



HAL
open science

Questionnaire Guide d'Évaluation des difficultés psychologiques de jeunes enfants pris en charge par la Protection de l'Enfance

Yoram Mouchenik, Valérie Gaboulaud, Marie-Odile Pérouse de Montclos,
Suryana Monge, Thierry Baubet, Olivier Taïeb, Marie Rose Moro

► **To cite this version:**

Yoram Mouchenik, Valérie Gaboulaud, Marie-Odile Pérouse de Montclos, Suryana Monge, Thierry Baubet, et al.. Questionnaire Guide d'Évaluation des difficultés psychologiques de jeunes enfants pris en charge par la Protection de l'Enfance. *Enfance*, 2010, 2010 (02), pp.143-166. 10.4074/S0013754510002028 . hal-01616659

HAL Id: hal-01616659

<https://hal.science/hal-01616659>

Submitted on 22 Dec 2022

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Enfance

<http://necplus.eu/ENF>

Additional services for **Enfance**:

Email alerts: [Click here](#)

Subscriptions: [Click here](#)

Commercial reprints: [Click here](#)

Terms of use : [Click here](#)



Questionnaire Guide d'Évaluation des difficultés psychologiques de jeunes enfants pris en charge par la Protection de l'Enfance

Yoram Mouchenik, Valérie Gaboulaud, Marie-Odile Pérouse de Montclos, Suryana Monge, Thierry Baubet, Olivier Taïeb et Marie Rose Moro

Enfance / Volume 2010 / Issue 02 / June 2010, pp 143 - 166
DOI: 10.4074/S0013754510002028, Published online: 14 June 2010

Link to this article: http://necplus.eu/abstract_S0013754510002028

How to cite this article:

Yoram Mouchenik, Valérie Gaboulaud, Marie-Odile Pérouse de Montclos, Suryana Monge, Thierry Baubet, Olivier Taïeb et Marie Rose Moro (2010). Questionnaire Guide d'Évaluation des difficultés psychologiques de jeunes enfants pris en charge par la Protection de l'Enfance. *Enfance*, 2010, pp 143-166 doi:10.4074/S0013754510002028

Request Permissions : [Click here](#)



Questionnaire Guide d'Évaluation des difficultés psychologiques de jeunes enfants pris en charge par la Protection de l'Enfance

Yoram MOUCHENIK^{1*}, Valérie GABOULAUD^{**}, Marie-Odile PÉROUSE DE MONTCLOS^{*}, Suryana MONGE, Thierry BAUBET^{**}, Olivier TAÏEB^{**} et Marie ROSE MORO^{***}

RÉSUMÉ

L'évaluation des difficultés psychologiques et de la santé mentale des enfants pris en charge par les institutions de protection de l'enfance devient un objet de recherche important sur le plan international. Cette préoccupation est indissociable de l'augmentation considérable du nombre des enfants pris en charge de par le monde par des institutions de protection, d'une plus grande attention à leur santé mentale et d'une évaluation des qualités des structures d'accueil. Dans cette recherche nous proposons une première étape de validation d'un nouvel outil, le Questionnaire Guide d'évaluation. Le QGE est ici utilisé pour l'évaluation indicative des difficultés psychologiques des enfants placés en urgence dans trois structures d'accueil du département de Paris, les résultats sont ensuite comparés à ceux de la LCE, Liste des Comportements de l'Enfant, traduite de la CBCL d'Achenbach et largement validée en France et sur le plan international. Le QGE est une échelle généraliste d'hétéro-évaluation pour des enfants de 4 à 6 ans, qui intègre l'état de stress traumatique quand un événement particulièrement traumatogène est repérable dans la vie de l'enfant. Le QGE qui permet de systématiser les perceptions des parents ou des acteurs de première ligne comme les éducateurs référents dans une institution est potentiellement très utile pour favoriser une meilleure et plus rapide évaluation des difficultés psychologiques des jeunes enfants et de mieux répondre à leurs besoins. Les premiers résultats présentés mettent en évidence les qualités de l'outil.

MOTS CLÉS : JEUNE ENFANT, ÉCHELLE D'ÉVALUATION PSYCHOLOGIQUE, AIDE SOCIALE À L'ENFANCE

*Centre Hospitalier Sainte-Anne. Courriel : perousedemontclos@ch-sainte-anne.fr

**Hôpital Avicenne, Service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, 129 boulevard de Stalingrad, 93009 Bobigny Cedex. E-mails : gaboulaud@avc.aphp.fr, thierry.baubet@avc.aphp.fr, otaieb@club-internet.fr, suryann@hotmail.com

***Hôpital Cochin, 97 boulevard de Port-Royal, 75679 Paris Cedex 14, marie-rose.moro@cch.aphp.fr En hommage aux travaux du Pr. Michel Soulé.

¹Auteur correspondant : Yoram Mouchenik, Centre Hospitalier Sainte-Anne, Guidance infanto-juvénile, 1 rue Cabanis, 75664 Paris Cedex 14. Courriel : yoram.mouchenik@free.fr

ABSTRACT

Questionnaire Guiding the Evaluation of psychological disorders in young children protected by a Welfare System.

For children protected by Welfare Systems, the evaluation of psychological disorders and mental health is now an international key issue. Placements in foster care have dramatically increased around the world. Better attention is needed to children's mental health and to the quality of services provided in out-of-home care. The aim of this paper is to present the first results of a validation procedure concerning a new screening tool, the QGE (Questionnaire Guiding the Evaluation of psychological disorders in young children). The QGE was used for the assessment of psychological disorders in young children displaced in three residential home and foster care of the Parisian Area Child Agency. The QGE scores are compared to LCE (list of child behaving), the French validated version of the Achenbach Child Behavior Check List (CBCL). The QGE is a hetero-evaluation rating scale for children aged 4 to 6 years, filled by parents or child welfare workers. One of its specificity is to assess Post Traumatic Stress Disorder (PTSD) in case of traumatic events in the child life. The QGE appears to be useful to collect caretakers' perceptions about the child and sounds promising to address children's psychological needs. The first results highlight the metrological sensitivity of the tool.

KEY-WORDS: YOUNG CHILD, PSYCHOLOGICAL DISORDERS RATING SCALE, CHILD WELFARE SYSTEM

INTRODUCTION

L'évaluation des difficultés psychologiques et de la santé mentale des enfants pris en charge par les institutions de protection de l'enfance devient un objet de recherche important sur le plan international. Cette préoccupation est indissociable de l'augmentation considérable du nombre des enfants pris en charge de par le monde par des institutions de protection, d'une plus grande attention à leur santé mentale et d'une évaluation des qualités des structures d'accueil (Fox & Berrick, 2007). Les recherches sur l'évaluation de la santé mentale des enfants pris en charge par les services de protection de l'enfance sont le plus souvent récentes. Les différentes études en Europe, aux USA, en Australie et en Nouvelle-Zélande mettent en relief la prévalence des difficultés psychologiques (Dale, Baker, Anastasio, & Purcell, 2007 ; Tarren-Sweeney & Hazel, 2006 ; 2008). Cependant les recherches sur l'évaluation de la santé mentale des jeunes enfants sont peu fréquentes et difficiles à mener (Silver & Dicker, 2007). Ces dernières années une revue de la littérature scientifique sur vingt études concernant les USA, l'Europe et l'Australie sur la santé mentale des enfants placés donnent des résultats très alarmants pour une population non-clinique dont les scores de perturbations psychologiques sont très proches de ceux des enfants suivis en psychiatrie de l'enfant (Tarren-Sweeney, 2008). Dans une vaste étude Nord Américaine (Hurlburt *et al.*, 2004) concernant près de trois mille enfants de 2 à 14 ans pris en charge par l'Aide Sociale à l'Enfance en milieu ouvert ou en placement, les auteurs soulignent que 42 % d'entre eux présentent un score de perturbations psychologiques égal à celui d'un groupe clinique.

Cette recherche a pour objectif une première étape de validation du QGE pour l'évaluation indicative de la prévalence des difficultés psychologiques des enfants de 4-6 ans placés en urgence dans les structures de l'Aide Sociale à l'Enfance du département de Paris. Une expertise collective de l'Inserm, (2005) sur les troubles des conduites de l'enfant avait généré un débat important autour de la mesure de la personnalité et de la place du sujet, mais également sur les risques d'instrumentalisation de telles études, qui, loin de viser à renforcer les moyens nécessaires au travail de prévention, pourrait renforcer un point de vue répressif (Golse, 2006). Nous avons tenté d'éviter ces écueils sans pour autant nous priver de l'élaboration et de la validation de nouveaux outils construits par des cliniciens.

L'enfant en développement présente une période de vulnérabilité psychologique importante qui va souvent conditionner la qualité de sa structuration affective, relationnelle et cognitive. L'évaluation psychologique chez le jeune enfant n'a pas l'impact de la définition des troubles psychiatriques de l'adulte, qui ont souvent valeur de diagnostic fixé. Chez l'enfant, les catégories ne sont pas les mêmes. Ce sont souvent des signes discrets, dont la superposition et l'accumulation soulignent la gravité.

CONTEXTE DE L'ÉTUDE

Confrontée à un nombre important de placements d'enfants en urgence dans les structures de l'Aide Sociale à l'Enfance du département de Paris, la sous-direction des actions familiales et éducatives (SDAFE), en collaboration avec d'autres services a souhaité promouvoir une évaluation sur les difficultés psychologiques des enfants placés de 4 à 6 ans. Le placement d'un enfant souligne souvent les difficultés ou l'échec de l'aide à la parentalité (Pioli, 2005), comme celui de la prévention. Dans un nombre assez réduit de situations, la séparation d'avec un milieu familial peut s'avérer indispensable tout en étant problématique (Mouhot, 2003 ; Mintz & Pérouse de Montclos, 2006). Le système Français nécessite une grande coopération entre l'ASE qui dépend du Conseil Général de chaque département, l'institution judiciaire et une multitude d'acteurs dont le secteur associatif avec ses missions de service public. La multiplicité des intervenants, leurs manques de coordination, le manque de transparence des prises de décision et le manque d'outils d'évaluation ont souvent été mis en avant pour souligner des aspects mal adaptés du système français de protection de l'enfance (Soulé & Noël, 1971 ; Guedeney & Guedeney, 2008).

Les structures de l'Aide Sociale à l'Enfance du département de Paris ont reçu en 2004, 5279 enfants et adolescents dont près de 10 % ont été accueillis en urgence, parmi lesquels les jeunes enfants représentent environ 20 % (Rapport d'activité ASE, 2004, Département de Paris). La prévalence des troubles psychiques des enfants accueillis dans les structures d'accueil d'urgence du département de Paris n'a pas été étudiée jusqu'ici de manière systématisée. Une étude du Careps (Rapport n° 395 B, juillet 2003) soulignait la forte proportion des troubles du comportement pour les enfants de 5-6 ans. On peut inférer à partir de cette étude que les jeunes enfants accueillis en urgence présentent des difficultés psychologiques insuffisamment prises en compte

LA RECHERCHE

Une première étape de validation d'un nouvel outil d'évaluation

Les sujets

L'échantillon n'a pas été constitué par tirage au sort, mais par inclusion systématique des enfants accueillis, au fur et à mesure de leur arrivée et de l'accord de leurs parents pour inclure leur enfant dans l'étude. Les questionnaires utilisés ont été complétés, après un séjour minimum de deux semaines, par les deux référents socio-éducatifs de l'enfant, ou par la famille d'accueil pour les enfants se trouvant en placement familial. Les données recueillies ont ensuite été anonymisées pour l'exploitation statistique. En 2005, le centre d'accueil d'urgence Saint-Vincent de Paul a accueilli en urgence 91 enfants de trois à 6 ans révolus, dont 47 sont restés au moins 15 jours, durée nécessaire pour pouvoir inclure un enfant dans la recherche-action. Pour ce centre d'accueil d'urgence, 43 enfants

ont pu être inclus. Les 9 autres enfants inclus dans la recherche étaient accueillis par le foyer de l'enfance (7) ou en famille d'accueil (2).

Description des outils d'évaluation

Les échelles d'évaluation sont le plus souvent d'origine anglo-saxonne (Myers & Winters, 2002) Elles ont été plus particulièrement développées depuis les années 1950, mais peu d'outils ont été validés en langue française. En France, elles sont plus particulièrement utilisées pour la recherche. Pour cette étude exploratoire, le QGE (Mouchenik *et al.*, 2001, Mouchenik *et al.*, 2003) est comparé à la Liste des Comportements de l'Enfant (Fombonne, 1988, 1997) : traduite du CBCL d'Achenbach (Achenbach, 1978, 1991 ; Achenbach & Rescola, 2003) et largement validée en France et au niveau international.

Ces deux questionnaires d'hétéro-évaluation QGE et LCE ont été soumis aux professionnels de première ligne (le référent éducatif de l'enfant) ou à la famille d'accueil pour les enfants en placement familial.

Le QGE

Le QGE est un outil de recension systématisée des informations empiriquement observables. C'est un outil indicatif et non pas diagnostique sous forme d'un questionnaire d'hétéro-évaluation rempli par les parents ou des professionnels en contact quotidien avec l'enfant dans le cas d'un placement en institution ou en famille d'accueil. Le QGE a été construit et amélioré depuis 1999, une première passation avait concerné 300 enfants de 3 à 6 ans. Il présente l'avantage d'évaluer également les troubles psycho-traumatiques dans les situations où un événement traumatogène est précisément repérable dans le vécu antérieur de l'enfant, ce que peu d'échelles généralistes prennent en compte. Les données recueillies à partir du QGE permettent d'inférer la prévalence de difficultés psychologiques et les registres principaux de leur expression : dépression, phobie, anxiété, angoisse, régression, troubles psychosomatiques, troubles fonctionnels, troubles post-traumatiques, etc.

Le QGE comporte trois parties principales :

- La première inclut des renseignements sur l'état civil de l'enfant, le lieu de l'habitat, ses antécédents sociaux, sa fratrie, sa scolarité, la situation familiale, les contacts, la situation particulière des parents avec les paramètres médico-sociaux et socioculturels.
- La deuxième partie est le questionnaire des comportements observables autour de 42 questions dont l'intensité peut être cotée de 0 à 2. Le construit a été élaboré sous forme de constellation en 7 domaines :
 - Autisme, psychose, déficit intellectuel profond si la question A est coté 2, il n'y a pas lieu de poursuivre le questionnaire
 - Troubles à dominante anxieuse, phobique et obsessionnelle
 - Dépression
 - Troubles des fonctions instrumentales et cognitives

- Troubles des conduites et des comportements
- Troubles à expression somatique
- État de stress post-traumatique, ce dernier n'est coté que s'il est répondu oui à la question sur un événement particulièrement traumatogène, repérable dans le temps et ayant induit un changement notable chez l'enfant
 - La troisième partie complète le questionnaire avec des informations
 - Sur les événements potentiellement traumatogènes éventuellement vécus par l'enfant.
 - Sur le suivi social et psychologique antérieur et actuel de l'enfant.

Le QGE et les troubles psycho-traumatiques

Les troubles psycho-traumatiques ont été décrits dès le XIX^e siècle (Barrois, C., 1988). Cependant, hormis de rares auteurs, ces troubles sont reconnus chez l'enfant depuis moins d'une vingtaine d'années. Les troubles psycho-traumatiques sont déclenchés par un ou des événements particulièrement inattendus, effrayants et désorganisateur sur le plan psychique. L'événement traumatique peut être unique ou répété (trauma cumulatif, trauma séquentiel, etc.)

Ces troubles sont souvent sous-évalués alors que les enfants accueillis par l'Aide Sociale à l'Enfance, au moins pour certains d'entre eux, ont été victimes ou témoins de graves violences familiales ou conjugales, de toutes formes de maltraitance, d'abus sexuels ou d'autres événements dramatiques, décès brutal de parent, etc.

La Liste des Comportements de l'Enfant (LCE)

Le QGE est couplé avec la LCE comme outil comparatif et pour une appréciation de sa fiabilité. La LCE (adaptation française d'Éric Fombonne) dérivée de la *Child Behavior Checklist* (CBCL) d'Achenbach (Achenbach, 1991, Achenbach & Rescola 2003) est l'échelle générale d'hétéro-évaluation la plus utilisée dans le monde et validée par le plus grand nombre de pays (Alfons, A.M., *et al.*, 1999). Nous avons utilisé la deuxième partie de la LCE composé de 118 items, destinés à recueillir, selon un format standardisé, l'appréciation des parents sur le comportement de leurs enfants et adolescents (de 4 à 18 ans) ou celle des personnes qui en ont la charge au quotidien. Le questionnaire peut être facilement rempli par les personnes connaissant bien l'enfant. La LCE présente une grande fiabilité, attestée par nombreux travaux de recherche pour discriminer, suivant leur situation psychologique, les enfants relevant d'une aide psychologique et ceux qui n'ont pas de difficultés particulières. Nous avons utilisé seulement la seconde partie de cet instrument. La LCE regroupe les questions posées et leurs réponses sur 8 échelles syndromiques, portant sur divers champs, les notes obtenues permettant de calculer un score pour chaque échelle :

La LCE propose également deux catégories :

- une catégorie d'internalisation, utilisant les scores des échelles « Retrait », « Anxiété-dépression » et « Plaintes somatiques », qui correspondent aux signes de malaise psychologique intériorisé ;

- une catégorie d'externalisation, utilisant les scores des échelles « Comportement déviant » et « comportement agressif », qui correspondent aux troubles extériorisés et observables.

L'ensemble des notes obtenues donne un score global de perturbation qui peut être comparé aux résultats statistiques des enfants du même groupe d'âge, avec la discrimination d'enfants dans la norme, d'enfants à la limite, et d'enfants rentrant dans la catégorie des difficultés psychologiques. La LCE permet de recueillir un grand nombre d'informations sur les éventuels troubles psychologiques. Cependant, si le nombre de questions est élevé, la symptomatologie liée aux traumatismes psychiques n'est pas prise en compte et La CBCL-PTSD de Wolfe, V., *et al* (1989) destinée à investiguer les traumatismes psychologiques avec un outil dérivé de la CBCL (dont la LCE est la version française) ne s'est pas révélée valide (Kenneth, J., *et al.*, 2000). En effet, la LCE n'a pas d'item spécifique correspondant, mais on remarque cependant, dans les cas de psycho-traumatisme, une augmentation des troubles d'internalisation et des troubles du comportement (Petot, D., 2003) Les notes totales au QGE et à la LCE donnent un indice global de perturbation qui peut être corrélé avec une ou plusieurs sous-échelles.

DÉROULEMENT, RECUEIL DES DONNÉES ET TRAITEMENT DES RÉSULTATS

Pour chaque enfant inclus dans l'enquête, les deux questionnaires d'hétéro-évaluation (QGE et LCE) ont été soumis aux professionnels référents (professionnels de première ligne), par l'investigateur de l'équipe de recherche (psychologue clinicien). Le QGE a été à nouveau soumis deux à quatre semaines plus tard au référent 1 de l'enfant pour évaluer la stabilité de l'outil, mais aussi les modifications des réponses dans le comportement observable de l'enfant. La saisie des données permet de mesurer les troubles dans les différents registres de la vie quotidienne et l'analyse des résultats a visé à mesurer la prévalence des troubles et difficultés psychiques dans leur mode d'expression symptomatique. Les données ont été traitées par le centre épidémiologique Épicentre (Paris).

RÉSULTATS

Caractéristiques sociodémographiques

Ces résultats concernent les 52 enfants inclus dans l'étude et placés entre le 29 juillet 2003 et le 20 septembre 2006. Les questionnaires utilisés dans le cadre de cette étude ont été remplis entre le 22 mars 2005 et le 11 octobre 2006.

Les enfants inclus dans l'étude ont été accueillis pour leur grande majorité (43 sur 52) dans la structure d'accueil d'urgence Saint Vincent de Paul, 7 autres au foyer de l'enfance Michelet et 2 autres dans le service d'accueil familial de Paris.

Domicile des parents

Le domicile des parents est situé à Paris pour 83 % des enfants, en Ile-de-France pour 15 %. Pour les 47 enfants domiciliés à Paris, il est à noter que presque la moitié habite dans le 18^e arrondissement, les deux tiers habitant en Ile-de-France résident en Seine-Saint-Denis. La majorité des enfants de notre échantillon sont issus de l'arrondissement de Paris ou du département d'Ile-de-France où la pauvreté et la précarité sont les plus importantes. Plusieurs études soulignent le lien entre pauvreté/précarité, difficultés psychologiques des adultes et placement des enfants. Il y a donc un lien dont l'impact reste à déterminer entre lieu d'habitat et placement des enfants. Cette surreprésentation de l'arrondissement et du département les plus défavorisés en région Île de France est cohérente avec le rapport 2004 de la Sous Direction des Actions Familiales et Éducatives de Paris (Aide Sociale à l'Enfance), mais dans des proportions particulièrement élevées.

Lieu de naissance des enfants

Le lieu de naissance des enfants est situé à Paris pour 56 %, en Ile-de-France pour 25 %. Pour les naissances en Ile-de-France, les 2/3 ont eu lieu en Seine-Saint-Denis. 17 % des enfants sont nés dans un pays étranger pour. Sur les 9 enfants nés dans un pays étranger, 4 viennent des pays de l'Afrique subsaharienne francophone. Les enfants nés à l'étranger sont surreprésentés dans notre échantillon, ce qui interroge sur les conditions de vie et d'accueil des familles migrantes en région parisienne, mais aussi sur l'impact possible de cette variable sur les décisions de placement ?

Age, sex-ratio, fratrie

La moyenne d'âge des enfants inclus dans notre échantillon était de 4 ans et demi. Le *sex-ratio* (M/M+F) étant de 0,48, filles et garçons sont donc également représentés. Dans 65 % des cas, le placement concerne une fratrie. Dans plus de la moitié des cas il y a 1 à 2 enfants dans la fratrie, 1/3 des placements concernent l'aîné de la fratrie actuelle et 1/3 concernent les puînés.

Contexte social et motifs du placement

L'enfant est élevé par ses deux parents dans 48 % des cas. Pour les enfants non élevés par les deux parents, dans 78 % des cas les enfants sont élevés par la mère seule (40 % de l'ensemble de l'échantillon). Dans 42 % des cas les parents sont séparés. Ces chiffres sont à comparer avec les 25 % d'enfants qui vivent dans une famille monoparentale (source Insee, juin 2003). Les motifs du placement sont principalement secondaires à de la maltraitance ou à des violences intrafamiliales, à l'hospitalisation de la mère, le plus souvent en psychiatrie, à des troubles médico-psychologiques sous forme d'addictions de l'un ou des deux parents, et pour une large part à des difficultés sociales économiques. Si la maltraitance et/ou la violence intrafamiliale sont retrouvées dans 24 % des situations, les pourcentages cumulés font apparaître que les problèmes psychiatriques et les

addictions sont largement prépondérants (alcoolisme/toxicomanie) à 36 %, avec une large intrication des problèmes socioéconomiques.

Situation des parents

L'exploitation des données est rendue difficile par le manque d'informations sur les situations professionnelles et administratives. Cependant pour les mères, les problèmes de santé (en particulier de santé mentale) et les difficultés d'accès à l'emploi sont très prégnants.

Contact avec la famille

Dans tous les cas sauf trois, l'enfant est en contact avec sa famille.

Suivi social

Pour 73 % des enfants, il existait un suivi social avant le placement, et pour 23 % des enfants de l'échantillon ce n'était pas le premier placement, ce qui est un signe d'alerte important. Aucun de ces enfants ne semble avoir bénéficié des structures d'accueil séquentiel permettant des alternatives suffisamment souples. L'impuissance des suivis sociaux antérieurs à soutenir ou rétablir une situation familiale psycho-socio-éducative sans risque important pour l'enfant interroge sur le contenu de ces suivis, notamment au regard du travail en réseau avec les structures médico-psychologiques d'aide à la parentalité et de soins psychiatriques. La prévention psychosociale précoce ne semble pas utiliser les outils, les partenariats et le travail en réseau dont l'efficacité et l'utilité avaient été démontrées dans le 14^e arrondissement de Paris dans l'expérience du Service Unifié de l'Enfance développée par le Professeur Michel Soulé (1977).

Suivi psychologique

Dans 12 %, il existait un suivi psychologique antérieur au placement. Seuls 15 % des cas, l'enfant avait bénéficié au moins d'un entretien avec un psychologue depuis son admission dans l'établissement. Pour 9 enfants, une aide psychologique est poursuivie à l'extérieur de l'établissement. La durée moyenne du suivi était de 6 mois. Pour 5 enfants, le type de suivi était une psychothérapie associée à un suivi orthophonique dans 3 cas, dans un cas, il s'agissait d'un suivi orthophonique seul et dans un autre cas d'un suivi en psychomotricité seule. À partir de ces données, le suivi psychologique mis en place dans les structures d'urgence paraît insuffisant pour concourir avec les équipes éducatives à l'accompagnement de l'enfant. C'est dans certaines institutions un choix de travail indirect qui passe par la parole de l'équipe éducative sur l'enfant.

Origine des parents

Dans plus de la moitié des cas, les deux parents sont d'origine étrangère. La langue parlée à la maison est le français dans 58 % des cas, une langue étrangère dans 13 % des cas, une association du français et d'une langue étrangère dans

8 % des cas. Pour le reste des enfants, cette information est non connue ou non documentée.

Migration et vulnérabilité psychique familiale

Plus de 50 % des enfants inclus dans l'étude ont leurs deux parents étrangers : cette proportion est largement au-dessus de la moyenne nationale qui est de 5,5 % environ (estimation Insee, 1999). Les statistiques sur la population d'origine immigrée (incluant les naturalisations et les enfants de nationalité française : un immigré sur trois est français) donne des chiffres différents avec 15 % en région parisienne et 7 % pour le reste du territoire. La région parisienne reçoit 40 % de l'ensemble de la population immigrée (informations consultables sur le site de l'Ansec, Agence Nationale pour la Cohésion Sociale et l'Égalité des Chances). Ce constat renvoie à la vulnérabilité psychosociale des familles migrantes, et au manque de moyens dévolus par le pays d'accueil en termes de prévention et d'accompagnement psychosocial. Il renvoie aussi aux « malentendus culturels » qui nécessiteraient de faire davantage appel aux consultations transculturelles, elles-mêmes en nombre et en moyens insuffisants.

L'accroissement de la vulnérabilité psychique des parents en situation migratoire a été largement documentée (Moro, M.R., 1994, Baubet, M.R., Moro, M.R., 2003). Si la migration en elle-même ne semble pas accroître le risque psychiatrique (Rousseau, C., Nadeau, L., 2003), malgré l'avis divergent de certains chercheurs, il est avéré que le cumul des paramètres de difficultés entraîne des situations de détresse, facteurs de risques psychiatriques accrus, favorisés par l'isolement, la précarité, la pauvreté et l'exclusion sociale.

Près de 50 % des familles de notre échantillon sont monoparentales : on peut en inférer l'absence d'un père, mais aussi souvent l'absence d'un soutien familial et d'une présence jouant un rôle important de guidance parentale pour la mère de l'enfant surtout si elle est primipare. L'enfant qui naît dans une situation migratoire difficile va cumuler des difficultés qui entravent son bon développement et favorisent des liens d'attachement de mauvaise qualité.

La situation statutaire des parents n'a pas pu être définie par manque d'informations précises, en particulier la proportion de parents étrangers sans titre de séjour, ce qui est un facteur certain de vulnérabilité sociale et psychologique.

Par ailleurs, avec des familles de langue et de culture différentes, un certain nombre de décisions de placement peuvent être induits par des situations de « malentendu culturel » encore peu investiguées (Legault, G., Lafrenière, M., 1992). Le recours à l'évaluation dans une consultation transculturelle est encore trop peu utilisé avant une décision de placement par les magistrats, les travailleurs sociaux, les psychiatres ou les psychologues. Ces recours sont davantage utilisés a posteriori, quand le placement se révèle très problématique et constitue une impasse supplémentaire dans un dialogue très difficile, voire impossible sans médiation culturelle et linguistique avec la famille de l'enfant.

Évaluation des troubles observés par les référents des enfants : Questionnaire Guide d'Évaluation (QGE)

Le tableau 1 donne la moyenne des scores obtenus et la déviation standard (SD) pour les différents domaines explorés par le QGE, pour les deux évaluations successives effectuées par le référent principal de l'enfant (référent 1) à l'inclusion (J0) et à plusieurs semaines après l'inclusion (J0+n) et pour l'évaluation effectuée par le référent secondaire de l'enfant à l'inclusion (référent 2). La comparaison des moyennes ne montre pas de différence significative (test d'analyse de variance).

Tableau 1.

Moyenne et déviation standard des scores obtenus par les deux référents des enfants (n = 52) pour les différents domaines du QGE.

Dimension	Référent 1 à J0		Référent 1 à J0+n		Référent 2 à J0	
	moyenne	(SD)	moyenne	(SD)	moyenne	(SD)
Trouble à dominante anxieuse, phobique, obsessionnelle, inhibition	6,1	(3,8)	5,0	(4,0)	5,1	(4,0)
Dépression	2,8	(2,0)	2,6	(1,9)	2,5	(1,9)
Troubles des fonctions instrumentales et cognitives	1,8	(1,7)	1,5	(1,8)	1,5	(1,7)
Troubles des conduites et des comportements	3,7	(2,6)	3,5	(2,4)	3,8	(2,6)
Troubles à expression somatique	1,7	(1,4)	1,4	(1,2)	1,6	(1,4)
Score total	17,6	(9,2)	14,9	(9,6)	16	(9,5)

Selon leur référent principal (R1), les trois quarts des enfants (39/49) avaient été victimes ou témoins d'un événement traumatique susceptible d'entraîner un état de stress psycho traumatique (ESPT). Pour ces 39 enfants, un score évaluant l'état de stress post-traumatique au moyen du QGE a été calculé et les résultats en sont présentés dans le tableau 2. Il n'y avait pas de différence significative entre les moyennes (analyse de variance).

Le tableau 3 décrit les moyennes et déviations standards des scores obtenus par le référent principal à l'inclusion pour les différents domaines du QGE selon que l'enfant a été victime ou témoin d'un événement traumatique. Bien qu'il n'y eût pas de différence significative, les moyennes des scores pour les différents domaines étaient plus élevées pour les enfants ayant vécu un psycho-traumatisme.

Tableau 2.

Moyenne et déviation standard des scores obtenus par les deux référents des enfants ayant vécu un événement traumatique (n = 39) pour le domaine explorant les états de stress post-traumatique.

Dimension	Réfèrent 1 à J0		Réfèrent 1 à J0+n		Réfèrent 2 à J0	
	moyenne	(SD)	moyenne	(SD)	moyenne	(SD)
Etat de Stress Post Traumatique	3,2	(2,5)	2,8	(2,4)	3,3	(2,5)

Pour le domaine explorant les troubles à dominante anxieuse, phobique, obsessionnelle ou inhibition, la moyenne était de 6,1 pour les enfants avec notion de traumatisme comparée à 4,2 pour les enfants sans. Pour le domaine explorant les troubles des conduites et des comportements les moyennes étaient respectivement de 4,1 et 2,9.

Tableau 3.

Moyennes et déviations standards des scores obtenus par le référent 1 pour les enfants ayant vécu un psycho traumatisme* (n = 39) et ceux sans notion de psycho-traumatisme (n = 10).

Dimension	Enfants avec psycho-traumatisme (n = 39)		Enfants sans psycho-traumatisme (n = 10)	
	moyenne	(SD)	moyenne	(SD)
Trouble à dominante anxieuse, phobique, obsessionnelle, inhibition	6,1	(3,7)	4,2	(3,8)
Dépression	3,0	(2,0)	2,4	(2,3)
Troubles des fonctions instrumentales et cognitives	1,8	(1,8)	1,6	(1,6)
Troubles des conduites et des comportements	4,1	(2,4)	2,9	(2,7)
Troubles à expression somatique	1,8	(1,4)	1,6	(1,3)
Score total	18,9	(9,2)	13,6	(8,8)

*Pour trois enfants, la notion de traumatisme est manquante.

Validité du QGE en tant qu'outil d'évaluation

Cohérence interne

La cohérence interne reflète l'homogénéité des items qui constituent chaque dimension de l'instrument. Elle est déterminée par le coefficient alpha de Cronbach. Celui-ci est d'autant plus grand que les items sont corrélés entre eux et il varie de 0 et 1. La cohérence interne d'une dimension est considérée comme bonne quand le coefficient est supérieur à 0,6. Le tableau 4 décrit les valeurs du coefficient alpha de Cronbach pour les deux référents de l'enfant. Le coefficient a été calculé pour les différents domaines explorés par le questionnaire guide évaluation et pour l'ensemble de l'instrument. Les résultats étaient satisfaisants (coefficient > 0,6) sauf pour les domaines explorant les fonctions instrumentales et cognitives ou pour les troubles à expressions somatiques (coefficient < 0,6).

Tableau 4.

Calcul du coefficient alpha de Cronbach pour les différentes dimensions du QGE en fonction du référent et du moment de l'évaluation (inclusion ou à distance de l'inclusion).

Dimension (nb d'items)	Corrélation intraclasse
Troubles à dominante anxieuse, phobique, obsessionnelle, inhibition (14)	0,56
Dépression (5)	0,78
Troubles des fonctions instrumentales et cognitives (6)	0,70
Troubles des conduites et des comportements (7)	0,75
Troubles à expression somatique (6)	0,71
Totalité	0,82

Reproductibilité

Le coefficient de corrélation intraclasse (CCI) mesure pour chaque sujet la corrélation entre les résultats à deux évaluations réalisées à deux moments différents. La reproductibilité de l'instrument est considérée comme bonne lorsque le CCI est supérieur à 0,6.

La reproductibilité semble satisfaisante avec des coefficients de corrélation intraclasse situés entre 0,56 et 0,82 (tableau 5).

Validité sur critère

La validité du Questionnaire Guide d'Évaluation (QGE) a été explorée ici en corrélation avec les scores obtenus à partir de la Liste des Comportements de l'Enfant (LCE), outil déjà largement validé.

Tableau 5.

Calcul du coefficient de corrélation intraclasse pour les différentes dimensions du QGE pour le référent principal à inclusion et plusieurs semaines après l'inclusion.

Dimension (nb d'items)	Référent 1 à J0	Référent 1 à J0+n	Référent 2 à J0
Troubles à dominante anxieuse, phobique, obsessionnelle, inhibition (14)	0,65	0,81	0,74
Dépression (5)	0,64	0,60	0,67
Troubles des fonctions instrumentales et cognitives (6)	0,21	0,53	0,59
Troubles des conduites et des comportements (7)	0,53	0,67	0,72
Troubles à expression somatique (6)	0,09	0,14	0,25
État de Stress post-traumatique (8)	0,63	0,71	0,65
Totalité	0,79	0,88	0,87

Le tableau 6 décrit la moyenne des scores par domaine, le score total et pour chaque score la déviation standard. Pour notre échantillon, le score total est de 39,4 avec une déviation standard de 21,9. Les scores obtenus dans les domaines de l'agressivité, de l'anxiété et la dépression et des problèmes d'attention étaient élevés.

Tableau 6.

Moyennes et déviation standard des scores obtenus par le référent principal à l'inclusion pour les 8 domaines de comportement explorés par la LCE.

Domaines (nb d'items)	Moyenne	(SD)	Cohérence interne (1)
Retrait (9)	5,2	(3,4)	0,78
Plaintes somatiques (10)	1,4	(1,8)	0,57
Anxiété – Dépression (14)	7,1	(5,5)	0,87
Problèmes sociaux (8)	2,5	(2,4)	0,66
Problèmes de Pensées (7)	1,2	(1,3)	0,21
Problèmes d'attention (11)	5,2	(4,5)	0,83
Comportement agressif (20)	10,9	(7,7)	0,90
Comportement déviant (13)	1,8	(1,8)	0,57
Internalisation *	13,8	(9,2)	0,85
Externalisation **	12,9	(9,1)	0,90
Score total	39,4	(21,9)	0,93

* somme des scores des domaines « retrait », « anxiété-dépression » et « plaintes somatiques »

** somme des scores des domaines « comportement déviant » et « comportement agressif »

Nos résultats comparés à des résultats de population générale et population clinique (tableau 7) montraient des moyennes comparables à une population clinique.

Tableau 7.

Score des 8 domaines des comportements explorés par la CBCL et des scores globaux d'enfants considérés dans la norme et des enfants à risques, Suzanne Doyle & Cari McCarty.

Échelle	Normative sample (n = 321)		High-risk control (n = 133)	
	Moyenne	Déviati on standard	Moyenne	Déviati on standard
Retrait	1,776	2,198	2,286	2,265
Plaintes somatiques	1,078	1,697	1,414	1,939
Anxiété/Dépression	2,950	3,658	4,308	4,330
Problèmes sociales	2,031	2,329	3,301	2,541
Problèmes de Pensées	0,561	1,271	1,015	1,665
Problèmes d'attention	3,100	3,234	5,323	3,526
Comportement délinquant	1,972	2,418	3,752	3,251
Comportement agressif	6,903	6,120	11,248	7,368
Internalisation	5,611	6,071	7,722	6,510
Externalisation	8,875	8,028	15,000	9,819
Score total	22,377	19,693	35,534	22,77

Le tableau 8 décrit le score total obtenu à la LCE par le référent principal en classe. Environ 60 % des enfants ont un score total inférieur à 40, et ne semblent pas en difficulté psychologique majeure. Un groupe de 40 % (21/52) présente des difficultés dont environ 29 % (15/52) de ces enfants sont en grande difficulté.

Tableau 8.

Score total obtenu par le référent principal à l'inclusion à partir de la LCE selon différentes catégories.

Score total	n	(%)
<25	17	(33)
25 à 39	14	(27)
40 à 49	6	(11)
50 et plus	15	(29)

Dans les travaux sur la validation française de la CBCL (*Child Behavior CheckList*), Éric Fombonne avait proposé d'établir la limite entre groupe *clinique* et *non-clinique*, à partir d'un score de 40 au score total de perturbation psychologique de la LCE (Fombonne, 1991). Cependant les nouveaux travaux de standardisation de la CBCL effectués en 1997 (Vermeersch, Fombonne) donnent un score *moyen* de l'échantillon *clinique* d'enfants en France à 52,1, et un score *moyen* de l'échantillon *non clinique* à 25,3 pour des enfants de 4 à 11 ans. Donc si le spectre est assez large à partir de 40, ce sont tout de même des scores plus élevés qui doivent attirer notre attention. La validité discriminante de la LCE a été établie par comparaison entre les scores des enfants consultant en pédopsychiatrie et les scores des enfants qui ne consultent pas. Nous avons retenu un seuil à 50 préconisé par Petot, qui travaille sur la version française de la CBCL (communication personnelle, 2004), c'est aussi le score retenu au Québec (Lacharité, 1999).

Corrélation entre LCE et QGE

La validité sur critère d'un questionnaire est mesurée à partir des corrélations entre les scores obtenus à partir de ce questionnaire avec ceux obtenus à partir d'un autre instrument validé dans le même domaine. Le calcul du coefficient de corrélation des rangs de Spearman mesure la conformité des résultats entre les deux outils d'évaluation.

Le tableau 9 donne le résultat du coefficient de corrélation entre les domaines explorés par la LCE et les domaines similaires du QGE pour le référent principal et le référent secondaire. Toutes les dimensions du QGE sont significativement corrélées à la LCE sauf en ce qui concerne les troubles somatiques.

Tableau 9.

Corrélation entre LCE et QGE pour les différentes dimensions et pour le score total (coefficient de corrélation des rangs de Spearman).

Corrélation entre LCE et QGE	Référent 1 à	P	Référent 2 à	P
	J0		J0	
LCE anxiété/dépression & QGE anxiété	0,63	<0,05	0,65	<0,05
LCE anxiété/dépression & QGE dépression	0,55	<0,05	0,55	<0,05
LCE tb somatiques & QGE tb somatiques	0,14	0,3	0,2	0,15
LCE agressivité & QGE tb comportement	0,73	<0,05	0,73	<0,05
LCE score total & QGE score total	0,83	<0,05	0,85	<0,05

DISCUSSION

La fiabilité globale du QGE dans cette première étape de validation est confirmée par une corrélation de bonne qualité avec la LCE/CBCL déjà validée en France et sur le plan international, mais nécessite la poursuite du processus de validation avec un groupe contrôle et un groupe clinique. Le recueil d'informations systématisées au sujet de l'enfant auprès des professionnels de première ligne nous semble une ressource importante, mais sous-utilisée dans les différentes études. Dans la littérature internationale, il est rarement question de la participation des professionnels de première ligne à une évaluation psychologique précise – avec des outils précis – des enfants accueillis (Albrecht, 2001). La cotation d'un éventuel État de Stress Traumatique quand un événement particulièrement traumatogène est précisément repérable dans la vie de l'enfant est un complément important pour l'évaluation. La fidélité inter-juges entre le référent 1 de l'enfant et le référent 2 (qui connaît beaucoup mieux l'enfant) est parfois problématique, cependant il n'est pas certain que cette étape de la procédure soit utile. La cohérence interne des différentes dimensions mesurées par le coefficient de Cronbach est de bonne qualité sauf dans deux domaines plus difficile à appréhender en institution ; les troubles des fonctions instrumentales et cognitives et les troubles à expression somatique. La passation du QGE, outre que ses résultats sont bien corrélés à ceux de la LCE, met en relief la fréquence des troubles de type psychotraumatique, souvent sous-estimés. Plus des deux tiers des enfants de notre groupe ont été victimes ou témoins d'un événement potentiellement traumatogène et, pour ces derniers, le score à ce domaine est élevé. Les difficultés les plus importantes des enfants, soulignées par le QGE, ont trait aux troubles à dominante anxieuse, phobique, obsessionnelle ou sous forme d'inhibition et de façon moins importante mais nette aux troubles des conduites et des comportements, les troubles psychotraumatiques et la dépression.

La partie socio-psycho-démographique est une source d'information importante qui pourra être croisée avec les résultats aux différents domaines. Dans cette étude, le domicile des familles des enfants placés en urgence se situe principalement dans les espaces de pauvreté/précarité/exclusion sociale. La majorité des familles des enfants placés sont issues des trois arrondissements de Paris (18^e, 19^e, 20^e) et de la Seine-Saint-Denis où la pauvreté-précarité est la plus importante. Les familles monoparentales sont surreprésentées. La situation de la mère qui, le plus souvent, élève seule ses enfants est particulièrement difficile sur les plans de la santé mentale et de l'accès à l'emploi. Les suivis sociaux antérieurs au placement sont particulièrement importants, mais n'ont pu faire la preuve de leur efficacité avec éventuellement des liens insuffisants avec les structures médicosociales d'aide à la parentalité et de soins psychiatriques. Les enfants placés de familles étrangères sont surreprésentés soulignant la vulnérabilité psychosociale des familles migrantes et les insuffisances du pays d'accueil en termes de prévention et d'accompagnement mais aussi les formes de « malentendus culturels » qui nécessiteraient un recours plus important

aux consultations transculturelles. Les orientations vers des structures de soins psychologiques en cours de placement sont insuffisantes eu égard aux difficultés des enfants et du groupe familial. De nombreux enfants sont en difficulté psychologique dont certains ont une souffrance psychologique aiguë, qui relèverait d'un recours aux soins, en interne et en externe auprès des structures de type CMP ou CMPP. Le placement, quand il s'avère indispensable, n'est pas sans induire des effets de désorganisation psychique soulignés par plusieurs auteurs : déterritorialisation, désaffiliation, etc. Les modalités d'accueil d'urgence sont insuffisantes, la création et le développement de structures d'accueil souple, séquentiel, et ne nécessitant pas systématiquement l'intervention de l'autorité judiciaire seraient particulièrement utiles.

CONCLUSION

Cette étape de validation du QGE souligne les qualités potentielles de l'outil avec l'évaluation d'un éventuel ESPT ce qui est rare pour une échelle généraliste. La partie psycho-socio-démographique du questionnaire permet de croiser utilement plusieurs variables. Le QGE qui permet de systématiser les perceptions des acteurs de première ligne comme les éducateurs référents dans une institution peut être très utile pour fédérer les différentes ressources susceptibles de favoriser une meilleure et plus rapide évaluation des difficultés psychologiques des jeunes enfants et de mieux répondre à leurs besoins. Cependant, la portée de cette étude est limitée par la modestie et la spécificité de l'échantillon. Dans cette perspective, il est nécessaire de compléter notre validation par une comparaison avec un groupe contrôle d'enfants non placés et un groupe clinique.

Remerciements

Cette étude résulte d'un appel à projet de recherche, organisé et financé par le Département de Paris. Pour la réaliser, nous avons pu bénéficier de la précieuse coopération et disponibilité des équipes éducatives, des cadres et des directions des foyers d'accueil du Centre Saint Vincent de Paul, du foyer Michelet et du Service d'Accueil Familial de Paris.

RÉFÉRENCES

- Achenbach, T.M. (1978).
 Achenbach, T. M. (1991). *Manual for the Child Behavior Checklist*, Burlington, VE: Vermont University Press.
 Achenbach, T. M. & Rescola, L. A. (2003): *Manual for the Aseba School Age Form*, Burlington, VE: Vermont University Press.
 Albrecht, G. & al. (2001). The Child Behavior Checklist for group Care Worker. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 29, 83-89.

- Alfons, A. M. & al (1999). Problems Reported by Parents of children in Multiple Cultures: The Child Behavior Checklist Syndrome Constructs. *American Journal of Psychiatry*, 156, 569-574.
- Barrois, C. (1988). *Les névroses traumatiques*. Paris, Dunod.
- Baubet, T. & Moro, M. R. (2003). *Psychiatrie et Migration*. Paris, Masson.
- Expertise Collective Inserm (2005): *Troubles des conduites chez l'enfant et l'adolescent*, Paris, Inserm.
- Dale, G. & al. (2007). Characteristics of Children in Residential Treatment in New York State. *Child Welfare*, 86, 5-28.
- Fombonne, E. et al. (1988). Le Child Behavior Checklist : un instrument pour la recherche en psychiatrie de l'enfant. *Psychiatrie et Psychobiologie*, 3, 409-418.
- Fombonne, E. et al. (1989). The Child Behavior Checklist and the Rutter Parental Questionnaire: a comparaison between two screening instruments. *Psychological Medicine*, 19, 777-785.
- Fombonne, E. et al. (1991). The use of questionnaires in child psychiatry research : measuring their performance and choosing an optimal cut-off. *Journal of Child Psychology and psychiatry*, 32, 677-693.
- Fox, A., Berrick, J.D. (2007). A response to No One Ever asked Us: a review in out-of-home care. *Child and Adolescent Social Work Journal*. 24, 23-51.
- Guedeney, A., Guedeney, N. (2008). The infant protection system in France : how does it work ? *Infant Mental Health Journal*. 29, 5-20.
- Golse, B. (2006). Pas de zéro de conduite pour les enfants de trois ans. *Rhizome*, 23, 2-3.
- Hurlburt, M. et al. (2004). Contextual Predictors of Mental Health Service Use Among Children Open to Child Welfare. *Archives of General Psychiatry*, 61, 1217-1224.
- Kenneth, J. et al. (2000). PTSD Scale of the Child behavior Checklist: Concurrent and Discriminant Validity with non-clinic-Referred sexually Abused children. *Journal of Traumatic Stress*, 13, 287-299.
- Legault, G. & Lafrenière, M. (1992). Situation d'incompréhensions culturelles dans les services sociaux : problématiques, *Santé Mentale au Québec*, 17, 113-131.
- Mintz, A.S. & Pérouse de Montclos, M.-O. (2006). Ontogenèse de l'attachement entre 0 et 12 ans. In , N. et A. Guedeney (eds), *L'attachement, Concepts et applications* (pp. 71-80). Paris, Masson.
- Moro, M. R. (1994). *Parents en Exil. Psychopathologie et Migration*. Paris, PUF.
- Myers, K. & Winters, N. (2002). Ten years of rating scales. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41, 1401-1422.
- Mouchenik, Y., Baubet, T. et al. (2001). Évaluer les troubles psychologiques post-traumatiques chez les enfants de moins de six ans. *L'autre*, 2, 359-366.
- Mouchenik, Y. & Bellanger, F. (2003). L'identification des troubles post-traumatiques chez les jeunes enfants réfugiés. In K. Le Roch, D. Bitar et al. (Eds) *Soigner malgré tout, bébés, enfants et adolescents dans la violence* (pp. 37-55). Grenoble : Pensée Sauvage,
- Mouhot, F. (2003). Séparations Parent/Enfants : impact de l'âge des enfants sur leur évolution, *Psychiatrie de l'enfant*, 46, 609-630.

- Mintz, A.S. & Pérouse de Montclos, M.-O. (2006). Ontogenèse de l'attachement entre 0 et 12 ans. In , N. et A. Guedeney (Eds). *L'attachement: concepts et applications*. Paris : Masson.
- Petot, D. (2003). *L'évaluation clinique en psychopathologie de l'enfant*. Paris : Dunod.
- Pioli, D. (2006). Le soutien à la parentalité : entre émancipation et contrôle. *Société et Jeunesse en difficulté*, 1, revue en ligne : <http://sejed.revues.org/index106.html>
- Rapport d'Enquête (2006) : *Étude réalisée auprès des enfants placés à l'Aide Sociale à l'Enfance et de leurs parents*, Département du Maine-et-Loire. En ligne : <http://www.med.univ-angers.fr/discipline/pedopsy/Publications/ase-epidemiologie.pdf>
- Rousseau, C. *et al.* (2003). Migration, exil et santé mentale in T. Baubet, & M. R. Moro (Eds), *Psychiatrie et Migrations* (pp.126-136). Paris : Masson.
- Silver, J. & Dicker, S. (2007). Mental Health Assessment of infant in Foster Care. *Child Welfare*, 86, 35-55.
- Soulé, M. & Noël, J. (1971). Le grand renfermement des enfants dits « cas sociaux » ou malaise dans la bienfaisance. *Psychiatrie de l'Enfant*, 14, 577-620.
- Soulé, M. (1977). La prévention médico-sociale précoce. Nécessités et difficultés. In *L'enfant et la ville* (pp. 201-209). Paris : Centre Georges Pompidou.
- Vermeersch, S. & Fombonne, E. (1997). Le Child Behavior Checklist : résultats préliminaires de la standardisation de la version française. *Neuropsychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, 45, 615-620.
- Wolfe, V. & *al.* (1989). The impact of sexual abuse on children: a PTSD formulation, *Behavioral Therapy*, 20, 359-383.

Renseignements nominatifs :Réfèrent : 1 2 Chargé de recherche : _____ Numéro identifiant de l'enfant : _____

Nom et prénom de l'enfant : _____

Date : _____ Initiales du professionnel : _____ Fonction : _____ Foyer : _____

Questionnaire Guide d'Évaluation*(à remplir par les professionnels)*

Madame, Monsieur, vous remplissez ce questionnaire en prenant votre temps à partir de vos perceptions sur les comportements directement observables de l'enfant, depuis son arrivée (au minimum 15 jours) et d'un faisceau de signes vous permettant d'avoir une perception justifiée. Le psychologue chargé de recherche pourra vous donner des précisions et répondre à vos questions. Pour les questions sans cotation **cochez la case** à la réponse choisie. Certains items de la première partie du questionnaire pourront être complétés ultérieurement si vous ne connaissez pas toutes les réponses. Pour les cotations, **un seul chiffre** par question doit être entouré : **0 pour une réponse par la négative ou pas du tout, 1 parfois ou quelques fois, 2 souvent, fréquemment ou toujours**. Il est nécessaire de **répondre à toutes les questions**.

Renseignements anonymes :

Ville et arrondissement de résidence des ou du parent : _____ Lieu de naissance de l'enfant : _____

Situation particulière de l'enfant : Adopté Autre, précisez : _____

Date du placement actuel : _____ Durée de ce placement : _____

L'enfant a-t-il déjà été placé : Oui Non *(si OUI, précisez la fréquence) :* _____Nombre d'enfants dans la fratrie : _____ Nombre d'enfant dans la fratrie actuelle¹ : _____

Rang dans la fratrie : _____ Rang dans fratrie actuelle : _____

Mois et année de naissance de l'enfant : _____ Age : _____ Sexe de l'enfant : Fille Garçon

Dans quelle classe l'enfant est-il scolarisé : _____

L'enfant était-il élevé par ses deux parents : Oui Non, *si NON :* Père Mère Autre : _____Situation parentale : Célibataire Marié Vie maritale
 Séparé Divorcé VeufPlacement : individuel fratrie Rang dans la fratrie placée : _____Connaissez-vous les motifs du placement : Oui Non *si OUI lesquels :* _____L'enfant connaît-il les motifs réels ou supposés de son placement : Oui Non

S'il vous en a parlé, que dit-il ? : _____

Est-il en contact avec sa famille : Oui Non, *si OUI :*Visite médiatisée au foyer 1 Visite à la maison dans la journée 2Visite à la maison avec hébergement 3 autre 4 *(précisez) :* _____Situation particulière des parents Oui NonPère en prison SDF hospitalisé inconnu décédé Autre² : _____Mère en prison SDF hospitalisée inconnue décédée Autre : _____¹ Fratrie actuelle = frères/sœurs ou demi-frères/sœurs avec lesquels l'enfant grandit.² Préciser : sans papiers, retour au pays, etc

- 0 1 2 **13.** Mange beaucoup trop, comme pour se remplir, même sans appétit (*boulimie*)
- 0 1 2 **14.** Ne parle pas ou très peu (*mutisme*)
- 0 1 2 **15.** Alimentation excessivement sélective.
- 0 1 2 **16.** Difficultés d'endormissement
- 0 1 2 **17.** Sursaut, mouvements incontrôlés
- 0 1 2 **18.** Douleurs et plaintes somatiques (non médicalement diagnostiquées)
- 0 1 2 **19.** L'enfant vous semble-t-il dans un état d'inquiétude permanente ou très fréquente ?
- 0 1 2 **20.** Encoprésie (de jour ou de nuit) *précisez* ; _____
- 0 1 2 **21.** Bouge sans arrêt, incapable de se poser (Instabilité psycho-motrice)
- 0 1 2 **22.** Allergie médicalement constatée (*décrivez*) : _____
- 0 1 2 **23.** Refus d'aller à l'école ou à la crèche
- 0 1 2 **24.** Insatisfaction, découragement, lassitude
- 0 1 2 **25.** Asthme médicalement constaté
- 0 1 2 **26.** Reste collé à l'adulte présent (demande affective intense)
- 0 1 2 **27.** Existe-t-il chez l'enfant des pensées, souvenirs, obsédants ? Si oui lesquels ? (*décrivez*) :
-
- 0 1 2 **28.** Comportement agressif/conflictuel (à la maison ou/et à l'extérieur)
- 0 1 2 **29.** Perturbation des activités de l'enfant (jeux, dessin), lesquels (*décrivez*) _____
-
- 0 1 2 **30.** Pertes d'acquisitions (graphisme, autre) *Précisez* : _____
- 0 1 2 **31.** Conduites d'isolement ou de retrait
- 0 1 2 **32.** Incapacité de se concentrer
- 0 1 2 **33.** Existe-t-il chez l'enfant des sentiments ou émotions envahissantes ?
- Si oui lesquels ? : _____
- 0 1 2 **34.** Refus de certaines activités lié à une forme d'apathie, désintérêt ou d'indifférence
- 0 1 2 **35.** Existe-t-il chez l'enfant des jeux ou scénario excessivement répétitifs ?
- Si oui lesquels : _____
- 0 1 2 **36.** Baisse des performances scolaires de l'enfant signalée par l'école
- 0 1 2 **37.** L'enfant a-t-il des conduites d'évitement, de fuite ou d'équivalent, par exemple à des

bruits, à des situations, à des images incluant celles de la télévision et autre ?

Précisez : _____

0 1 2 **38.** L'enfant a-t-il des comportements particulièrement répétitifs susceptibles de gêner sa vie quotidienne ? Si oui, lesquels : _____

Ajouter et précisez des difficultés de d l'enfant non listée dans le questionnaire, lesquels :

0 1 2 **39.** Précisez : _____

0 1 2 **40.** Précisez : _____

0 1 2 **41.** Précisez : _____

Nombre de réponses par colonne

Scores pour chaque colonne **Score total :**

À votre connaissance l'enfant a-t-il été victime, témoin et directement confrontés à des évènements de violences, menaces, blessures, agressions, accidents, mort subite d'un proche en sa présence, violences familiales ou conjugale ou d'autres événements pouvant mettre sa vie en danger : catastrophe naturelle, guerre, incendie, autres ?

Oui Non Si oui, précisez _____

Avant le placement, existait-il un suivi éducatif ou social régulier ? *ex. AEMO ou autre* : Oui Non

Si OUI, lequel ? : _____ Avait-il bénéficié d'une aide psychologique ? : Oui Non

A-t-il été reçu en entretien par le/la psychologue du foyer depuis son arrivée : Oui Non

L'enfant est-il suivi pour une aide psychologique ou psycho-pédagogique à l'extérieur du foyer ? Oui Non

Si OUI : Date de début de cette prise en charge : _____ Durée en mois : _____

Précisez : Psychothérapie Groupe thérapeutique
 Orthophonie Psychomotricité Autre : _____

Cette prise en charge a-t-elle un effet significatif sur l'état de l'enfant ? : Oui Non

Si OUI dans quel sens ? : Aggravation des troubles Amélioration. Précisez : _____

Selon vous, quelle est la difficulté dominante de cet enfant ? : _____