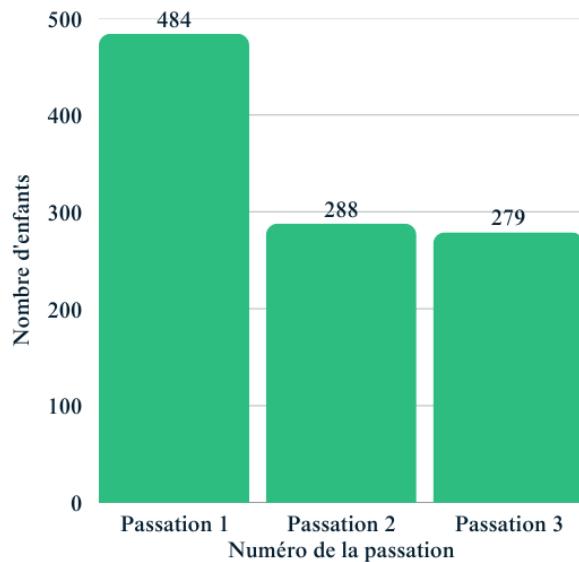


Figure 5 : Répartition du nombre d'enfants pour chaque passation

Répartition de la taille des structures de petite enfance

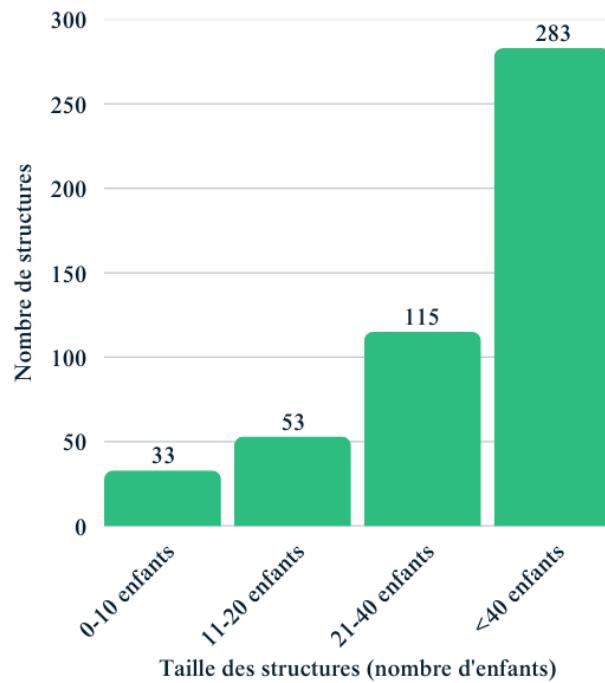


Figure 6 : Répartition de la taille des structures de la petite enfance

Analyses statistiques liées à la question de recherche

Évaluation de la validité de l'outil de dépistage des difficultés socio-émotionnelles

Dans un premier temps, les données ont été validées, réorganisées et nettoyées si nécessaire. Après, la première évaluation psychométrique de l'échelle a été réalisée à la suite de l'inversion des items négatifs pour s'assurer de l'homogénéité des valences des scores. Cette première évaluation se résume à une analyse au niveau des items et à une évaluation de la validité de construit de notre outil.

Le nettoyage, l'organisation et la validation des données nous ont permis de mettre en évidence des erreurs dans le fichier de données comme des erreurs au sein des codes d'anonymisation, tel qu'une inversion des initiales, des dates de naissance mal rédigées. Des erreurs qui ont pu être résolues. Les noms des catégories de l'échelle de Likert ont été numérisés de tel sorte :

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

Pour l'analyse au niveau des items, nous nous sommes basés sur l'avis des experts quant à leurs inversions. Une série d'items (les items 5,14,16,17,18,19,20,21,22,25,26,28,31,32,33,34,35,36,37,38,39,40,41,42) ont été inversés afin d'homogénéiser la polarité des réponses. Ce qui veut dire que plus un score sur un item était élevé et plus le comportement était associé au construit de l'échelle.

Au niveau statistique, il a d'abord été question de déterminer le pourcentage de répartition des réponses selon l'item. Cette analyse a permis de voir si nous retrouvons une bonne répartition des réponses et, dans ce sens, a permis une première mise en évidence d'items potentiellement problématiques. Ainsi, l'annexe 7 présente des graphiques illustrant la répartition des pourcentages des réponses par item, offrant ainsi une vision claire de cette première analyse. Ces graphiques pourraient offrir l'opportunité aux expertes de décider de conserver ou non des items présentant notamment des effets « plafond » ou « plancher ».

Enfin, nous avons réalisé une analyse factorielle exploratoire permettant de mesurer la validité de construit.

Dans le cadre de la mesure d'adéquation des données pour réaliser l'analyse factorielle exploratoire nous avons employés deux tests afin de déterminer la faisabilité de la création de facteurs.

- **The Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) measure of sampling adequacy** : il nous indique que les données sont parfaitement adaptées à l'analyse factorielle.
- **Bartlett's test of sphericity** : ce test est également significatif. Il existe donc une sphéricité suffisamment importante pour rendre les données également adéquates pour une analyse factorielle exploratoire.

Avant de réaliser cette analyse vient l'étape de la détermination du nombre de facteurs. Les experts avaient au départ déterminé théoriquement 5 facteurs. Selon le critère de Kaiser, les analyses des données confirment un nombre de facteurs égal à 5.

Réalisation de l'analyse factorielle

Factor Analysis

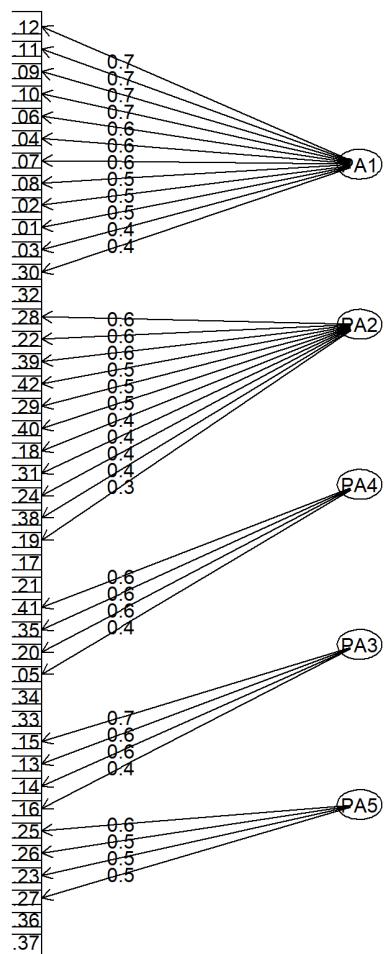


Figure 7 : Réalisation de l'analyse factorielle

La figure 7, présentée ci-dessus, nous permet de constater que l'analyse factorielle ne met pas en évidence les catégories initialement théorisées par les expertes que vous pouvez retrouver au sein de l'annexe 8 . De plus, certains items ne s'intègrent pas dans les différents facteurs comme l'item 32, 17,21,34,33 ou encore l'item 36 et 37. Les items repris saturent tous de façon forte ou modérée avec un minimum de 0,3 pour l'item saturant le moins. Cette proposition de répartition de facteurs, obtenue par l'analyse factorielle, est présentée de façon détaillée au sein de l'annexe 9 .

En plus de la validation de construit de l'outil nous nous sommes penchées sur sa fiabilité test-retest. Dans un premier temps, nous avons réalisé une matrice de corrélation entre les passations (P1,P2,P3) pour chaque items. Les valeurs de ρ varient dans l'ensemble entre .12 et .72 selon les items et leurs passations. Nous avons pu remarquer trois items (l'item 15,25 et 37) dont la valeur de $\rho > .60$ entre P1-P2 ce qui correspond à une corrélation forte. Les valeurs de ρ concernant les autres items sont considérés comme faible à modéré sauf l'item 32 portant une valeur de 0.12 ce qui correspond à une corrélation très faible. Nous pouvons également constater une nette différence entre les corrélations obtenues entre P1 et P2 et P1 et P3, en général, les corrélations ont tendance à être plus fortes entre P1 et P2. Pour l'ensemble des items les corrélations sont significatives avec un $p < .001$ entre les passations, sauf pour les items 31 et 32 qui atteignent des seuils de significativités de $p < .05$ pour l'item 32 entre P1-P3 et P2-P3 et de $p < .01$ pour l'item 31 entre P1-P3. Les résultats sont repris au sein de l'annexe 10.

Dans un second temps, nous avons approfondi cette analyse de fidélité test-retest avec les coefficients de corrélation de Spearman en reprenant les cinq facteurs établis par l'analyse factorielle exploratoire présentée à la figure 7. Les résultats vous sont présentés dans le Tableau 1 ci-dessous.

Tableau 1 : Corrélation de Spearman pour chaque facteurs entre chaque passations (P1,P2,P3)

Facteurs	P1-P2		P2-P3		P1-P3	
	Rho	ddl	Rho	ddl	Rho	ddl
1 (PA1)	0.665***	286	0.421***	241	0.450***	277
2 (PA2)	0.593***	286	0.562***	241	0.496***	277
4 (PA4)	0.573***	286	0.460***	241	0.413***	277
3 (PA3)	0.624***	286	0.499***	241	0.483***	277
5 (PA5)	0.738***	286	0.575***	241	0.490***	277

*** = $p < .001$

Pour l'ensemble des facteurs, les corrélations obtenues entre les différentes passations sont positives et statistiquement significatives ($p = < 0.001$). Les valeurs ρ varient entre 0.41 et 0.74 indiquant des associations allant de modérées à fortes selon les facteurs et les passations. Nous remarquons également que les corrélations fortes se trouvent principalement entre la comparaison P1-P2 pour les facteurs 1, 3 et 5. Alors que les corrélations impliquant P3 sont légèrement plus faibles.

Discussion

Cette discussion débutera par un rappel des objectifs de cette étude. Nous présenterons ensuite les résultats de l'analyse factorielle finale qui a permis d'identifier cinq facteurs, en veillant à leur cohérence clinique. Cette interprétation s'appuiera sur la littérature scientifique citée précédemment, ce qui nous permettra de vérifier la validité de construit de notre test. Nous utiliserons ensuite cette analyse factorielle pour présenter les résultats obtenus lors de l'évaluation de la fiabilité test-retest de notre grille par rapport aux facteurs nouvellement créés ainsi que la fiabilité de notre grille pour chaque items entre chaque passation. Après, nous tenterons de répondre à notre hypothèse exploratoire. Enfin, nous discuterons des perspectives futures ainsi que les limites de cette étude.

Rappel des objectifs, de la méthodologie et des hypothèses

La présente recherche est née de la constatation d'une absence de tests mesurant les dimensions socio-émotionnelles chez les jeunes enfants et de la nécessité de développer un tel instrument de dépistage précoce. C'est pourquoi ce travail de recherche avait comme objectif d'aller vers une validation scientifique de notre outil. L'étude avait pour objectif d'investiguer la validité de construit de nos outils. Mais plus spécifiquement, pour ce mémoire nous nous sommes demandé si l'outil présentait une fiabilité test-retest. Elle permet de mesurer la stabilité du questionnaire dans le temps. Elle est calculée en demandant aux participants de répondre trois fois à la grille à un mois d'intervalle. Elle permet d'évaluer la similitude des réponses d'un même individu lors de plusieurs passations d'un questionnaire. La passation du questionnaire se fait à des temps différents mais dans des conditions expérimentales identiques. (Bolarinwa, 2015)

Étant donné que les items ne représentent pas un effet d'apprentissage, on pourrait s'attendre à une certaine fidélité test-retest entre les passations. Pour rappel, nous avions mis en avant l'hypothèse exploratoire selon laquelle la fiabilité de notre outil pourrait varier en fonction de l'intervalle de temps utilisé entre les passations, il pourrait s'avérer moins fiable à mesure que l'intervalle augmente entre deux passations.

Afin d'en savoir davantage sur la fiabilité de notre grille de dépistage. Nous avons effectué une matrice de corrélation en prenant appui sur le coefficient de corrélation de Spearman , il s'agit

d'un test non paramétrique qui permet de prendre en compte les variable ordinal d'un test (échelle de likert) et ne nécessitant pas de normalité. Nous l'avons réalisé à deux reprises, initialement sur chaque items ensuite avec chaque facteur obtenu lors de l'analyse factorielle exploratoire. Pour l'interprétation des corrélations, nous nous sommes appuyées sur le guide proposé par la Lincoln University Library (n.d), qui fournit des seuils standards pour qualifier la force des corrélations, allant de très faible à très forte, en fonction des valeurs du coefficient, tant en positif qu'en négatif. Cette référence a permis d'assurer une interprétation objective et cohérente de nos résultats.

Rappel et interprétation des résultats principaux

Lors de l'analyse factorielle exploratoire nous avons obtenu un total de 5 facteurs, composé de 35 items sur les 42 items présents dans notre grille initiale. À la base, les experts avait réparti l'échelle en cinq facteurs tels que la communication sociale, les différents état d'éveil (calme/alerte), l'alimentation ainsi que les mécanismes de défenses avec un certain répartissement des items au sein de ces catégories à revoir à l'annexe 8. Nous pouvons dès lors constater que cette nouvelle répartition des items dans les cinq facteurs établis ne correspond pas à celle effectuée initialement à revoir dans l'annexe 9. Il est à présent question de nommer ces facteurs ainsi que de leur trouver un sens clinique mais aussi d'interpréter cette nouvelle répartition.

Facteurs 1 - Interaction sociale

Le premier facteur regroupe les items liés à l'engagement social et à l'initiation de la communication. Il traduit la capacité innée du bébé à utiliser ses ressources expressives (regards, expressions faciales, vocalisations, mouvements) pour interagir avec son environnement. Ce résultat s'accorde avec la littérature qui souligne l'importance de l'espace intersubjectif dès les premiers mois de vie, où le bébé est déjà acteur de la communication (Bruner, 1983 ; Gratier & Devouche, 2011 ; Reddy, 2008 ; Stern & Lazartigues, 1989 ; Trevarthen & Aiken, 2003).

Facteurs 2 (PA2) – Hyperréactivité

Le second facteur, que nous avons appelé hyperréactivité, se distingue en ce qu'il groupe des items reflétant une exagération du signal de souffrance et des signaux corporels rapides : hypervigilance; cris forts; pleurs sans fin; spasmes bruyants; changements de couleur de peau et fièvre sporadique. Ces items pourraient être interprétés comme des items mesurant des stratégies d'hyperactivation émotionnelle : tout comme l'enfant hyperactive dans le cadre de sa relation à ses parents, les enfants exposant ces items « crient plus fort ». J'ai également argumenté que, vu le grand nombre d'items de filature mais malheureusement déjà de signes corporels, il est également possible que ce facteur reflète deux sous-dimensions très différentes, un sous-groupe de plaintes très bruyantes et un sous-groupe de paramètres plus physiologiques.

Facteur 3 (PA3) - Alimentation

À l'inverse de la majorité de toutes les différences mentionnées précédemment entre les questions dans leur catégorie et les résultats des experts, le concept « alimentation » correspond étroitement à la catégorie des experts. Comme nous l'avons formulé dans l'hypothèse précédente, l'alimentation est l'une des premières principales voies pour les bébés pour exprimer s'ils se sentent bien ou mal et un aspect central du schéma de la relation parent-enfant. Ce qu'il est également vu dans la littérature clinique.

Facteur 4 (PA4) - Tonus et motricité

Tonus musculaire et motricité. Le quatrième facteur est axé sur le tonus musculaire et la motricité. Les items sur ce facteur reflètent l'hypotonie et l'hyperactivité du bébé et incluent également des observations de passivité motrice. Ces items reflètent réellement comment le bébé utilise également son corps comme vecteur de son expression émotionnelle.

Facteur 5 (PA5) - Sommeil

Dernier point, le cinquième facteur comprend des items sur des états de sommeil différents : sommeil superficiel ou profond; relaxation; se réveiller en panique. À l'opposé du schéma du repos et des moments de repos, qui étaient exactement là où nous prévoyions un facteur principal, PCA présente le sommeil comme une catégorie. L'AL et le calme sont réels états

formes; le repos, le sommeil. Les pourcentages de ces derniers éléments seront inclus dans le deuxième élément, puisqu'ils ne sont pas spécifiquement exclus? D'un autre côté, des éléments non désignés par l'analyse factorielle étaient également présents : items 17, 21, 32, 33, 34, 36, 37. Ces éléments peuvent être mal compris, correspondre à aucun aspect ou à tous les aspects ou avoir un effet de plafond ou de plancher. En ce qui concerne l'effet du plafond, une analyse similaire de la distribution des éléments montre que les items exclus ont en effet un effet de plancher.

Dans l'ensemble, nos résultats confirment certaines dimensions prévues initialement (communication sociale, alimentation, sommeil), mais en réorganisent d'autres (les états d'éveil calme se fondent dans l'interaction sociale, tandis que les manifestations corporelles se répartissent entre hyperactivité et tonus/motricité). Par conséquent, cette analyse factorielle exploratoire nécessiterait un échange avec les experts pour re penser certains items. Il serait peut-être également nécessaire que nous réalisions une analyse factorielle confirmatoire afin d'en savoir davantage sur le construit de notre échelle initiale.

Les analyses de fidélité test-retest par items suggèrent que l'outil présente globalement une bonne stabilité des items dans le temps. Certains items semblent particulièrement stables, ce qui renforce la confiance dans leur capacité à mesurer de manière cohérente le construit visé. D'autres items montrent une variabilité plus importante entre les passations, ce qui pourrait refléter une sensibilité aux conditions de passation ou à la temporalité. La tendance générale à des corrélations plus fortes entre les premières passations qu'entre les plus éloignées indique que la fidélité pourrait légèrement diminuer avec le temps. Dans l'ensemble, ces observations confirment que l'outil est fiable pour l'évaluation répétée tout en mettant en évidence la nécessité éventuelle de réviser certains items moins stables.

A la suite de l'analyse concernant la fiabilité temporelle de notre grille entre les différentes passations et les facteurs obtenus, les corrélations de Spearman montrent que l'outil présente des associations positives et significatives entre les passations. Ce qui indique que les résultats obtenus vont dans le même sens entre les différentes passations avec une probabilité très faible que la corrélation observée soit due aux hasard. L'analyse affiche des corrélations allant de modérés à élevés. Cela indique que notre grille possèderait une bonne fiabilité test-retest

condition essentielle à la validation psychométrique de l'outil bien que ce n'est pas une condition suffisante pour pouvoir valider scientifiquement notre outil.

Toutefois, des variations ont été déplorer, les facteurs 1 et 5 ressortis comme les plus stables temporellement, or, que le facteur 4 semble le plus sensible et le moins stable. Le fait que la dimension 4 sorte comme étant la moins stable pourrait faire référence au caractère évolutif de la motricité de l'enfant. Le bébé peut passer de l'hypertonie à l'hypotonie de manière alternative. Garret-Gloane et Pernel (2014) rapporte que « l'organisation tonique du bébé est un élément important à considérer. Ce peut être l'indice d'une souffrance chez l'enfant : un tonus rarement souple ou ajusté, un bébé qui se tient arc-bouté dans les bras, hypertonique (il est difficile à porter), hypotonique (le bébé coule dans les bras) ou les deux alternativement ou suivant les moments de la journée ». Il n'est pas soit l'un soit l'autre, ce qui pourrait potentiellement expliquer que ce facteurs soit ressorti comme moins stable dans le temps.

Nous remarquons également que les corrélations les plus élevées se trouvent principalement entre la comparaison P1-P2 et ce, pour les facteurs 1, 3 et 5. Alors que les corrélations impliquant P3 sont légèrement plus faibles. Cette observations souligne l'intérêt de notre hypothèse exploratoire : « La fiabilité de notre outil pourrait varier en fonction de l'intervalle de temps utilisé entre les passations, il pourrait s'avérer moins fiable à mesure que l'intervalle augmente entre deux passations ». Cette constatation basée sur les résultats suggère que l'outil présente effectivement une variabilité plus importante lorsqu'elles sont évaluées à des intervalles plus espacés. De nombreuses études soulignent que la fiabilité test-retest est influencée par l'évolution naturelle du concept mesuré au fil du temps et par le laps de temps entre les évaluations (Shou, Sellbom & Chen, 2022). À titre d'exemple, dans son analyse de la validité et de la fiabilité du Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ), Goodman (2001) souligne que même si la fiabilité test-retest est généralement satisfaisante, certains éléments comme l'intervalle entre les passations peuvent impacter la stabilité des scores. Ces données suggèrent que la stabilité des mesures peut varier en fonction de l'écart temporel, justifiant l'exploration de cette variable dans notre protocole.

Cette observation se retrouve également dans les études portant sur l'**Alarm Distress Baby Scale (ADBB)**. Guedeney et Fermanian (2001) ont rapporté une bonne fiabilité test-retest (ICC = 0,84–0,90) tout en précisant que la durée entre les évaluations pouvait influencer cette stabilité. De même, Lopes et al. (2008) ont montré que, bien que la fiabilité intra-évaluateur

reste élevée ($r = .91$), des variations peuvent apparaître selon l'intervalle entre les passations. Ces résultats indiquent que la fiabilité de l'ADBB, et plus largement des outils d'évaluation socio-émotionnelle chez le nourrisson, peut varier en fonction du temps séparant les évaluations. Il serait alors intéressant dans une perspective future d'investiguer davantage cet intervalle de temps car il pourrait être un biais à considérer.

Limites méthodologiques de votre étude et perspectives futures

Avant de tirer des conclusions, il est primordial de reconnaître les limites de cette étude.

Un première limite serait rapportée à la subjectivité de l'observation faite par l'évaluateur. Toute observation est subjective, même celle qui se veut scientifique, puisque regarder un phénomène implique un désir de comprendre ou de vérifier une hypothèse, ce qui rend l'objectivité difficile (Watillon,2010). Les évaluateurs ne possèdent pas tous la même fonction, ni la même formation. Ils n'ont donc pas le même bagage professionnel comme vu précédemment, ce qui peut influencer la qualité et la précision des observations réalisées. De plus, il n'a pas été possible de contrôler si la même personne avait observé l'enfant aux différents temps de passation (P1, P2, P3). Cette variabilité inter-observateur peut introduire un biais dans l'évaluation de la fidélité test-retest. De plus, on ne peut exclure un biais d'apprentissage lié à l'outil lui-même. Une puéricultrice m'a confié avoir été moins à l'aise avec la grille lors de la première passation car elle la découvrait alors qu'aux suivantes elle la maîtrisait davantage. Elle connaissait les items et par conséquent était plus en phase avec l'outil pour pouvoir se concentrer sur l'observation ce qui pourrait avoir modifié la façon de coder les comportements entre les passations.

De plus, notre échantillon présente également certaines limites. Certaines crèches n'ont pu observer qu'une partie des enfants, souvent pour des raisons de temps. Ce choix pourrait ne pas être aléatoire et avoir conduit à privilégier certains profils d'enfants (par exemple, ceux qui suscitent davantage de questions ou de préoccupations) malgré nos demandes d'échantillon aléatoire nous ne pouvons pas être sûr que l'échantillon choisi soit totalement représentativité des résultats. Par ailleurs, toutes les passations n'ont pas concerné le même nombre d'enfants : certains ont été observés une seule fois, d'autres deux, mais moins nombreux sur les trois temps. Cette hétérogénéité dans le suivi longitudinal peut avoir biaisé l'estimation de la fidélité test-retest. En effet, certaines crèches n'ont pas pu, par manque de temps, participer aux trois passations et d'autres ont dû arrêter en cours de route. Le fait qu'il y ait plus d'enfants ayant réalisé la P1 ($n=484$) en P2 ($n=288$) et en P3 ($n= 270$). Mais il y a aussi l'âge, l'échantillon

représenté très peu d'enfant en dessous de 7 mois or, la grille d'observation tendait initialement à dépister de potentielles difficultés socio-émotionnelles chez l'enfant de 0 à 30 mois. Par conséquent, les enfants plus jeunes sont sous-représentés dans notre étude. Les résultats obtenus ne peuvent dès lors que très partiellement être raccordés avec les tout-petits ; la grille pourrait ne pas être adaptée pour détecter toutes les nuances des difficultés socio-émotionnelles chez les très jeunes enfants.

En outre, les conditions de passation ont pu influencer les résultats. Le moment d'observation (ex. arrivée récente en crèche, période d'adaptation plus difficile, contexte particulier de la journée) peut modifier le comportement de l'enfant et donc la notation qui lui est attribuée. De plus, il est plus difficile pour les puéricultrices de répondre aux questionnaires pour un enfant qui vient d'arriver, par exemple et donc qu'elles ne connaissent pas.

Une autre limite serait le temps écoulé entre les différentes passations. Effectivement, durant les tous premiers mois, les compétences socio-émotionnelles évoluent de manière extrêmement rapide. Feldman (2007) explique que la synchronie parent-enfant s'installe très tôt et s'intensifie marquant le développement socio-affectif au cours des premiers mois. Par conséquent, un intervalle d'un mois entre les passations pourrait déjà refléter des évolutions réelles dans le développement du bébé, et non seulement des différences interindividuelles considérées comme stables. De plus, la variable temps n'a pas toujours été respectée. Si le protocole prévoyait initialement un mois entre chaque mesure, dans la pratique, certains retards dans la passation de la grille ont conduit à des écarts allant jusqu'à deux mois entre P1 et P2 ou P2 et P3. Ainsi, l'intervalle total pourrait atteindre près de cinq mois entre la première et la troisième passation. Compte tenu du développement rapide des jeunes enfants, ces délais allongés peuvent avoir introduit un effet de changement réel lié à la croissance et non uniquement à la fidélité de l'outil.

Enfin, une limite de ce travail pourrait tenir à l'utilisation de l'analyse factorielle exploratoire. Bien qu'elle mette en évidence des regroupements empiriques, elle reste sensible à la taille de l'échantillon et conduit à la suppression d'items pouvant être intéressants cliniquement. Les résultats doivent donc être considérés comme exploratoires et mériteraient d'être confirmés par une analyse factorielle confirmatoire sur un échantillon plus large et/ou clinique.

Concernant les perspectives futures, il serait peut-être pertinent de réduire l'intervalle de temps entre les différentes passations ou du moins se renseigner davantage sur les délais test-retest préconisés pour les études au sein de la petite enfance. D'autre part, la réalisation d'une analyse factorielle confirmatoire représenterait une étape importante pour vérifier la structure

factorielle de l'outil. Elle permettrait de tester si les dimensions théoriques initialement prévues sont confirmées dans les données empiriques, ou si des ajustements sont nécessaires. Il pourrait également être intéressant de réviser certains items qui présentent des difficultés de compréhension, de cohérence ou de stabilité dans le temps. Dans certains cas, une reformulation ou une suppression d'items peu discriminants pourrait contribuer à améliorer la qualité psychométrique globale de l'outil.

Conclusion

Ce mémoire de fin d'études avait pour objectif général de valider scientifiquement notre grille de dépistage des difficultés socio-émotionnelles pour les bébés de 0 à 30 mois. Ce projet a été initié par plusieurs constats et réalisé dans la lignée des travaux réalisés par Manon Bomboir et Clémentine De Borman.

Premièrement, la revue de littérature scientifique a mis en lumière l'importance de cette sphère socio-émotionnelle dans le développement des jeunes enfants. Dès les premiers jours de vie, le nourrisson cherche à communiquer avec son entourage à travers diverses manifestations. Cette interaction, nécessaire à l'établissement des liens avec l'adulte, permet à l'enfant de se ressentir soi-même, et constitue le fondement de sa dimension socio-émotionnelle. Comme nous l'avons vu, plusieurs études soulignent l'urgence d'accorder une attention particulière aux dépistages ainsi qu'à l'intervention précoce pour cette tranche d'âge, compte tenu de la période critique que cela représente pour le développement de l'enfant.

Deuxièmement, l'absence d'un outil spécifique pour évaluer ces difficultés socio-émotionnelles chez les très jeunes enfants a également justifié l'utilité de sa validation. À notre connaissance, il s'agit du premier outil de dépistage en français conçu pour dépister les difficultés socio-émotionnelles chez les enfants de 0 à 30 mois, sans nécessiter de formation spécifique préalable.

Concernant la validation de l'outil, nous avons mené une étude statistique rigoureuse, qui a permis d'explorer notre validité de construit ainsi que la fiabilité test-retest. L'analyse factorielle exploratoire a dégagé cinq facteurs principaux à partir de 35 items, sélectionnés parmi les 42 items initiaux. Cette étude a été réalisée en partenariat avec plus de 30 structures accueillantes, où un échantillon de 484 enfants, âgés de 2 mois à 30 mois, a été évalué par des professionnels de la petite enfance. Les résultats de l'analyse factorielle ont révélé cinq facteurs

que nous avons nommé comme suit : interaction sociale, hyperréactivité, Tonus et motricité, alimentation et sommeil. Structure qui varient de celles initialement pensées par les experts. Les analyses statistiques ont aussi mis en évidence la nécessité d'exclure certains items, jugés incohérents sur le plan statistique, malgré leur pertinence clinique possible. En outre, elle a permis de montrer une cohérence temporelle dans les facteurs que nous cherchions à mesurer.

Cependant, ce travail comporte certaines limites. La subjectivité des observations effectuée par les évaluateurs, l'hétérogénéité de leurs bagages, les conditions de passations, la formation de notre échantillon ainsi que son nombre dégressif au fur et à mesure de l'étude, le temps écoulé entre les passations non respecté et la fidélité inter-cotateurs non contrôlable.

Dans la perspective de recherches futures, il serait pertinent de réaliser une analyse factorielle confirmatoire plutôt que exploratoire, il serait peut-être judicieux de réduire l'intervalle de temps entre les passations ou du moins faire respecter le délai imposé et il pourrait s'avérer nécessaire de re penser certains items, voir les reformuler ou les supprimer.

En conclusion, ce travail met avant tout l'importance des premiers instants de vie du bébé dans son développement socio-émotionnel. Nous espérons que ce mémoire contribuera à souligner davantage l'urgence du dépistage précoce et appuiera l'importance de la capacité d'observation du professionnel de la petite enfance à ses signaux de détresse. Bien que ses premiers instants soient primordiaux, ce n'est pas un concept figé ce qui laisse espoir à l'efficience de l'intervention précoce auprès de l'enfant et de son caregiver. Notre collaboration avec les crèches a d'ailleurs révélé à quelle point ont pouvaient être absorbées par la réalité de terrain et les tâches quotidienne qui pouvaient dès lors, prendre la pas sur l'observation. Cette collaboration leur a rappelé toutes l'importance de se donner le temps d'observer.

Références bibliographiques

- Ainsworth, M. D. S., Bell, S. M., & Stayton, D. (1971). Individual differences in Strange Situation behavior of one-year-olds. In H. R. Schaffer (Ed.), *The origins of human social relations* (pp. 17–57). Academic Press.
- Bee, H., & Boyd, D. (2011). *Les âges de la vie* (4^e éd.). Éditions ERPI.
- Cadart, M.-L. (2015). Bébés en souffrance : Quels signes d'appel ? Quels soutiens proposer ? *Les Cahiers Dynamiques*, 66, 10–21.
- Carchon, I., & Provasi, J. (2023). La régulation émotionnelle du fœtus, du prématuré et du nouveau-né à terme : L'impact des émotions maternelles. *Spirale*, 107, 114–126.
<https://doi.org/10.3917/spi.107.0114>
- Denahm, S., Bassett, H., & Wyatt, T. (2015). The socialization of emotional competence. In J. E. Grusec & P. D. Hastings (Eds.), *Handbook of socialization: Theory and research* (2nd ed., pp. 590–613). Guilford Press.
- Denham, S., Bassett, H., & Zinsser, K. (2012). Early childhood teachers as socializers of young children's emotional competence. *Childhood Education Journal*, 40(3), 137–143.
<https://doi.org/10.1007/s10643-012-0504-2>
- Denat, P. (2011). Ce que nous font vivre ces bébés qui nous sont confiés. *Cahiers Spirale*, 45, 87–94.
- Garret-Gloane, N., & Pernel, A.-S. (2014). *Dépister la détresse des bébés*. Observatoire national de la protection de l'enfance. <https://www.onpe.gouv.fr>
- Golse, B., Bullinger, A., & Barthélémy, L. (2004). Apport de l'examen sensori-moteur dans l'évaluation du type et de la qualité de l'attachement chez le bébé. *La Psychiatrie de l'Enfant*, 47(1), 103–132. <https://doi.org/10.3917/psy.471.0103>
- Lachaussée, S., Bednarek, S., Absil, G., & Vanmeerbeek, M. (2010). *Les enfants négligés : Ils naissent, ils vivent mais ils s'éteignent*. Observatoire de l'Enfance, de la Jeunesse et de l'Aide à la Jeunesse.
- Livoir-Petersen, M.-F. (2019). Le temps depuis le bébé : La disponibilité de l'entourage, facteur du développement cognitif du bébé [The time with the baby: Availability in baby's care as a factor of cognitive development]. *Revue de Médecine Périnatale*, 11(2), 86–92.
<https://doi.org/10.3166/rmp-2019-0051>

Main, M. (1990). Cross-cultural studies of attachment organization: Recent studies, changing methodologies, and the concept of conditional strategies. *Human Development, 33*, 48–61.

Mottrier, C., Culot, S., Delannoy, P., Alexandre, M., & Gaugue, J. (2023). Souffrance et soin spécifiques du bébé dans un contexte de troubles des interactions mère-bébé. *Filigrane, 31*(2), 79–106. <https://doi.org/10.7202/1111202ar>

Muller, J.-B. (2021). Comportements d'attachement du nouveau-né et situations d'interaction. *Revue de Médecine Périnatale, 132*(1), 77–83. <https://doi.org/10.3166/rmp-2021-0122>

Robertson, J., & Bowlby, J. (1952). Responses of young children to separation from their mothers. *Courrier de la Centre International de l'Enfance, 2*, 131–142.

Sweet, M. A., & Appelbaum, M. I. (2004). Is home visiting an effective strategy? A meta-analytic review of home visiting programs for families with young children. *Child Development, 75*(5), 1435–1456. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2004.00750.x>

Watillon-Naveau, A. (2010). *L'observation du bébé* (Collection "Temps d'arrêt / Lectures", n° 43). Yapaka.be.

Anastasi, A. (1994). *Introduction à la psychométrie* (F. Gagné, Trad.). Guérin universitaire.

Bessonneau, P., Brilhaut, G., Chauvet, G., & Garcia, C. (2020). With-replacement bootstrap variance estimation for household surveys: Principles, examples and implementation [Pré-publication, document de travail]. Université Toulouse INP / Archive ouverte HAL. <https://hal.science/hal-04051841/document>

Bruwier, G. (2017). *Prendre soin du bébé placé*. Yapaka. <https://yapaka.be/fr/ressources/prendre-soin-du-bebe-place>

Chattoor, I. (1997). Feeding and eating disorders of infancy and early childhood. In J. M. Wiener (Ed.), *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* (pp. 527–542). American Psychiatric Press.

Cohen, R. J., & Swerdlik, M. E. (2018). *Psychological testing and assessment: An introduction to tests and measurement* (9^e éd.). McGraw-Hill. <https://archive.org/details/CohenPsychologicalTestingAndAssessment9thEditionC2018Txtbk/page/n183/mode/2up>

Crespin, G. C. (2016). *La vitalité relationnelle du bébé*. Fédération Wallonie-Bruxelles.

Fermanian, J. (1996). Evaluer correctement la validité d'une échelle : Les nombreux pièges à éviter. *Revue d'épidémiologie et de santé publique, 44*(3), 278–286.

Fermanian, J. (2005). Validation des échelles d'évaluation en médecine physique et de réadaptation : Comment apprécier correctement leurs qualités psychométriques. *Annales de Réadaptation et de Médecine Physique, 48*(6), 281–287. <https://doi.org/10.1016/j.anrrmp.2005.04.004>

- GueDeney, A. (1990). Anorexies du bébé. *Journal de pédiatrie et de puériculture*, 4, 221–224.
- Harvard University (Éd.). (2004). *Young children develop in an environment of the funders or partners*. National Scientific Council on the Developing Child. <https://developingchild.harvard.edu/wp-content/uploads/2004/04/Young-Children-Develop-in-an-Environment-of-Relationships.pdf>
- Lamour, M., & Barraco de Pinto, M. (1998). *Souffrances autour du berceau*. Gaëtan Morin.
- Laveault, D., & Grégoire, J. (2002). *Introduction aux théories des tests : En psychologie et en sciences de l'éducation*. De Boeck Supérieur.
- Monseur, C. (2021). *Cours de psychométrie* [Cours magistral, Université de Liège, Département de psychologie]. Non publié.
- Psychométrie à l'UdeS. (s.d.). La méthode de stabilité (fidélité test-retest). Université de Sherbrooke. Consulté le 1er août 2025, à l'adresse <https://psychometrie.espaceweb.usherbrooke.ca/la-methode-de-stabilite-test-retest>
- Scheeringa, M., Wright, M. J., Hunt, J., & Zeanah, C. (2006). Factors affecting the diagnosis and prediction of PTSD symptomatology in children and adolescents. *American Journal of Psychiatry*, 163(4), 644–651.
- 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>
- Bolarinwa, O. (2015). Principles and methods of validity and reliability testing of questionnaires used in social and health science researches. *Nigerian Postgraduate Medical Journal*, 22(4), 195–201.
- Cloutier, R. (2005). Théories du développement de l'enfant. Dans R. Cloutier, P. Gosselin, & P. Tap (dir.), *Psychologie de l'enfant* (2^e éd., pp. 1–34). Gaëtan Morin.
- Devouche, E., & Provasi, J. (2019). *Le développement du bébé : de la vie fœtale à la marche : Sensoriel, psychomoteur, cognitif, affectif, social*. Elsevier Masson.
- Feldman, R. (2007). Parent–infant synchrony and the construction of shared timing: Physiological precursors, developmental outcomes, and risk conditions. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48(3–4), 329–354. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2006.01701.x>
- 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>
- Lamour, M., & Barraco, M. (1998). *Souffrance autour du berceau*. Gaëtan Morin.

Lincoln University Library. (n.d.). Spearman's rho correlation. Lincoln University. https://guides.library.lincoln.ac.uk/mash/statstest/spearman_rho_correlation

Lopes, S. C. F., Ricas, J., & Mancini, M. C. (2008). Evaluation of the psychometric properties of the Alarm Distress Baby Scale among 122 Brazilian children. *Infant Mental Health Journal*, 29(2), 153–173. <https://doi.org/10.1002/imhj.20169>

Miljkovitch, R. (2001). *L'attachement au cours de la vie : Modèles internes opérants et narratifs*. PUF, « Le Fil rouge ».

Rosenblum, K. L., Dayton, C., & Muzik, M. (2009). Infant social and emotional development: Emerging competence in a relational context. Dans C. H. Zeanah (Ed.), *Handbook of infant mental health* (3^e éd., pp. 80–103). Guilford Press.

Shou, Y., Sellbom, M., & Chen, H.-F. (2022). Fundamentals of measurement in clinical psychology. Dans *Comprehensive Clinical Psychology, Second Edition* (Vol. 4, pp. 13–35). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-818697-8.00110-2>

Suveg, C., Southam-Gerow, M. A., Goodman, K. L., & Kendall, P. C. (2007). The role of emotion theory and research in child therapy development. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 14(4), 358–371. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.2007.00096.x>

Bowlby, J. (1969). *L'attachement*. Dans *Attachement et perte* (vol. 1, traduction française, 1978). PUF.

Briggs-Gowan, M., Carter, A., Skuban, E. M., & Horwitz, S. (2001). Prevalence of social-emotional and behavioral problems in a community sample of 1- and 2-year-old children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40(7), 811–819.

Briggs-Gowan, M. J., Carter, A. S., Bosson-Heenan, J. B. A., Guyer, A. E., & Horwitz, S. M. (2006). Are infant-toddler social-emotional and behavioral problems transient? *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 45(7), 849–858.

Clément, A., Maggi-Perpoint, C., Villand, A., & Fournier, P. (2023). L'Unité de soins et d'accompagnement précoce (USAP) : Une unité originale articulant psychiatrie périnatale et obstétrique. *Périnatalité*, 15(2), 57–63. <https://doi.org/10.3166/rmp-2022-0188>

Denham, S., Bassett, H., Thayer, S. K., Mincic, M. S., Sirotnik, Y. S., & Zinsser, K. (2012). Observing preschoolers' social-emotional behavior: Structure, foundations, and prediction of early school success. *The Journal of Genetic Psychology: Research and Theory on Human Development*, 173(3), 246–278.

Hemmi, M., Wolke, D., & Schneider, S. (2011). Associations entre les problèmes de pleurs, de sommeil et/ou d'alimentation dans la petite enfance et les résultats comportementaux à long terme dans l'enfance: A meta-analysis. *Archives of Disease in Childhood*, 96(7), 622–629. <https://doi.org/10.1002/imhj>

Mathiesen, K., & Sanson, A. (2000). Dimensions of early childhood behavior problems: Stability and predictors of change from 18 to 30 months. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 28, 15–21.

- Najman, J., Heron, M., Hayatbakhsh, M., Dingle, K., Jamrozik, K., & Bor, W. (2008). Screening in early childhood for risk of later mental health problems: A longitudinal study. *Journal of Psychiatric Research*, 42(8), 694–700.
- Pierrehumbert, B. (2001). Séminaire sur « L'attachement, bases théoriques et enjeux cliniques », COPES, février et mars 2001, Paris.
- Rosenblum, K. L., Dayton, C., & Muzik, M. (2009). Infant social and emotional development: Emerging competence in a relational context. Dans C. H. Zeanah (Ed.), *Handbook of infant mental health* (3^e éd., pp. 80–103). Guilford Press.
- Shonkoff, J., & Phillips, D. (Eds.). (2000). *From neurons to neighborhoods: The science of early childhood development*. National Academy Press.
- Skovgaard, A., & Jørgensen, T. (2008). Can a general health questionnaire detect emotional and behavioral problems in children aged 1½ years? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49(5), 553–562. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2007.01860.x>
- Skovgaard, A., Houmann, T., Christiansen, E., Landorph, S., Jørgensen, T., & Copenhagen Child Cohort 2000 Study Team. (2007). The prevalence of mental health problems in children 1½ years of age: The Copenhagen Child Cohort 2000. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48(1), 62–70.
- Zeanah, C., & Zeanah, P. (2009). The scope of infant mental health. Dans C. H. Zeanah (Ed.), *Handbook of infant mental health* (3^e éd., pp. 5–21). Guilford Press.
- Amar, M., Garret-Gloane, N., & Marchand-Cottenceau, M. L. (2009). Réflexion autour du corps du bébé comme indicateur de souffrance psychique précoce. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 57(6), 542–547. <https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2009.06.008>
- 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>
- Belot, R., & de Tychey, C. (2015). Mentalisation maternelle et développement somatique du bébé, une étude comparative au Rorschach. *Bulletin de psychologie*, 539, 367–389. <https://doi.org/10.3917/bopsy.539.0367>
- Briggs-Gowan, M. J., Carter, A. S., Bosson-Heenan, J., Guyer, A. E., & Horwitz, S. M. (2006). Are infant-toddler social-emotional and behavioral problems transient? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45(7), 849–858. <https://doi.org/10.1097/01.chi.0000220849.48650.59>
- Briggs-Gowan, M. J., Carter, A. S., Skuban, E. M., & Horwitz, S. M. (2001). Prevalence of social-emotional and behavioral problems in a community sample of 1- and 2-year-old children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40(7), 811–819. <https://doi.org/10.1097/00004583-200107000-00016>
- De Rosa, E., Curró, V., Wendland, J., Maulucci, S., Maulucci, M., & De Giovanni, L. (2010). Propriétés psychométriques de l'échelle Alarme Détresse Bébé (ADBB) appliquée à 81

enfants italiens: Dépression postnatale, maladie somatique maternelle et retrait chez l'enfant. *Devenir*, 22, 209–223. <https://doi.org/10.3917/dev.103.0209>

Desmarais-Gagnon, A., Coutu, S., & Lepage, G. (2018). La socialisation des émotions chez les jeunes enfants: attitudes et croyances des mères et des éducatrices en service de garde. *La Revue Internationale de l'Éducation Familiale*, 42(2), 89–112.
<https://doi.org/10.3917/rief.042.0089>

Dollberg, D., et al. (2006). Sustained withdrawal behavior in clinic referred and non-referred infants. *Infant Mental Health Journal*, 27(3), 292–309.

Durieux, M.-P. (2013). *Développement et troubles de l'enfant: 0-12 mois*. Fédération Wallonie-Bruxelles / Yapaka. <https://www.yapaka.be/fr/publications/developpement-et-troubles-de-l-enfant-0-12-mois>

Duverger, J. (2020). Effets sur le développement cognitif et langagier d'un placement en pouponnière, et adaptation de l'intervention orthophonique: Une étude de cas unique longitudinale. *Devenir*, 32, 181–199. <https://doi.org/10.3917/dev.203.0181>

Engel, G. L., & Schmale, A. H. (1972). Conservation withdrawal: A primary regulatory process for organismic homeostasis. In R. Porter & J. Knight (Eds.), *Physiology, emotion and psychosomatic illness* (pp. 57–85). CIBA Foundation Symposium 8 (New Series). Amsterdam: Excerpta Medica.

Fraiberg, S. (1982). Pathological defenses in infancy. *Psychoanalyse*, 51, 612–635.

Guédeney, A. (2005). La position de retrait chez le bébé ou l'échec à maintenir le maintenir. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 53(1–2), 32–35.
<https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2004.12.004>

Guédeney, A. (1997). From early withdrawal reaction to infant depression. A baby alone does exist. *Infant Mental Health Journal*, 18(4), 339–349.

Guédeney, A. (2007). Withdrawal behavior and depression in infancy. *Infant Mental Health Journal*, 28(4), 393–408.

Hemmi, M. H., Wolke, D., & Schneider, S. (2011). Associations between problems with crying, sleeping and/or feeding in infancy and long-term behavioural outcomes in childhood: A meta-analysis. *Archives of Disease in Childhood*, 96(7), 622–629.
<https://doi.org/10.1136/adc.2010.191312>

Jagodowicz, J. (2012, 25 juin). Le développement précoce: quels indicateurs pour prévenir d'un trouble ? <https://theses.hal.science/tel-00825021>

Mascaró, R., Dupuis-Gauthier, C., Jardri, R., & Delion, P. (2012). Évaluation des effets du placement précoce du bébé en pouponnière. *Devenir*, 24(2), 69–115.
<https://doi.org/10.3917/dev.122.0069>

Mathiesen, K. S., & Sanson, A. (2000). Dimensions des problèmes de comportement de la petite enfance: stabilité et prédicteurs de changement de 18 à 30 mois. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 28, 15–31. <https://doi.org/10.1023/A:1005165916906>

Milne, L., Greenway, P., Guedeney, A., & Larroque, B. (2009). Long term developmental impact of social withdrawal in infants. *Infant Behavior and Development*, 32(2), 159–166.

Pervanidou, P., & Chrousos, G. P. (2018). Early-life stress: From neuroendocrine mechanisms to stress-related disorders. *Hormone Research in Paediatrics*, 89(5), 372–379. <https://doi.org/10.1159/000488468>

Sharara, R., & Moro. (2000). Le portage des bébés. *Journal de Pédiatrie et de Puériculture*, 13(7), 412–418. [https://doi.org/10.1016/s0987-7983\(00\)80036-5](https://doi.org/10.1016/s0987-7983(00)80036-5)

Širvinskienė, G., Žemaitienė, N., Jusienė, R., & Markūnienė, E. (2016). Predictors of emotional and behavioral problems in 1-year-old children: A longitudinal perspective. *Infant Mental Health Journal*, 37(4), 401–410. <https://doi.org/10.1002/imhj.21575>

Sirvinskiene, G., Zemaitiene, N., Jusiene, R., & Markuniene, E. (2016). Predictors of emotional and behavioral problems in 1-year-old children: A longitudinal perspective. *Infant Mental Health Journal*, 37(4), 401–410. <https://doi.org/10.1002/imhj.21575>

Skovgaard, A. M., Houmann, T., Christiansen, E., Landorph, S., Jørgensen, T., CCC 2000 Study Team, Olsen, E. M., Heering, K., Kaas-Nielsen, S., Samberg, V., & Lichtenberg, A. (2007). The prevalence of mental health problems in children 1½ years of age: The Copenhagen Child Cohort 2000. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48(1), 62–70. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2006.01659.x>

Spitz, R. A., & Wolf, K. M. (1946). Anaclitic depression. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 2(1), 313–342. <https://doi.org/10.1080/00797308.1946.11823551>

Wotherspoon, E., Hawkins, E., & Gough, P. (2009). Traumatisme psychologique chez le nourrisson. *Feuillet d'information #75F du CEBP*. Toronto, ON, Canada: Faculté de travail social Factor-Inwentash, Université de Toronto.

Annexes

Annexe 1 : 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.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Geneviève BAZIER'.

Geneviève BAZIER
Directrice DRD ONE

Annexe 2 : Folder explicatif

QUEL EST LE PROJET ?

⌚ OBJECTIFS ?

Développer un outil capable de détecter les difficultés socio-émotionnelles chez les bébés de 0 à 30 mois, afin de permettre, dans un second temps, d'aider les équipes à repérer ces enfants en difficulté et à mettre en place une intervention précoce pour les soutenir.

👶 COMMENT ?

Une participation simple et accessible

• *Rémpissage d'un questionnaire*
Un questionnaire gratuit basé sur une échelle de Likert, rempli par le professionnel sans nécessiter de formation spécifique. Temps requis : environ 5 minutes par enfant.

- Confidentialité assurée
- Accord parental requis
- Flexibilité de participation

La participation à l'étude peut être interrompue à tout moment, sans engagement.



POURQUOI PARTICIPER À NOTRE ÉTUDE ?

Un sujet essentiel mais méconnu :

La santé psychique des bébés est encore peu explorée, bien que leurs comportements non verbaux révèlent déjà des indices précieux sur leur bien-être.

Détecter pour mieux agir :

Cette étude cherche à repérer les signes précoces de mal-être chez les jeunes enfants, permettant ainsi un accompagnement adapté et précoce.

Rejoignez le changement :

En participant, vous contribuez à transformer l'accompagnement des tout-petits et à poser les bases d'un suivi attentif dès les premières étapes de leur vie.

ENVIE D'EN SAVOIR PLUS ?
DE PARTICIPER À LA RECHERCHE ?

COORDONNÉES :

Pauline Wilmart



pauline.wilmart@student.uliege.be



0471/09.29.61



Université de Liège



DÉVELOPPEMENT D'UN OUTIL DE DÉPISTAGE DES DIFFICULTÉS SOCIO- ÉMOTIONNELLES CHEZ DES ENFANTS DE 0 À 30 MOIS



PAULINE WILMART

EN COLLABORATION AVEC UNE ÉQUIPE DE CHERCHEUSES DE
L'UNIVERSITÉ DE LIÈGE, AINSI QUE DES EXPERTS DE LA PETITE ENFANCE
SOUTENU PAR L'ONE

Annexe 3 : 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-Adelin e = 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, prématurité, 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.

Capture d'écran *pondre au mieux à chaque item en cochant la case qui correspond à vos 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				

Capture d'écran

	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, grosbous 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				

Annexe 4 : 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. Si les parents marquent leur désaccord pour participer à cette recherche, leur faire signer le formulaire de refus des parents.**
- 3. Compléter à grille en respectant les consignes**
- 4. 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 là crèche/maternité.**

Fait à....., le

Signature de l'intervenant

Annexe 5 : Lettre d'information aux parents

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

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 devions observer quelque chose de préoccupant, nous ne manquerons pas d'en discuter avec vous comme nous le faisons déjà sans cet outil. **Cependant, il est important de noter qu'il n'y aura pas de retour individuel pour chaque enfant.** L'objectif principal de cette recherche est de valider l'outil d'observation, qui est encore en phase de test. À ce stade, nous ne pouvons pas garantir qu'il détectera de manière fiable les éventuelles difficultés. L'utilisation de cette grille est avant tout pour vérifier la clarté et la pertinence des questions qu'elle contient. Cela dit, si nous remarquons quelque chose de particulier concernant votre enfant au cours de nos observations (par exemple, un mauvais sommeil ce jour-là), nous vous en informons comme nous le faisons d'habitude. Enfin, les retours que nous pourrons vous communiquer sur la recherche concerteront uniquement des aspects globaux, tels que l'avancement du projet ou la capacité de l'outil à être validé à terme.

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 de refus en annexe de ce mail.

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).

Vous avez la possibilité de remplir un formulaire de refus si vous ne souhaitez pas que votre enfant participe à l'expérience. Cette étude a reçu un avis favorable de la part du comité d'éthique de la faculté de psychologie, 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).

Annexe 6 : Formulaire de refus parental



Faculté de Psychologie, Logopédie et des Sciences de l'Education

Comité d'éthique
PRESIDENTE : Fabienne COLLETTE
SECRETAIRE : Annick COMBLAIN

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 : _____

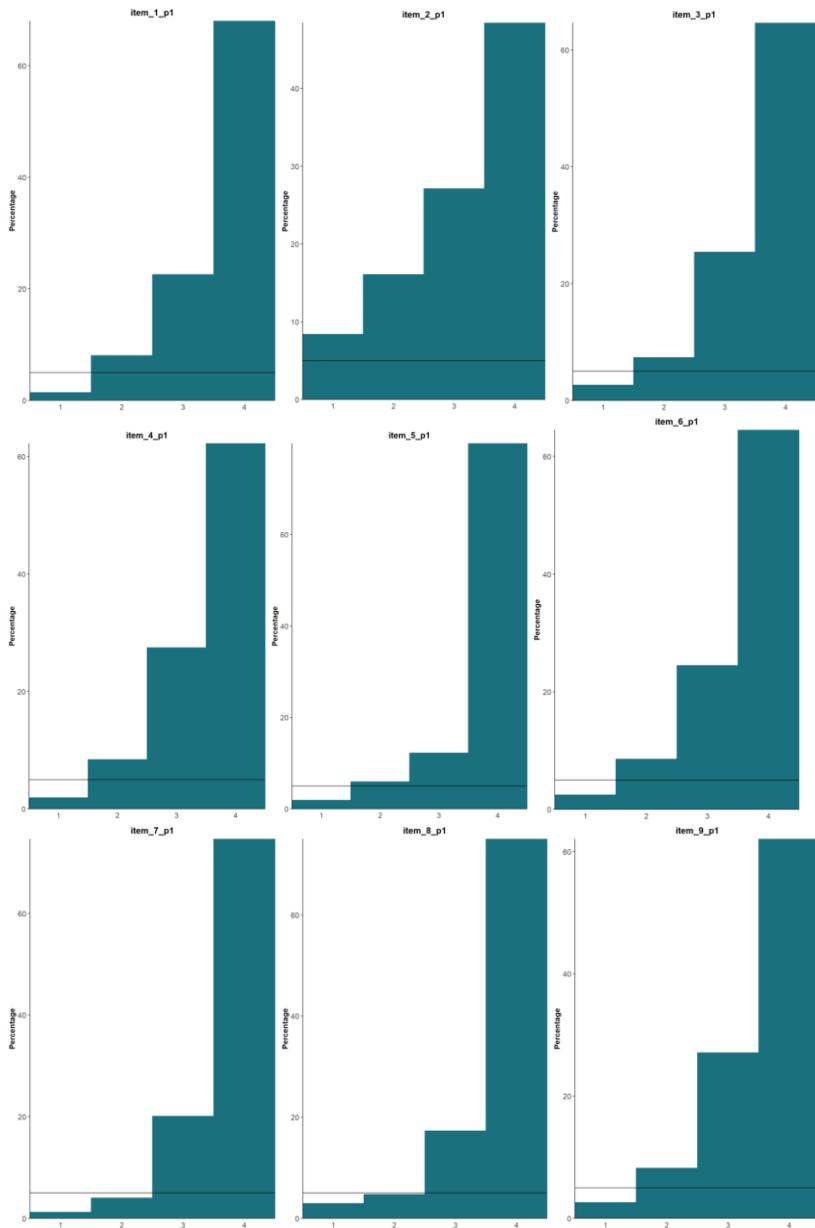
Votre décision de ne pas participer à l'étude n'aura aucune incidence sur votre relation avec la crèche.

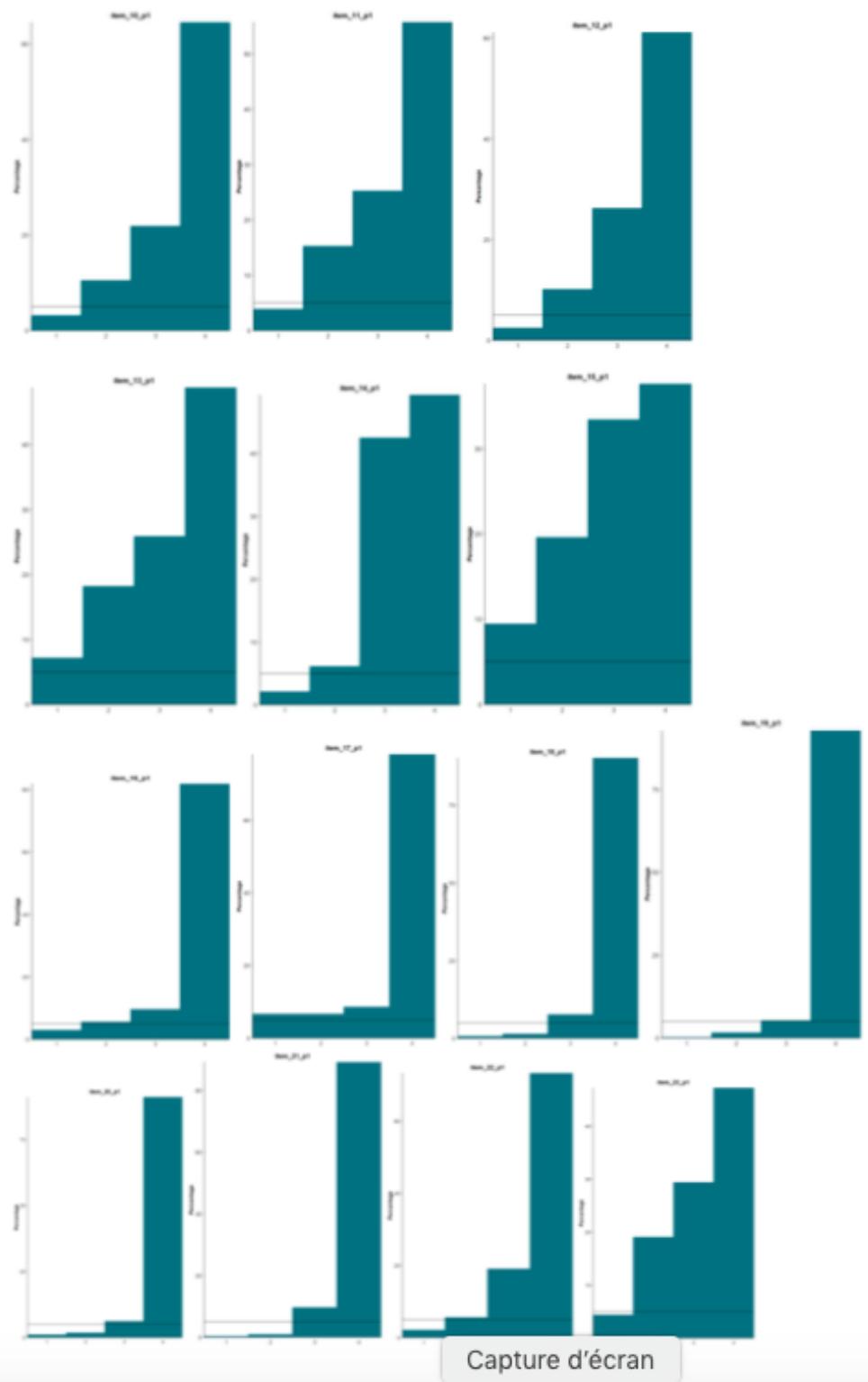
Merci encore pour votre compréhension et coopération.

Cordialement,

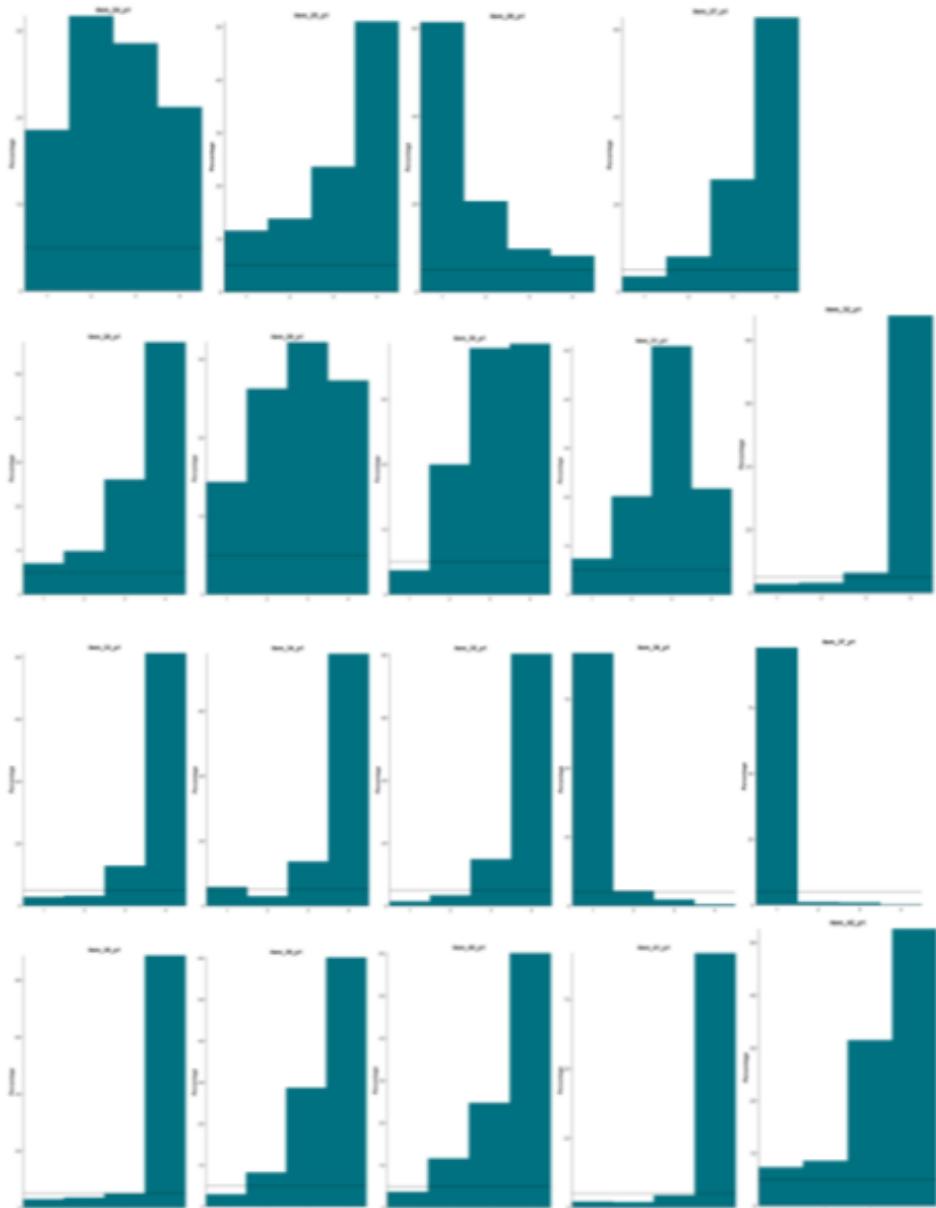
Stéphanie Chartier
Docteur en psychologie

Annexe 7 : Pourcentage de répartition des réponses selon l'item





Capture d'écran



Annexe 8 : Grille de dépistage des difficultés socio-émotionnelles avec les anciens facteurs mis en évidence

Champs	Explication	Catégorie
1Lors de ses phases d'éveil, le bébé est disponible pour l'interaction (regard, sourire, babillement, ...)	Evaluation de l'item selon une échelle de Likert : jamais/ presque jamais, parfois, souvent, toujours/presque toujours	Phase d'éveil calme
2Le bébé se désengage de la relation (détourne la tête, le regard, s'agite ...) 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	Evaluation de l'item selon une échelle de Likert : jamais/ presque jamais, parfois, souvent, toujours/presque toujours	Phase d'éveil calme
3Le bébé montre clairement qu'il a mal dans des situations où il est logique d'avoir mal.	Evaluation de l'item selon une échelle de Likert : jamais/ presque jamais, parfois, souvent, toujours/presque toujours	Phase d'éveil élevé ou d'alerte
4. Le bébé manifeste son plaisir face à une situation/personne/activité.	Evaluation de l'item selon une échelle de Likert : jamais/ presque jamais, parfois, souvent, toujours/presque toujours	Phase d'éveil calme
5.Le bébé est passif et très peu en mouvement même lorsqu'il est stimulé	Evaluation de l'item selon une échelle de Likert : jamais/ presque jamais, parfois, souvent, toujours/presque toujours	Défense
6.Le bébé initie la communication (appel, pleurs, regard...)	Evaluation de l'item selon une échelle de Likert : jamais/ presque jamais, parfois, souvent, toujours/presque toujours	Communication sociale
7.Le bébé réagit à la voix humaine et aux chansons	Evaluation de l'item selon une échelle de Likert : jamais/ presque jamais, parfois, souvent, toujours/presque toujours	Communication sociale
8.Le bébé réagit quand on l'appelle par son prénom	Evaluation de l'item selon une échelle de Likert : jamais/ presque jamais, parfois, souvent, toujours/presque toujours	Communication sociale
9. Le bébé utilise son regard pour communiquer son plaisir ou son déplaisir (engagement visuel ou désengagement visuel)	Evaluation de l'item selon une échelle de Likert : jamais/ presque jamais, parfois, souvent, toujours/presque toujours	Communication sociale

10. Le bébé utilise la voix pour communiquer son plaisir ou son déplaisir	Evaluation de l'item selon une échelle de Likert : jamais/ presque jamais, parfois, souvent, toujours/presque toujours	Communication sociale
11. Le bébé utilise le mouvement (pour communiquer son plaisir ou son déplaisir)	Evaluation de l'item selon une échelle de Likert : jamais/ presque jamais, parfois, souvent, toujours/presque toujours	Communication sociale
12.Le bébé utilise ses expressions faciales (pour communiquer son plaisir ou son déplaisir)	Evaluation de l'item selon une échelle de Likert : jamais/ presque jamais, parfois, souvent, toujours/presque toujours	Communication sociale
13.Le bébé manifeste son envie de manger	Evaluation de l'item selon une échelle de Likert : jamais/ presque jamais, parfois, souvent, toujours/presque toujours	Alimentation
14. Le bébé refuse de manger	Evaluation de l'item selon une échelle de Likert : jamais/ presque jamais, parfois, souvent, toujours/presque toujours	Alimentation
15.Le bébé manifeste du plaisir à manger	Evaluation de l'item selon une échelle de Likert : jamais/ presque jamais, parfois, souvent, toujours/presque toujours	Alimentation
16. Le bébé mange trop en quantité et ne semble jamais rassasié. Il faut le faire arrêter de manger.	Evaluation de l'item selon une échelle de Likert : jamais/ presque jamais, parfois, souvent, toujours/presque toujours	Alimentation
17.Le bébé souffre d'eczéma et/ou il a une peau atopique (sèche et sensible, qui gratte) de manière chronique et/ou aigüe	Evaluation de l'item selon une échelle de Likert : jamais/ presque jamais, parfois, souvent, toujours/presque toujours	Manifestations corporelles
18.Le bébé a des spasmes du sanglot (hurllement avec arrêt de la respiration jusqu'à possible perte de conscience) et/ou d'apnée	Evaluation de l'item selon une échelle de Likert : jamais/ presque jamais, parfois, souvent, toujours/presque toujours	Manifestations corporelles
19. Le bébé a des variations soudaines de la couleur de sa peau (devient blanc, rouge, bleu)	Evaluation de l'item selon une échelle de Likert : jamais/ presque jamais, parfois, souvent, toujours/presque toujours	Manifestations corporelles

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	Evaluation de l'item selon une échelle de Likert : jamais/ presque jamais, parfois, souvent, toujours/presque toujours	Manifestations corporelles
21.Le bébé est fiévreux de manière soudaine (sans cause médicale identifiée)	Evaluation de l'item selon une échelle de Likert : jamais/ presque jamais, parfois, souvent, toujours/presque toujours	Manifestations corporelles
22.Le bébé ne se détend pas ou difficilement, il se cambre et se tend	Evaluation de l'item selon une échelle de Likert : jamais/ presque jamais, parfois, souvent, toujours/presque toujours	Defense
23. Le bébé parvient à se détendre de manière adéquate (il s'endort, il s'apaise...)	Evaluation de l'item selon une échelle de Likert : jamais/ presque jamais, parfois, souvent, toujours/presque toujours	Phase d'éveil calme
24. Le bébé s'auto-apaise	Evaluation de l'item selon une échelle de Likert : jamais/ presque jamais, parfois, souvent, toujours/presque toujours	Phase d'éveil calme
25. Le sommeil du bébé est superficiel, léger, il se réveille souvent et facilement. Il dort apparemment peu.	Evaluation de l'item selon une échelle de Likert : jamais/ presque jamais, parfois, souvent, toujours/presque toujours	Phase d'éveil calme
26. Le bébé a un sommeil particulièrement profond (l'enfant peut être difficile à réveiller). Il dort apparemment beaucoup.	Evaluation de l'item selon une échelle de Likert : jamais/ presque jamais, parfois, souvent, toujours/presque toujours	Defense
27. Le bébé se réveille brutalement en état de détresse (pleurs persistants).	Evaluation de l'item selon une échelle de Likert : jamais/ presque jamais, parfois, souvent, toujours/presque toujours	Defense
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.	Evaluation de l'item selon une échelle de Likert : jamais/ presque jamais, parfois, souvent, toujours/presque toujours	Phase d'éveil élevé ou d'alerte
29. Le bébé est capable d'attendre la satisfaction de ses besoins (biberons, repas, prise dans les bras...)	Evaluation de l'item selon une échelle de Likert : jamais/ presque jamais, parfois, souvent, toujours/presque toujours	Phase d'éveil calme

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	Evaluation de l'item selon une échelle de Likert : jamais/ presque jamais, parfois, souvent, toujours/presque toujours	Phase d'éveil calme
31. Le bébé interrompt son activité tout le temps en fonction de ce qui se passe dans l'environnement.	Evaluation de l'item selon une échelle de Likert : jamais/ presque jamais, parfois, souvent, toujours/presque toujours	Phase d'éveil calme
32.. Le bébé reste sans réaction face à une stimulation intrusive (nettoyer le nez, chatouiller intensément, tapoter sur le visage, le nez, gros bisous dévorants).	Evaluation de l'item selon une échelle de Likert : jamais/ presque jamais, parfois, souvent, toujours/presque toujours	Phase d'éveil élevé ou d'alerte
33. Le bébé ne proteste pas, ne pleure pas dans des situations où ce serait normal et attendu (douleur, séparation, faim...)	Evaluation de l'item selon une échelle de Likert : jamais/ presque jamais, parfois, souvent, toujours/presque toujours	Phase d'éveil élevé ou d'alerte
34. Le bébé semble indifférent à son environnement	Evaluation de l'item selon une échelle de Likert : jamais/ presque jamais, parfois, souvent, toujours/presque toujours	Phase d'éveil calme
35. Le bébé semble passif	Evaluation de l'item selon une échelle de Likert : jamais/ presque jamais, parfois, souvent, toujours/presque toujours	Phase d'éveil calme
36. Le bébé dort trop longtemps et/ou trop profondément et/ou a tendance à somnoler beaucoup.	Evaluation de l'item selon une échelle de Likert : jamais/ presque jamais, parfois, souvent, toujours/presque toujours	Defense
37. Le bébé a des comportements de masturbation		Defense
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 ...	Evaluation de l'item selon une échelle de Likert : jamais/ presque jamais, parfois, souvent, toujours/presque toujours	Defense
39. Le bébé a des pleurs qui sont inconsolables en cas de difficulté (douleur, séparation ...)	Evaluation de l'item selon une échelle de Likert : jamais/ presque jamais, parfois, souvent, toujours/presque toujours	Defense

40. Le bébé regarde intensément et surveille de manière excessive son environnement	Evaluation de l'item selon une échelle de Likert : jamais/ presque jamais, parfois, souvent, toujours/presque toujours	Défense
41. Le bébé manifeste une hypotonie relationnelle – il est difficile à porter	Evaluation de l'item selon une échelle de Likert : jamais/ presque jamais, parfois, souvent, toujours/presque toujours	Défense
42. Le bébé pousse des cris stridents et aigus		Défense

Annexe 9: Grille de dépistage des difficultés socio-émotionnelles avec les nouveaux facteurs mis en évidence

Légende :

Bleu = facteur 1 (PA1)

Rouge = facteur 2 (PA2)

Violet = facteur 4 (PA4)

Vert = facteur 3 (PA3)

Orange = facteur 5 (PA5)

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			

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 atonique (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 hypertonus relationnelle – il est difficile à porter, on a l'impression de porter une planche de bois lorsqu'il est porté			
21. Le bébé est flévreux 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.			



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, grosbicus 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				

Annexe 10 : Tableau des corrélations de Spearman pour chaque items entres les différentes passations

	P1 -P2	P2 – P3	P1-P3
Item 1	0.530***	0.301***	0.294***
Item 2	0.587***	0.467***	0.320***
Item 3	0.486***	0.349***	0.184***
Item 4	0.464***	0.392***	0.416***
Item 5	0.484***	0.405***	0.376***
Item 6	0.455***	0.282***	0.317***
Item 7	0.456***	0.333***	0.322***
Item 8	0.514***	0.552***	0.524***
Item 9	0.584***	0.503***	0.397***
Item 10	0.594***	0.222***	0.292***
Item 11	0.509***	0.288***	0.255***
Item 12	0.557***	0.414***	0.310***
Item 13	0.525***	0.349***	0.415***
Item 14	0.493***	0.459***	0.435***
Item 15	0.640***	0.540***	0.493***
Item 16	0.512***	0.520***	0.479***
Item 17	0.576***	0.516***	0.548***
Item 18	0.372***	0.586***	0.199***
Item 19	0.370***	0.181**	0.395***
Item 20	0.334***	0.288***	0.283***
Item 21	0.580***	0.578***	0.406***
Item 22	0.427***	0.253***	0.460***
Item 23	0.596***	0.399***	0.292***
Item 24	0.538***	0.396***	0.345***
Item 25	0.621***	0.515***	0.437***
Item 26	0.575***	0.498***	0.439***
Item 27	0.564***	0.556***	0.371***
Item 28	0.501***	0.381***	0.349***
Item 29	0.514***	0.324***	0.325***
Item 30	0.547***	0.226***	0.289***
Item 31	0.401***	0.352***	0.195**
Item 32	0.214***	0.155*	0.124*
Item 33	0.446***	0.259***	0.238***
Item 34	0.574***	0.258***	0.286***
Item 35	0.393***	0.388***	0.332***
Item 36	0.389***	0.192**	0.263***
Item 37	0.715***	0.474***	0.461***
Item 38	0.546***	0.489***	0.413***
Item 39	0.479***	0.374***	0.348***
Item 40	0.531***	0.446***	0.335***
Item 41	0.496***	0.347***	0.389***
Item 42	0.482***	0.495***	0.413***

Note * p < .05, ** p < .01, *** p < .001

Résumé

Objectifs :

Ce mémoire de fin d'études s'inscrit dans une démarche innovante visant à combler une lacune importante dans le domaine de la petite enfance : l'absence d'un outil de dépistage spécifique pour les difficultés socio-émotionnelles chez les enfants de 0 à 30 mois. Cette initiative repose également sur des constats issus de la littérature scientifique qui soulignent l'importance cruciale des premiers mois de vie dans le développement socio-émotionnel des enfants. En collaboration avec des expertes de la petite enfance, nous avons élaboré un outil de dépistage en français, ne nécessitant pas de formation spécifique, capable d'identifier précocement les signes de mal-être socio-émotionnel chez les enfants de 0 à 30 mois. Nous cherchons à travers ce mémoire à valider scientifiquement l'outil vérifier sa fidélité test-retest.

Méthodologie :

L'outil a été testé auprès d'un échantillon de 484 enfants âgés entre 0 à 30 mois, issus de plus 30 structures situées à en province de Liège, Namur, Hainaut et en province du Luxembourg. Les questionnaires ont été administrés par des professionnels de la petite enfance exerçant diverses formations au sein des milieux accueillants..

Résultats :

Il ressort de notre analyse factorielle exploratoire, réalisée après plusieurs étapes statistiques, l'identification de cinq facteurs principaux mesurés par l'outil, cette nouvelle génération de facteur de correspond pas à celle pensé initialement. Le structure va donc devoir être repensée bien qu'il y ait certaines similitudes. La fiabilité test-retest de notre outil s'avère satisfaisante, ce qui voudrait dire qu'il y a un certaine cohérence dans le temps de nos mesures.

Conclusion :

Ce travail met en lumière la nécessité d'une détection précoce des signaux de mal-être de la dimension socio-émotionnelle, soulignant l'importance d'une formation adéquate des professionnels. Les conclusions ouvrent la voie à re tester notre grille initiale, changer certains

items afin d'améliorer l'efficacité de l'outil mais aussi revoir le temps d'intervalle entre les différentes passations. Ce mémoire aspire à susciter une réflexion clinique, politique et sociétale sur le bien-être des tout-petits dans leur capacité indissociable de se ressentir eux-mêmes et d'établir des liens avec leur environnement.