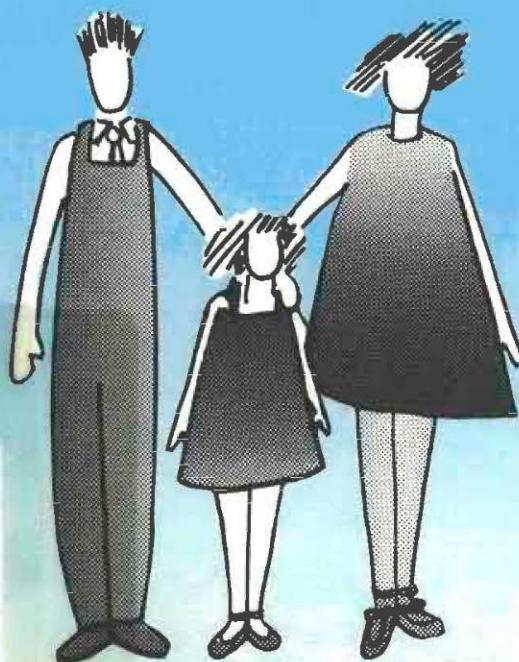


TROUBLES DE DÉVELOPPEMENT CHEZ L'ENFANT DE 0-5 ANS: FACTEURS DE RISQUE ET PRÉVENTION.

Département
de santé communautaire
de Lanaudière



WS
350.6
M379
1987

INSPQ - Montréal



3 5567 00000 6376

Centre
Hospitalier
Régional
De Lanaudière

Institut national de santé publique du Québec
4835, avenue Christophe-Colomb, bureau 200
Montréal (Québec) H2J 3G8
Tél.: (514) 597-0606

WS
350.6
M379
1987

FRANCE MARTIN
AGENTE DE PROJET

DOSSIER: TROUBLES DE DEVELOPPEMENT
(Volet 1)

TROUBLES DE DEVELOPPEMENT CHEZ L'ENFANT DE 0-5 ANS:
FACTEURS DE RISQUE ET PREVENTION

Département de santé communautaire du
Centre hospitalier régional De Lanaudière

AOUT 1987

Centre de santé communautaire
CENTRE DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE
660 Montée Sainte
BOIS-COMTE-RICHELIEU
Qc G1A 1C2

AUT-RICHELIEU

Centre de documentation
CENTRE DE DOCUMENTATION COMMUNAUTAIRE DU HAUT-RHIN
300 Montée St-Luc
Sélestat-Riquewihr (Grèves)
75A 105

-2039-

Dépôt légal:

ISBN: 2-9800976-4-0

Bibliothèque nationale du Canada

Bibliothèque nationale du Québec

Troisième trimestre 1987

AVANT-PROPOS

En se basant sur des études menées à travers le monde occidental, Maziade (1985) affirme "qu'entre 7 et 15% de nos enfants sont en difficulté d'adaptation ou de développement entre l'âge préscolaire et l'adolescence."

La petite enfance revêt une importance critique relativement au développement de l'enfant. Les travaux de certains psychologues tels que Piaget, Bloom, Kagan (1952, 1964, 1976; voir Lerners, 1985) ont démontré qu'au moment où on s'aperçoit que l'enfant éprouve certaines difficultés ou ne réussit pas à l'école, ce dernier a déjà presque tout perdu. Cependant, faisant référence au développement des habiletés sociales, Clarke et Clarke (1972; voir Trower et al., 1978) démystifient la croyance qu'une expérience précoce déterminera nécessairement le cours du développement ultérieur de l'enfant. En effet, plusieurs résultats de recherche relevés dans la littérature indiquent des changements considérables lorsque l'enfant vieillit; ce dernier subit diverses influences provenant de son environnement ou inhérentes à lui-même et à son type d'évolution. Il semble aussi que certains troubles de l'enfance soient de bons éléments de prédiction de troubles à l'âge adulte (Maziade, 1985).

Or, tous les niveaux de développement de l'enfant sont constamment soumis à plusieurs sources d'influences et donc, sujets à changer. Avec une identification et un traitement précoce, plusieurs situations peuvent être modifiées; certains problèmes sont alors prévenus, d'autres sont traités et réglés, tandis que d'autres sont abordés de façon à ce que les conséquences néfastes soient réduites au minimum et que l'enfant en arrive au meilleur épanouissement possible. Comme le souligne Joëlle Lescop (1982):

"Au cours des dernières décennies, des changements importants ont modifié le profil des problèmes de santé des enfants. On a assisté à la disparition des grandes épidémies de maladies infectieuses, ainsi qu'à l'amélioration de la nutrition, des conditions de vie et des soins dans le domaine de la périnatalogie. Cependant, durant la même période, on a assisté à l'émergence de nouveaux problèmes ou de problèmes jusqu'à maintenant relégués au second plan et que l'on a défini par l'expression "nouvelles morbidités"."

En effet, la société d'aujourd'hui nous fait expérimenter de nouveaux modes de vie et nous confronte à des situations de stress qui diffèrent de ce qui prévalait autrefois. Les découvertes technologiques, les bouleversements sociaux et la modernisation se répercutent tant sur l'environnement que sur l'individu, créant de nouveaux problèmes mais aussi nous permettant de mieux dépister ceux déjà présents.

Ces nouveaux fléaux des temps modernes relèvent plus d'une morbidité psychosociale que physique. Les problèmes de développement, de langage, d'apprentissage et de comportement, la négligence et les abus, les accidents, les suicides, les adolescentes enceintes, ainsi que les problèmes découlant de maladies chroniques et des handicaps sont les plus souvent cités (Séguin, 1983).

Toutes ces nouvelles morbidités partagent certaines caractéristiques soit: leur composante psychosociale, leur origine multifactorielle, l'impact sur la famille, la durée et la chronicité et finalement, la complexité du problème (Gagné et Malenfant, 1984).

D'abord, leur composante psychosociale fait en sorte qu'on ne peut les expliquer uniquement à partir de facteurs biologiques. La source du problème découle généralement de l'interaction entre les niveaux psychologique et sociologique relatifs à l'individu.

Vient ensuite leur origine multifactorielle qui rend inefficaces des interventions dirigées contre un agent causal spécifique. Habituellement, ce n'est pas la présence d'un seul facteur de risque qui aura des répercussions sur le développement de l'individu, mais plutôt l'accumulation et l'interaction de divers facteurs.

Une troisième caractéristique est l'impact sur la famille. En effet, la situation familiale occupe souvent un rôle important dans le déclenchement des nouvelles morbidités qui, en retour, peuvent demander une réorganisation de la vie familiale et une certaine implication de la part de ses membres.

Une quatrième caractéristique est la durée et la chronicité de ces problèmes qui ont souvent des répercussions à long terme et affectent le développement général de l'individu. C'est pourquoi il apparaît de plus en plus nécessaire d'axer les intérêts de recherche vers la prévention et la promotion de la santé, plutôt que de ne se préoccuper que des traitements.

Enfin, la complexité des origines et des manifestations caractérise aussi les nouvelles morbidités. Ceci se reflète dans la difficulté à déterminer les facteurs de risque propres à chaque difficulté ou problème, ainsi que d'expliquer le rôle que ces facteurs jouent dans chacun des cas.

Ainsi, selon Joëlle Lescop (1982), les professionnels de la santé se doivent d'intégrer à l'approche médicale traditionnelle, une approche où l'accent est mis sur la prévention et la promotion de la santé, tant sur le plan individuel que sur le plan communautaire.

L'origine de ces nouvelles morbidités n'est pas uniquement biologique mais en grande partie due à des facteurs de l'environnement social et/ou physique qui affectent l'individu, il devient donc approprié d'adopter un modèle qui met l'accent sur l'interaction constante entre les familles et leur environnement social (Garbarino, 1977; voir Martin et Messier, 1981).

Pour le Département de santé communautaire du Centre hospitalier régional De Lanaudière (D.S.C.-C.H.R.D.L.), les troubles de développement des enfants âgés de moins de cinq ans constituent un dossier important. Par "troubles de développement", on entend toute difficulté ou problème qui affecte la croissance normale de l'enfant, que ce soit au plan moteur, affectif, social, intellectuel, physique ou moral. Une équipe de travail s'est donc chargée de planifier un projet comportant trois volets.

Le premier volet consiste en une revue de littérature où des thématiques particulières ont été étudiées. Il s'agit des troubles de développement liés au comportement (hyperactivité, retrait social, agressivité), à l'entraînement à la propreté (énurésie, encoprésie), aux problèmes de langage et à la parole ainsi qu'à l'enfance maltraitée.

Le deuxième volet présente les résultats d'une consultation auprès de parents et d'intervenants de la région de Lanaudière pour connaître leurs perceptions du développement des enfants âgés de moins de cinq ans, ainsi que leurs besoins et leurs attentes.

Le troisième volet identifie les ressources et les services d'aide disponibles à l'enfant âgé de moins de cinq ans et à sa famille, dans la région.

Les résultats de ces trois études fournissent des éléments d'information afin de susciter auprès des intervenants, une réflexion autour de cette problématique qui mènera à des actions concrètes.

BIBLIOGRAPHIE

Gagné, J., Malenfant, R. Quelques défis à relever dans le développement des enfants de 2-5 ans. DSC-CHUL et CLSC Laurentien, novembre 1984.

Lerner, J.W. Children with learning disabilities: theories, diagnosis and teaching strategies. Houghton-Mifflin, Boston, 1985, 587 pages.

Lescop, Joëlle. "Les problèmes de santé des enfants d'aujourd'hui". L'Union médicale du Canada, vol. III, no 9, 1982, p. 743-746.

Martin, G.M., Messier, C. L'enfance maltraitée... ça existe aussi au Québec. Comité de la protection de la jeunesse, Québec, 1981, 321 pages.

Maziade, Michel. Etudes sur le tempérament: contribution à l'étude des facteurs de risque psychosociaux de l'enfant. Division de Recherche de l'Hôtel-Dieu du Sacré-Coeur, Québec, 1985, 40 pages.

Séguin, Louise. "Nouveaux problèmes de santé des enfants: rôle des centres et des DSC". L'Union médicale du Canada, vol. III, février 1983, p. 168-172.

Trower, P. et al. Social skills and mental health. Methuen and Co Ltd, London, 1978, 306 pages.

REMERCIEMENTS

Je tiens tout spécialement à remercier mesdames Elizabeth Cadieux, agente de recherche et Liette Gosselin, agente de programmation au Département de santé communautaire du Centre hospitalier régional De Lanaudière, qui ont supervisé le présent document tout au long de sa conception et qui ont fait preuve de patience et d'une grande disponibilité.

Je veux également souligner la collaboration des personnes suivantes pour leurs commentaires éclairés: mesdames Diane Petit et Diane Des Autels, agentes de programmation au D.S.C. De Lanaudière; madame Louise Paré, audiologue au D.S.C. De Lanaudière et le Docteur Jacques Desjardins, chef du service de psychiatrie infantile du C.H.R.D.L..

Je remercie madame Jacinthe Bélisle qui a dactylographié ce document.

De plus, je suis reconnaissante à tout le personnel du Département de santé communautaire sous la direction du Docteur Laurent Marcoux. Tous furent accueillants et coopératifs pour permettre la réalisation de ce projet.

Enfin, je n'oublie pas le Centre d'emploi de Joliette qui, dans le cadre d'un programme de subvention Défi 86, m'a permis de profiter d'une telle expérience de travail.

TABLE DES MATIERES

	PAGE
AVANT-PROPOS.....	ii
REMERCIEMENTS.....	vi
TABLE DES MATIERES.....	vii
INTRODUCTION.....	1
1.0 LE DEVELOPPEMENT NORMAL DE L'ENFANT 0-5 ANS.....	4
1.1 Quelques notions de base.....	4
1.1.1 Stades de développement.....	4
1.1.2 Vulnérabilité et compétence.....	5
1.1.3 Facteur de risque.....	6
1.1.4 Difficulté et problème de développement. Au-delà du symptôme.....	7
1.2 Les caractéristiques du développement de l'enfant.	8
1.2.1 Les déterminants.....	8
a) aspect culturel.....	8
b) aspect psychosocial.....	9
c) aspect familial.....	9
d) aspect individuel.....	10
1.2.2 Relation parents-enfant.....	11
a) attirance.....	12
b) attachement.....	12
c) rôle octroyé au père.....	15
d) conséquences d'une distorsion dans la relation.....	16
BIBLIOGRAPHIE.....	19

	PAGE
1.2.3 Principaux modèles théoriques.....	21
a) conception mécaniste.....	21
b) conception organismique.....	21
c) conception dynamique.....	22
d) conception humaniste.....	24
1.2.4 Relations entre divers niveaux de développement.....	24
1.2.5 Développement physique et moteur.....	25
1.2.6 Développement cognitif.....	26
1.2.7 Développement du langage.....	28
1.2.8 Développement affectif.....	31
1.2.9 Développement social.....	34
BIBLIOGRAPHIE.....	38
 2.0 LES FACTEURS DE RISQUE PRINCIPAUX.....	 39
2.1 Aperçu global.....	39
BIBLIOGRAPHIE.....	41
2.2 La monoparentalité.....	42
2.2.1 Aspects culturel et social.....	42
2.2.2 Instabilité familiale.....	43
2.2.3 Conséquences sur l'enfant.....	45
a) en général.....	45
b) sur le développement du garçon.....	47
c) sur le développement de la fille.....	49
2.2.4 Recommandations.....	50
BIBLIOGRAPHIE.....	52

	PAGE
2.3 La grossesse à l'adolescence.....	53
2.3.1 Aspects culturel et social.....	53
2.3.2 Aspect maternel.....	54
2.3.3 Conséquences sur l'enfant.....	56
2.3.4 Recommandations.....	57
BIBLIOGRAPHIE.....	58
2.4 Le tempérament de l'enfant.....	59
BIBLIOGRAPHIE.....	61
2.5 Le petit poids et la prématurité.....	62
BIBLIOGRAPHIE.....	65
2.6 Les conditions périnatales déficientes.....	66
2.6.1 L'environnement inadéquat.....	66
2.6.2 La malnutrition.....	66
2.6.3 Le tabagisme.....	67
2.6.4 L'alcoolisme.....	67
2.6.5 La drogue.....	68
2.6.6 Recommandations.....	68
BIBLIOGRAPHIE.....	70
3.0 TROUBLES DE COMPORTEMENT.....	71
INTRODUCTION.....	71
3.1 L'hyperactivité.....	72
3.1.1 Définitions.....	72
a) problèmes de définition.....	72
b) hyperactivité constitutionnelle.....	73
c) hyperactivité socio-affective.....	75

	PAGE
3.1.2 Facteurs de risque.....	78
a) instabilité affective.....	78
b) additifs et saveurs artificielles.....	79
c) allergies.....	79
d) facteurs physiques.....	80
3.1.3 Conséquences.....	80
3.1.4 Recommandations.....	81
BIBLIOGRAPHIE.....	82
3.2 Le retrait social.....	83
3.2.1 Définitions.....	83
a) l'isolement social: retrait et/ou rejet.	83
b) le retrait social.....	84
c) la compétence sociale.....	85
3.2.2 Facteurs de risque.....	86
a) reliés au contexte familial.....	86
. parents.....	86
. fratrie.....	86
b) reliés à l'enfant.....	87
. habiletés cognitives.....	87
. lieux de contrôle.....	87
. tempérament.....	88
. autres troubles cliniques.....	88
3.2.3 Conséquences.....	89
3.2.4 Recommandations.....	90
BIBLIOGRAPHIE.....	91

	PAGE
3.3 Comportement agressif inapproprié.....	92
3.3.1 Théories de l'agressivité.....	92
3.3.2 Définitions.....	93
3.3.3 Facteurs de risque.....	95
a) reliés au statut culturel.....	95
b) reliés au statut socio-économique.....	95
c) reliés au contexte familial.....	96
d) reliés à l'enfant.....	97
3.3.4 Conséquences.....	98
3.3.5 Recommandations.....	98
BIBLIOGRAPHIE.....	100
4.0 TROUBLES D'ENTRAINEMENT A LA PROPRETE.....	101
INTRODUCTION.....	101
4.1 Définitions.....	101
4.1.1 Enurésie fonctionnelle.....	101
4.1.2 Encoprésie fonctionnelle.....	102
4.2 Facteurs de risque.....	102
4.2.1 D'ordre psychosocial.....	102
a) reliés au contexte familial.....	102
b) reliés à l'enfant.....	103
c) reliés au statut socio-économique.....	104
4.2.2 D'ordre physiologique et biologique.....	105
4.3 Conséquences.....	105
4.4 Recommandations.....	106
BIBLIOGRAPHIE.....	107

	PAGE
5.0 TROUBLES DU LANGAGE ET DE LA PAROLE.....	108
INTRODUCTION.....	108
5.1 Définitions.....	108
5.1.1 Trouble de la parole.....	108
5.1.2 Trouble du langage.....	109
5.1.3 Classification suggérée.....	111
5.1.4 Caractéristiques particulières à l'enfant de moins de 5 ans.....	112
5.2 Facteurs de risque.....	115
5.2.1 Reliés au statut socio-économique.....	115
5.2.2 Reliés au contexte familial.....	116
5.2.3 Reliés à l'enfant.....	117
5.3 Conséquences.....	118
5.4 Recommandations.....	119
BIBLIOGRAPHIE.....	121
6.0 L'ENFANCE MALTRAITEE.....	123
6.1 La loi 24, articles 38 et 39.....	123
6.2 Définitions.....	125
6.2.1 Les mauvais traitements.....	125
6.2.2 Les abus.....	125
a) physique.....	125
b) verbal.....	125
c) psychologique.....	125
d) sexuel.....	125
6.2.3 La négligence.....	126
a) physique.....	126

	PAGE
b) émotionnelle.....	126
6.3 Facteurs de risque.....	129
6.3.1 Généraux.....	129
6.3.2 Reliés au statut culturel.....	131
6.3.3 Reliés au statut socio-économique.....	131
6.3.4 Reliés au contexte familial.....	132
a) violence conjugale.....	132
b) alcoolisme et toxicomanie.....	133
c) maladie mentale grave des parents.....	133
d) dépression de la mère.....	133
e) désorganisation sociale et familiale....	133
f) périodes vulnérables.....	134
g) ignorance des parents.....	134
h) autres facteurs.....	135
6.3.5 Reliés à l'enfant.....	135
a) naissance difficile.....	135
b) prématurité et petit poids.....	136
c) tempérament difficile.....	137
d) autres facteurs.....	137
6.4 Conséquences sur l'enfant.....	139
6.4.1 Sur le développement de l'identité et de la personnalité.....	140
6.4.2 Sur le développement physique, cognitif et moteur.....	142
6.4.3 Sur le développement du langage.....	143
6.4.4 Sur le comportement.....	144

	PAGE
6.5 Recommandations.....	145
BIBLIOGRAPHIE.....	147
7.0 LES ORIENTATIONS À PRIVILEGIER.....	149
INTRODUCTION.....	149
7.1 Principes de base en prévention.....	149
7.2 Niveaux de prévention.....	151
7.3 Types d'orientations préventives.....	151
7.3.1 Le contact précoce parents-enfant.....	151
7.3.2 L'éducation à la parentalité.....	152
7.3.3 Les rencontres prénatales.....	153
7.3.4 La stimulation de l'enfant.....	154
7.3.5 Les groupes d'entraide.....	154
7.3.6 Le dépistage.....	155
7.3.7 Les visites à domicile.....	156
7.3.8 L'éducation sexuelle des jeunes.....	157
BIBLIOGRAPHIE.....	158
7.4 Les garderies.....	159
INTRODUCTION.....	159
7.4.1 Effet sur le développement cognitif.....	159
7.4.2 Effet sur le développement socio-affectif..	159
7.4.3 Effet sur le développement des relations sociales.....	160
BIBLIOGRAPHIE.....	163
7.5 Quelques suggestions de programmes.....	164
CONCLUSION.....	172
BIBLIOGRAPHIE.....	174

INTRODUCTION

Le présent écrit constitue un relevé de littérature des principaux troubles de développement rencontrés chez les enfants âgés de moins de cinq ans. Ce travail représente l'un des trois objectifs réalisés dans le cadre d'un projet en Famille-Enfance au D.S.C.-C.H.R.D.L., région de Lanaudière.

Ce travail est divisé en sept chapitres principaux, comportant chacun leurs sous-chapitres respectifs. Le premier chapitre couvre le développement normal de l'enfant de 0-5 ans, et est divisé en deux parties. La première traite de quelques notions de base, telles que les notions de stades, vulnérabilité et compétence, facteur de risque, difficulté et problème. Ces notions sont traitées de façon claire et succincte, selon une optique beaucoup plus psychosociale que médicale et qui souligne l'importance de l'individualité lorsqu'on étudie les troubles de développement et les facteurs de risque qui y sont associés. La deuxième partie présente les caractéristiques du développement de l'enfant. Sont d'abord étudiés "Les principaux déterminants du développement selon les aspects culturel, psychosocial, familial et individuel; est ensuite soulevée la question du rôle de la relation parents-enfant dans le développement de l'enfant; en troisième lieu, sont présentés les principaux modèles théoriques du développement dans leurs grandes lignes; puis suivent les principales acquisitions et les processus impliqués dans le développement de l'enfant, au niveau physique et moteur, cognitif, du langage, affectif et social. Nous insistons surtout sur le caractère social que prend le développement de l'enfant aux différents âges et l'impact que cela entraîne sur ses relations avec son entourage.

Le second chapitre étudie les facteurs de risque principaux qui font l'objet d'un chapitre spécifique, à cause de leur consonnance psychosociale et de leurs conséquences multiples sur des niveaux variés du développement de l'enfant. Après un "aperçu global" des facteurs de risque de trouble de développement, nous faisons un survol de la problématique de "la monoparentalité" en l'étudiant sous ses aspects culturel et social, en regardant l'instabilité familiale que cela entraîne et les conséquences sur le développement du garçon puis de la fille; nous apportons quelques recommandations, notamment à la suite d'un divorce. Par la suite, nous traitons de "la grossesse à l'adolescence" selon ses aspects culturel, social et maternel, en insistant sur les conséquences sur l'enfant; quelques recommandations sont apportées. Nous offrons ensuite une définition de la notion de "tempérament de l'enfant" et en démontrons son importance. L'impact d'un "petit poids et de la prématurité" est étudié, suivi des "conditions périnatales" telles que l'influence de l'environnement, du tabagisme, de l'alcoolisme et de la drogue; nous suggérons aussi quelques avenues préventives.

Centre de documentation

DÉPARTEMENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE DU HAUT-RICHELIEU

300 Montée St-Luc

St-Jean-sur-Richelieu (Québec)

J3A 1G2

familial, où les caractéristiques des parents potentiellement abusifs sont soulevées, et individuel tels que le tempérament de l'enfant, le petit poids et la prématûrité, une naissance difficile. Nous couvrons ensuite les conséquences des mauvais traitements sur l'enfant: sur le développement de sa personnalité et de son identité; sur le développement au niveau physique, cognitif et moteur; sur le développement du langage, ainsi que sur le comportement. Suivent finalement certaines recommandations face à cette problématique.

Le septième et dernier chapitre traite des **orientations à privilégier** pour un meilleur développement de l'enfant. Nous énumérons d'abord quelques **principes de base** en matière de prévention, puis les **niveaux de prévention primaire, secondaire et tertiaire**. Ensuite, nous signalons quelques **types d'orientations préventives**, en insistant sur le niveau primaire, c'est-à-dire sur la réduction de l'apparition des nouveaux cas; les types suggérés touchent le contact précoce parents-enfant, l'éducation à la parentalité, les rencontres prénatales, la stimulation de l'enfant, les groupes d'entraide, le dépistage, les visites à domicile et l'éducation sexuelle des jeunes. Nous ne faisons que signaler les principaux objectifs à viser, sans proposer d'activités précises. Nous étudions aussi l'impact des garderies sur le développement de l'enfant en insistant sur le caractère éducatif et parfois préventif de ce système. Enfin, nous terminons ce chapitre en énumérant quelques **suggestions de programmes**; cette liste est basée sur les lectures effectuées au cours du mandat octroyé pour le présent travail et n'est donc pas exhaustive. Toutefois, elle donne un aperçu intéressant de ce qui se fait dans ce domaine.

1.0 LE DEVELOPPEMENT NORMAL DE L'ENFANT 0-5 ANS

Dans le document intitulé Eléments préliminaires pour une planification en Famille-Enfance émis par les DSC de Lanaudière et de Saint-Jérôme en 1985, le développement de l'enfant y est présenté sous forme de tableaux, selon les niveaux de développement, ainsi que selon les acquisitions importantes et les difficultés rencontrées à chaque tranche d'âge (0-1 an, 1-2 ans, 3-5 ans).

Le but de ce présent chapitre est donc de compléter le document en Famille-Enfance, en plus de fournir une optique différente de celle utilisée dans le document, en insistant davantage sur les dimensions psychosociales et familiales. Il est donc recommandé de jeter un coup d'oeil au document, parallèlement à la lecture du présent chapitre.

1.1 QUELQUES NOTIONS DE BASE

1.1.1 Stades de développement

Pour être en mesure d'étudier les problèmes de développement des enfants 0-5 ans, il s'avère primordial de bien connaître le développement normal de l'enfant. C'est pourquoi nous recommandons fortement aux utilisateurs de ce document de lire attentivement ce chapitre qui renferme des notions fondamentales et quelques explications nécessaires à la bonne compréhension des concepts à l'étude.

A chaque période de sa vie, l'être humain semble se concentrer avec ardeur sur les aspects du développement qui surgissent à ce moment et doit donc passer par différents stades, selon une séquence bien précise. Le développement comporte un caractère irrégulier avec des périodes d'intenses accélérations suivies de périodes de plateau. Ce phénomène d'irrégularité renforce l'idée que Spitz avait émise de périodes organisatrices avec des moments de réorganisation intenses. Selon Brazelton et al. (1982), "cette notion doit orienter nos critères en ce qui concerne des périodes de vulnérabilité particulière liée au stade où se trouve l'enfant; l'existence de ces paliers remet en question l'idée d'un développement qui suivrait un genre de progression arithmétique".

Par contre, il existe des différences individuelles quant à la rapidité avec laquelle l'enfant aura acquis les habiletés lui permettant de passer au stade suivant. De même, et ce dès la naissance, chaque enfant présente un comportement qui lui est propre. La façon dont le nouveau-né réagit à son entourage ainsi

que la manière avec laquelle l'environnement lui répond peuvent fournir des indices importants quant au fonctionnement psychologique futur de l'enfant.

Le contexte culturel, des facteurs extérieurs à la famille, les interactions entre l'enfant et son environnement, le tempérament de l'enfant sont autant de variables pouvant influencer l'apparition ou le retard de certaines acquisitions entraînant ou non des conséquences graves pour le développement ultérieur de l'enfant. Mentionnons que les âges proposés concernant chaque étape de développement ne doivent être considérés qu'en tant que bornes indicatives et doivent donc être utilisés avec souplesse.

1.1.2 Vulnérabilité et compétence

Chez l'enfant, comme chez l'adulte, un bon fonctionnement mental par une organisation psycho-affective solide constitue l'essentiel des défenses qui s'opposent à l'irruption des désordres ou à l'aggravation des états morbides (Brazelton et al., 1982).

Il existe divers facteurs de risque dont l'importance des conséquences néfastes sur le développement de l'enfant dépendra de la quantité des facteurs de risque, mais aussi du degré de vulnérabilité de l'enfant.

Selon le Comité de la santé mentale du Québec (1985),

"est vulnérable celui qui peut être facilement atteint. Il s'agit d'une caractéristique de l'individu qui tient compte du fait que devant le même risque, tous les enfants ne présentent pas finalement les mêmes troubles et que les facteurs personnels jouent un rôle considérable et constituent ainsi une vulnérabilité plus ou moins grande."

Ainsi, d'après le Comité, la vulnérabilité dépend des facteurs reliés à la constitution personnelle, la sensibilité, les faiblesses réelles ou latentes. Elle dépend aussi de facteurs environnementaux en tant que facteurs de stress, ainsi que des sources de renforcements de l'individu, en considérant l'équilibre qu'ils représentent avec les facteurs de stress. De plus, elle se manifeste de façon variable à l'issue d'une expérience d'adaptation et elle peut toucher la capacité de fonctionner de l'individu. C'est ainsi que certains enfants réussissent à surmonter des stress considérables qui font succomber leurs frères, leurs sœurs, leurs voisins (Maziade, 1985).

D'après Maziade (1985), les facteurs de risque influent différemment sur l'enfant, selon sa vulnérabilité. Ainsi, un

tempérament "difficile" augmenterait la vulnérabilité en rendant l'enfant plus sensible à l'effet nuisible des stress environnementaux.

"Dans une perspective préventive, il importe donc de discerner ce qui fonde la vulnérabilité de l'enfant ou contribue à l'accentuer, tout autant que ce qui soutient ou accentue sa résistance (Comité de la santé mentale du Québec, 1985)."

Suite à cette affirmation, la notion de compétence devient importante à saisir. Selon le Comité, cette dernière se définit par "une capacité, une habileté qui permet de réussir dans l'exercice d'une fonction ou dans l'exécution d'une tâche donnée (...). Aptitudes qui permettent aux individus d'être sains ou adaptés ou de le devenir." Le Comité rajoute que "chez l'enfant, la compétence évolue avec les niveaux de développement et il faut toujours la définir et l'évaluer en fonction de l'âge."

La compétence est une qualité inhérente à l'individu: ce sont ses forces, ses connaissances, ses habiletés. Il est donc logique que le niveau de compétence évolue en fonction de l'âge de l'individu et de ses expériences. Lorsqu'il est question de développer la compétence d'une personne, il s'agit en fait de reconnaître ses points forts, de les exploiter du mieux possible et de les améliorer, pour lui permettre d'être moins vulnérable ou de mieux traverser la période où cette personne se trouve.

1.1.3 Facteur de risque

Lorsqu'on traite des facteurs de risque, on ne parle pas d'une relation directe entre la cause et l'effet, mais plutôt d'une possibilité. Une situation constitue un facteur de risque lorsqu'elle rend l'individu plus vulnérable et c'est l'interaction (non seulement l'accumulation) d'un certain nombre de facteurs qui entraîne une difficulté ou un problème; un seul facteur de risque n'augmente pas la prévalence d'un tel trouble. Ainsi, dans la notion de facteur de risque, on ne peut déterminer avec certitude quelle est la cause exacte de telle manifestation; tout dépend des circonstances. De plus, à chacun de ces facteurs, l'enfant a un seuil de tolérance qui lui est propre, ce qui explique, en partie, les différences individuelles.

Parmi les facteurs de risque, selon le concept étudié, on peut retrouver ceux de nature culturelle telle que la tolérance face à la violence; de nature psychosociale tels que l'environnement, le niveau socio-économique; de nature familiale tels que les facteurs parentaux, la fratrie; de nature individuelle tels que l'hérédité, les facteurs cliniques (prématurité, grossesse difficile,...), le tempérament du bébé.

Pour citer un exemple, ce n'est pas parce qu'une famille est pauvre qu'elle sera nécessairement à risque de mauvais traitements; la pauvreté n'est qu'un facteur parmi tant d'autres. Par contre, si le père est alcoolique, si la mère a été maltraitée dans son enfance, s'il y a 5 enfants... les facteurs de risque augmentent et il en va de même pour la vulnérabilité de la famille. Cependant, cette augmentation ne se fait pas selon un mode additif, mais plutôt selon un mode multiplicatif; l'élimination d'un seul facteur de risque suffit parfois à faire diminuer de moitié les risques de mauvais traitements. Comme l'explique Maziade (1985), "l'association de deux facteurs de risque accroît par quatre le risque de désordres psychiatriques. Par ailleurs, l'association de stress additionnels continue d'avoir un effet potentialisateur."

1.1.4 Difficulté et problème de développement. Au-delà du symptôme

Maintenant que nous avons bien cerné ces quelques notions, il convient de faire une distinction entre difficulté et problème. En effet, l'inquiétude excessive des parents résulte souvent d'une confusion entre ces 2 termes: parce qu'un tel enfant est plus lent à acquérir telle habileté, ils craignent qu'il n'ait un problème parce qu'ils le comparent à d'autres enfants du même âge. De plus, cette distinction présente un intérêt majeur pour les intervenants qui devront ajuster leur cible et leur niveau d'intervention, selon que l'enfant souffre d'une difficulté ou d'un problème.

Une difficulté est une manifestation temporaire pouvant apparaître au cours d'une période spécifique du développement normal de l'enfant et qui représente une période de vulnérabilité pour ce dernier. En présence de certains facteurs de risque et si aucune intervention n'est offerte aux parents ou à l'enfant, la difficulté peut entraîner un problème. Ce dernier constitue soit une gradation de l'importance de la difficulté en question, soit un autre type de problème associé à la difficulté. Une difficulté peut être:

- a) une manifestation comportementale ou verbale qui rend l'enfant difficile à vivre pour ses parents et/ou son entourage;
- b) une faiblesse chez l'enfant qui nécessite une attention accrue et un support de la part des parents et/ou de l'entourage, afin de développer l'acquisition ou de favoriser le retrait de la manifestation en question.

Un problème est une manifestation persistante et excessive qui se développe habituellement suite à certains facteurs de risque de nature biologique, psychologique ou sociale. Le problème ne fait

pas partie du développement normal de l'enfant, puisqu'il apparaît lorsqu'on s'attend à ce que l'enfant ait maîtrisé ou dépassé telle acquisition, en fonction de son âge et en fonction du stade de développement où il se trouve.

Enfin, signalons que nous utiliserons le concept trouble, lorsque nous ne ferons pas de distinction entre une difficulté ou un problème.

Notons que ce qu'on entend par trouble peut aussi représenter un symptôme engendré par une autre difficulté ou un conflit intérieur chez l'enfant. Alors, il s'agit de s'attarder plutôt aux causes sous-jacentes pour que le symptôme, qui agissait comme une protection, ne soit plus nécessaire. Un trouble n'est donc pas nécessairement malsain, dans le sens où il empêche parfois de tomber dans un état pathologique plus grave.

1.2 LES CARACTERISTIQUES DU DEVELOPPEMENT DE L'ENFANT

1.2.1 Les déterminants

a) Aspect culturel

Le milieu culturel détermine un certain nombre d'attitudes qui concernent aussi bien la façon de se vêtir et de se comporter avec autrui, que les modes de pensée et d'action ou les idéaux et les valeurs auxquels on adhère (Schell et Hall, 1980).

Il n'y a pas de norme universelle en ce qui concerne le développement de l'enfant. Ce qu'une culture donnée considère comme un comportement normal et typique pour l'enfant d'un tel âge ne l'est pas nécessairement pour une autre. Dans notre culture, l'enfant connaît un développement qui lui est propre, selon les attentes particulières du milieu. Par conséquent, les recherches effectuées dans ce domaine ne peuvent être représentatives de tout le groupe humain, mais seulement rendre compte d'un développement humain dans un milieu donné.

C'est aussi pourquoi, avant d'adopter ou de condamner des méthodes éducatives, Papalia et Olds (1983) nous recommandent de nous demander: "qu'est-ce qui est le mieux pour nos bébés, ici et maintenant?"

b) Aspect psychosocial

L'enfant ne peut être compris sans que l'on fasse référence à son environnement physique et social. Nous vivons tous dans un milieu particulier, lequel agit sur nous, limite et détermine notre évolution et sur lequel nous agissons en retour. Le milieu physique désigne l'ensemble des conditions naturelles nécessaires à la vie; il peut qualifier aussi bien les conditions intra-utérines que celles relatives à la qualité de l'habitat (Schell et Hall, 1983).

L'environnement social comprend la communauté et, de façon plus immédiate, les pairs. Avec les années, on a découvert un grand nombre d'aspects environnementaux pouvant influencer la structure et le fonctionnement, et par conséquent, le développement et le comportement de l'individu. Cependant, comme l'expliquent Schell et Hall (1983), la réciproque est également vraie: l'individu tend aussi à déterminer les activités du milieu social dans lequel il vit, en apportant des modifications, par exemple, au niveau des événements, des programmes communautaires, des relations de voisinage.

L'influence des pairs, quant à elle, s'exerce très tôt sur l'enfant et dure toute sa vie. Le groupe des pairs a généralement ses lois et ses valeurs propres en matière de comportement, lesquelles peuvent différer totalement ou supporter celles du milieu familial.

c) Aspect familial

La vie familiale du jeune enfant repose sur plusieurs facteurs tels que les conditions dans lesquelles s'est déroulée la grossesse, la personnalité des deux parents et leur expérience, la présence de frères et soeurs. L'entourage familial influence le développement de l'enfant quant à la formation de ses attitudes sociales, son développement en général et ses relations avec autrui (Schell et Hall, 1980).

Les soins qu'il reçoit varient en fonction de cette structure familiale, mais aussi en fonction de la personnalité de l'enfant qui a sa propre manière d'aborder et d'influencer les gens et les situations. Selon Papalia et Olds (1983), dès que le sexe du bébé est connu, il devient un facteur qui jouera un rôle prédominant dans le développement de l'enfant. D'abord, il influencera peut-être la manière avec laquelle le bébé sera accueilli au sein de la famille; ensuite, il influencera très certainement l'évolution que connaîtra l'enfant au plan de ses rôles sociaux et de sa personnalité.

L'influence que les enfants d'une même famille exercent les uns sur les autres n'a guère été étudiée. Cependant, Lamb (1978; voir Papalia et Olds, 1983) a découvert que même un bébé de 18 mois observe attentivement et imite les comportements de ses frères et soeurs d'âge préscolaire.

L'influence des parents, quand à elle, a beaucoup été étudiée et plusieurs auteurs tels que Tronick, Koslowski et Brazelton, ainsi que Geber (1971, 1958; voir Papalia et Olds, 1983) ont démontré que la façon dont les parents traitent l'enfant à sa naissance, leurs méthodes d'éducation et de soins, affectent son développement. Une emphase sur la relation parents-enfant sera apportée lors d'un chapitre ultérieur.

Ceci démontre donc que le développement de l'enfant ne peut être étudié en dehors du contexte familial où il se trouve et duquel il subit les influences.

d) Aspect individuel

L'explosion de la recherche au début des années 70 concernant les capacités du nouveau-né a révolutionné nos idées dans ce domaine. Comme l'expliquent Brazelton et ses collaborateurs (1982), nous ne le voyons plus comme une masse informe prête à être modelée par son environnement, mais comme un être complexe et prévisible qui interagit avec les adultes qui l'entourent. Il les modèle presque autant qu'ils ne le marquent eux-mêmes.

Si on compare deux enfants du même âge, on n'observera pas nécessairement les mêmes acquisitions développementales. Tenter de déterminer dans quelle proportion l'hérédité et le milieu sont responsables de tel aspect du développement de l'être humain a toujours soulevé de grandes polémiques. On remarque que les comportements qui dépendent en grande partie de la maturation ont tendance à apparaître lorsque l'organisme est prêt. En regard du développement intellectuel et de la personnalité où l'interaction nature-milieu revêt beaucoup plus d'importance, un consensus semble être apparu: le développement est vu "comme si la maturation physiologique jetait la base et que l'environnement aidait à construire la structure (Papalia et Olds, 1983)."

Cependant, Schell et Hall (1980) apportent quelques nuances à cette affirmation. D'après eux les événements extérieurs imposent également des limites au développement, par la nature des opportunités et par les stimulations spécifiques qu'ils fournissent à l'individu dans la formation de son tempérament et de son mode de conduite. Ils ajoutent que, de leur côté, "... les gènes ne font réagir l'individu qu'à certaines sollicitations et selon un mode qui lui est propre."

Plusieurs chercheurs cités par Papalia et Olds (1983) ont étudié des traits particuliers de la personnalité de bébés pour conclure que ces derniers diffèrent énormément les uns des autres, presque depuis la naissance (Thomas, Chess, Birch, 1968; Vandenberg, 1967; Gottesman, 1962, 1963, 1965; Inouye, 1965; Eynsinck et Prell, 1951; Slater, 1953, 1958). D'autres études plus récentes appuient l'hypothèse d'un rôle important joué par l'hérédité sur le tempérament (Thomas et Chess, 1977 et Torgersen et Kringler, 1978; voir Papalia et Olds, 1983). Allant plus loin, Chess et Birch, cités précédemment, ont remarqué des changements dans le style de comportement des enfants, au cours de leur vie; ces changements surviendraient apparemment en réaction à des expériences particulières ou selon la façon dont les parents se comportent avec eux.

Même dans leur vie foetale, pendant la seconde moitié de la grossesse, les foetus sont examinés pour déterminer leur capacité de répondre de façon différenciée à des stimuli auditifs et visuels, de "s'habituer" à des stimuli désagréables ou de s'activer davantage en présence des stimuli préférés (Brazelton, 1981; voir Brazelton et al., 1982). Si dans la prime enfance ces modèles sont réussis, il est probable qu'ils seront répétés et appris pour finalement devenir les modèles préférés de réaction de l'enfant plus âgé. Ainsi, le comportement qui représente les réactions du bébé devient le précurseur du développement futur. Comme le parent tend à être profondément touché par les réactions de son nouveau-né, l'évaluation du comportement de ce dernier devient une fenêtre par laquelle on peut observer les réactions de l'entourage à son égard.

Ceci suggère donc que les facteurs héréditaires, environnementaux et culturels se conjuguent pour modeler un comportement et qu'en plus, le phénomène de maturation joue un rôle important dans ce processus.

1.2.2 Relation parents-enfant

La littérature a longtemps considéré la mère comme jouant un rôle déterminant, sinon exclusif, dans le développement de l'enfant, entraînant beaucoup plus de recherches sur la relation mère-enfant que sur la relation père-enfant. Aujourd'hui, on reconnaît de plus en plus le rôle du père dans le développement de l'enfant et c'est pourquoi nous employons le terme "relation parents-enfant", au lieu de "relation mère-enfant". De plus, dans certains cas, lorsque le mot "mère" est employé, il fait référence à la personne qui prodigue des soins maternants à l'enfant, indépendamment du sexe (Stern, 1977).

a) Attirance

L'attirance se définit par une forte attraction affective que les nouveaux parents éprouvent face au nouveau-né, durant les premières heures postnatales. Ansi, les études d'Ainsworth (1969, 1979; voir Kempe et Helfer, 1980) ont mis en évidence la façon avec laquelle la sensibilité de la mère dans l'interprétation du comportement de son bébé peut influencer la sélectivité et la nature de l'attachement du bébé envers elle. L'attirance des nouveaux parents semble donc fournir une solide fondation pour le développement de l'attachement qui servira de base au développement émotionnel de l'enfant.

A la suite d'études sur l'effet d'un contact précoce entre la mère et son bébé sur la future interaction parentale et sur le développement du bébé, on a formulé et testé l'hypothèse selon laquelle les premières heures suivant la naissance comportent une période plus sensible pour le développement de sentiments émotionnels d'attachement entre les parents et leur nouveau-né (Klaus, Jerauld et Kreger, 1972; voir Kempe et Helfer, 1980).

De plus, Kempe et Helfer (1980) citent une autre étude où on a remarqué que les mères qui avaient bénéficié d'un contact prolongé de 16 heures additionnelles durant les trois premiers jours, avaient persisté dans la démonstration d'un comportement attentif et éducatif durant la première année. La deuxième année, elles offraient un environnement plus riche au niveau linguistique et vers l'âge de 5 ans, on note des variances au niveau du Q.I. des enfants de ces mères, comparativement aux enfants de mères ayant bénéficié du programme hospitalier conventionnel.

De leur côté, Kennel et al. ainsi que Ringler et al. (1974, 1974; voir Papalia et Olds, 1983) ont aussi constaté qu'un contact prolongé dans les moments suivant la naissance peut favoriser la création d'un lien plus étroit entre les parents et l'enfant, lors de son étude auprès d'enfants âgés de 1 mois, 1 an et 2 ans. De plus, selon Rutter (1979; voir Papalia et Olds, 1983), une séparation forcée due à la routine hospitalière peut s'avérer un facteur essentiel de perturbation à court terme des liens affectifs et risque également d'être néfaste à long terme pour certains individus plus fragiles.

b) Attachement

L'attachement se définit par un lien d'intimité mutuel qui se développe au fur et à mesure que l'interaction entre les parents et le bébé évolue.

Ainsi, selon Kagan (1979; voir Papalia et Olds, 1983), l'attachement et la crainte de l'étranger se manifestent normalement au moment où l'enfant acquiert la notion de permanence de l'objet; vers 8-12 mois, un bébé auparavant ouvert face aux étrangers peut faire preuve d'une crainte intensive face à ces derniers. La crainte de l'étranger devient alors une preuve de l'attachement de l'enfant envers ses parents: à cet âge, l'enfant devient capable de différencier les gens qu'il connaît de ceux qui ne lui sont pas familiers. Cependant, quoique cette crainte soit un phénomène normal, ce n'est pas universel; les bébés élevés dans un milieu où on retrouve peu d'adultes sont plus craintifs que ceux entourés par de nombreux adultes (Shaffer et Emerson, 1964; Spiro, 1958; voir Papalia et Olds, 1983).

Lors d'une étude, Robson et Moss (1978; voir Papalia et Olds, 1983) ont démontré que l'amour parental n'est pas un instinct et qu'il prend du temps à se développer.

En effet, il a fallu près de trois semaines à la plupart des mères avant de commencer à aimer leur bébé; en retour, cet amour était renforcé par les comportements positifs de l'enfant. Ainsi, comme le soulignent Schell et Hall (1980), la spécificité de l'attachement de l'enfant à sa mère s'acquiert, mais les réactions émotives dépendent des deux; elles impliquent des rapports parents-enfant qui reflètent des échanges spontanés entre le bébé et ses parents. Ces mêmes auteurs ajoutent que le père peut manifester le même attachement que la mère pour son enfant; il est tout aussi compétent pour s'en occuper et peut compléter les soins maternels.

Lors d'une recherche, Greenberg et Morris (1974; voir Papalia et Olds, 1983) ont interviewé un groupe de nouveaux pères pour constater que tous s'étaient attachés étroitement à leur bébé, dès le troisième jour après la naissance. Cet attachement est réciproque, puisque Pederson et Robson (1968; voir Papalia et Olds, 1983) ont observé que les trois quarts des bébés manifestaient un attachement réel à leur père, à l'âge de 8 mois et encore à l'âge de 9 mois et demi. Cependant, Rebelsky et Hanks (1972; voir Papalia et Olds, 1983) ont relevé un temps moyen de 38 sec./jour consacré à l'enfant, parmi dix pères ayant des bébés âgés de 2 semaines à 3 mois; le temps maximum était de 10,5 minutes. Même si cette étude comporte une faiblesse quant au nombre de sujets choisis, il n'en demeure pas moins que cela reflète une tendance encore répandue chez les pères des années 1970 à considérer que le rôle du parent revient à la femme.

Cependant, la tendance actuelle veut que le père s'occupe davantage de son enfant, dès son plus jeune âge. Pourtant, même si l'influence du père dans le développement de l'enfant est indéniable, le degré de participation du père ne semble pas avoir

de rapport avec le développement de l'attachement et le comportement de l'enfant face à son père (Kotelchuck, 1973; voir Papalia et Olds, 1983).

Schell et Hall (1980) ont dressé un tableau synthèse des principales théories de l'attachement et ont cité les auteurs suivants: Sigmund Freud, René Spitz, John Bowlby, Mary Ainsworth, Robert Sears, Jacob Gewirtz et Laurence Kohlberg. Même si chaque auteur présente une version un peu différente de la théorie de l'attachement, tous considèrent que le développement d'une relation affectueuse stable et sécuritaire entre l'enfant et une personne significative constitue la base du développement affectif et social de l'enfant.

D'après Schappi (voir Brazelton et al., 1982), l'observation de la relation mère-enfant chez les anthropomorphes nous permet de mieux comprendre comment les capacités cognitives et sensorimotrices de l'enfant se développent dans l'interaction avec la mère.

"D'abord essentiellement enveloppe protectrice, la mère devient le premier objet d'exploration de son petit. Plus tard, elle sert de base de départ pour l'exploration de l'entourage physique et social immédiat. De moins en moins restrictive, elle guide et encourage son petit en s'interposant d'abord entre lui et son entourage, pour constituer ensuite le lieu de réassurance qui permet des excursions de plus en plus lointaines. Une mère expérimentée fait le nécessaire pour exposer son enfant à tout moment à des stimuli et à des défis nouveaux, contrairement à celle qui manque d'assurance. (...) Il devient donc compréhensible que les enfants d'une mère expérimentée sont en général plus avancés, la vitesse de développement étant en corrélation avec le degré d'ajustement de la relation mère-enfant."

Comme le soulignent Brazelton et al. (1982), il faut que nous commençons à reconceptualiser les débuts du développement émotionnel de l'individu et à voir les capacités réactives du nouveau-né comme l'évidence des précurseurs du développement du moi. Les auteurs ajoutent que ces capacités étant, pour les parents, des réactions observables pouvant servir de base à leur fonction parentale, cette dernière devient une interaction avec le bébé, qui à son tour prend le rôle d'un participant actif.

Suite à plusieurs observations, Lamb (1978; voir Papalia et Olds, 1983) souligne que le bébé ne vit pas les mêmes expériences avec son père et avec sa mère. Cette dernière s'adonne surtout à des jeux tendres et lorsqu'elle prend l'enfant, c'est principalement pour subvenir à l'un de ses besoins; tandis que le père prend l'enfant pour jouer et se livrer à des jeux moins courants. Par conséquent, étant donné la différence dans les interactions mère-

enfant et père-enfant, il est fondé de croire que les parents exercent des influences différentes sur le développement de leur enfant.

Nous suggérons au lecteur intéressé plus à fond à la question du développement de l'attachement chez le nourrisson de se référer aux ouvrages de Myriam David (1976). Cette dernière traite également du développement affectif de l'enfant plus âgé.

c) Rôle octroyé au père

Les spécialistes du développement ont presqu'ignoré le père dans leurs théories ou ne lui ont accordé qu'une faible part, comparativement à la mère. Ainsi, la plupart des recherches qui portent sur les liens entre l'enfant et la personne qui s'en occupe ont mis l'accent sur la relation mère-enfant. Lorsqu'on aborde le développement de l'enfant, on est limité presqu'exclusivement à le faire en fonction de la relation mère-enfant, la paternité ne se trouvant que très rarement au centre d'un questionnement. Dans la famille québécoise, l'extériorité du père face à toute vie domestique semble avoir été particulièrement accentuée (Krymbo-Bleton, 1985).

A ce propos, Wortis (1971; voir Papalia et Olds, 1983) affirme qu'il est scientifiquement inacceptable de soutenir que les femmes jouissent d'une supériorité naturelle pour voir à l'éducation et à la socialisation des enfants, alors qu'on dispose de si peu de données au sujet des effets de l'interaction homme-enfant ou père-enfant sur le développement ultérieur de l'enfant.

Les mouvements de femmes et la réévaluation des rôles parentaux ont engendré ce que Life (1972; voir Schell et Hall, 1980) désigne comme étant le "nouveau père qui ne considère plus que les soins de l'enfant sont exclusivement du domaine de la femme. Il est plus conscient des besoins affectifs de son enfant et il y pourvoit intimement et activement". Toutefois, des constatations cliniques actuelles confirmées par des données statistiques indiquent la difficulté de l'homme québécois à prendre la place du père en raison de facteurs historiques et sociaux (Krymbo-Bleton, 1985).

Le manque de la présence du père dans l'éducation de l'enfant n'est pas seulement un manque de participation réel, malgré qu'on ne puisse douter de l'influence du père (absent ou présent) sur le développement de l'enfant. D'ailleurs, tel qu'observé par Gauthier et ses collaborateurs (1982; voir Ricard-Mayer, 1984), il semble que le rôle éducatif du père soit entièrement à découvrir, malgré la croyance selon laquelle un changement serait survenu au cours des dernières décennies. En effet, "ce

changement amorcé par les jeunes pères n'aurait de durée que la période de la petite enfance, pères et enfants retournant aux rôles traditionnels lorsque ces derniers commencent à fréquenter l'école". Krymbo-Bleton (1985) ajoute que "si l'on sollicite actuellement la présence du père auprès du nourrisson, c'est surtout dans le but d'aider la mère".

Plusieurs pères commentent une expérience de contact extrêmement intime avec le nouveau-né, où ils parviennent à une qualité de communication jamais atteinte avec qui que ce soit (Martinat, 1985). Fréquemment, en effet, le père et l'enfant s'endorment ensemble, l'enfant sur le ventre du père. Ce langage, par le sommeil, souligne selon l'auteure le désir fortement présent chez le père de communiquer avec son enfant, d'être compris et reconnu par lui au même titre que la mère.

Comme le relève Laurent Houde, l'attachement père-bébé constitue sans doute le fondement des processus ultérieurs d'identification. La théorie psychanalytique s'attarde sans doute le fondement des processus ultérieurs d'identification. La théorie psychanalytique s'attarde particulièrement à la place que le père occupe dans la structuration du psychisme de l'enfant, en insistant sur la fonction socialisante du père. Dans ce sens, elle décrit la fonction paternelle comme celle d'un séparateur entre l'enfant et la mère, assurant l'émergence de l'identité propre à l'enfant.

Finalement, même si on reconnaît l'importance du soutien affectif que le père peut apporter à la mère dans les périodes où celle-ci vit des modifications dans son rôle d'épouse pour assumer celui de mère-épouse, il importe de ne pas perdre de vue le besoin affectif aussi éprouvé par le père.

Les conséquences de l'absence du père sur le développement de l'enfant seront élaborées lors de la section traitant de la monoparentalité.

d) Conséquences d'une distorsion dans la relation

D'après Irène Krymbo-Bleton (1985), "la période après la naissance de l'enfant est autant pour la mère que pour le père, une phase de restructuration psychique. (...) Par l'identification à leur nourrisson, les parents sont renvoyés à leur propre enfance. (...) Cela implique une dépendance accrue par rapport aux images parentales précédemment connues". En plus d'être confrontés à la réalité d'un nouveau-né, les parents revivent donc un passé refoulé.

Comme l'enfant demeure longtemps dépendant de ses parents, il apparaît logique que la relation parents-enfant soit le thème central lorsqu'on étudie le développement de l'enfant. Selon certains, une action au niveau de cette relation est le moyen privilégié pour faire de la prévention primaire en famille-enfance.

Il ressort de la littérature qu'une mauvaise relation parents-enfant est l'un des principaux facteurs cités parmi les causes d'un problème de développement chez l'enfant. Cependant, ce facteur est rarement isolé: il résulte souvent de facteurs de risque tels que la prématurité ou le petit poids du bébé à la naissance, une mère célibataire et/ou adolescente, l'ignorance des méthodes d'éducation, le statut socio-économique, la santé physique et mentale des parents. Les conséquences d'une relation inadéquate peuvent être le manque de stimulation de l'enfant, résultant en problème de développement ou en retard à n'importe quel niveau; en des cas plus extrêmes, cela peut entraîner des situations d'abus ou de négligence.

Certaines caractéristiques de la relation parentale avec l'enfant ont des influences plus marquées sur l'enfant. Par exemple, Lieberman, ainsi que Waters et al. (1977, 1979; voir Campbell et Cluss, 1982) ont remarqué que l'insensibilité des parents est associée au développement d'un attachement parents-enfant relativement anxieux et insécurisé, lequel paraît jeter les bases à des interactions sociales moins compétentes durant la petite enfance et l'âge préscolaire.

De son côté, Réjean Tessier (1981) mentionne qu'une relation d'attachement négative, surtout présente avant l'âge de 2 ans, qu'une perception négative de la part des parents face à l'enfant, qu'une absence de stimulation dans l'environnement, ainsi qu'un manque de chaleur affective sont des situations qui risquent de conduire à des troubles d'apprentissage et d'adaptation chez l'enfant, lequel sera aussi plus craintif dans ses relations avec autrui. Tessier ajoute que des parents agresseurs avec l'enfant ou leurs amis, ainsi qu'une attitude de laisser-aller ou extrêmement rigide peuvent entraîner des troubles d'agressivité qui apparaissent très tôt ou à l'adolescence, dans le cas de l'attitude de laisser-aller. Notons que cette relation particulière parents maltraitants-enfant sera approfondie lors du chapitre traitant de l'enfance maltraitée.

Enfin, le tempérament de l'enfant, surtout s'il est difficile, peut aussi amener la relation parents-enfant à se détériorer. Dans ce cas, Haka-Ikse (1986) mentionne qu'il importe que les parents comprennent que leur enfant est en santé et normal, malgré qu'il soit difficile à vivre pour toute la famille; qu'ils comprennent que c'est une période temporaire et qu'ils doivent ajuster leur éducation, selon les caractéristiques de l'enfant.

Notons que les explications concernant le rôle plus spécifique d'une distorsion de la relation parents-enfant dans le cours d'un trouble de développement quelconque chez l'enfant seront approfondies lors des chapitres respectifs.

BIBLIOGRAPHIE

BRAZELTON, T.B., CRAMER, B., KREISLER, L., SCHAPPI, R., SOULE, M. La dynamique du nourrisson. Paris, éd. ESF, 1982, 175 pages.

CAMPBELL, S.B., CLUSS, P.. "Peer relationships of young children with behavior problems", in K.H. Rubin et H.S. Ross (éd.), Peer relationships and social skills in childhood, Springer-Verlag, New-York, 1982, p. 323-351.

DAVID, Myriam. L'enfant de 0 à 2 ans: vie affective, problèmes familiaux. Toulouse, Edouard Privat, 1976, 125 pages.

DAVID, Myriam. L'enfant de 2 à 6 ans: vie affective, problèmes familiaux. Toulouse, Edouard Privat, 1976, 118 pages.

HAKA-IKSE, Katerina. "Management of common behavioral difficulties in children". Pediatric Medicine, vol. 1, été 1986.

HOUDE, Laurent. "Etre parent: un vécu pluridimensionnel", texte de conférence: Les parents des êtres de ressources, Colloque régional DSC St-Luc, mai 1987.

JELIU, Gloria. Carence affective et troubles de développement chez l'enfant. Univ. de Montréal, Dépt de pédiatrie, Hôpital Ste-Justine, novembre 1977, 440 pages.

KIMPE, C.H., HELFER, R.E. The battered child. Univ. of Chicago Press, Chicago, 1980, 440 pages.

KRYMBO-BLETON, Irène. "La malprise des pères". Santé mentale au Québec, vo. 10, no 1, 1985, p. 15-19.

MARTINAT, Sophie. "Exploration des quelques aspects cliniques de la problématique paternelle québécoise". Santé mentale au Québec, vol. 10, no 1, 1985, p. 20-26.

MURRAY, Roger. "Impact des services de garde sur le développement du jeune enfant", in L'enfance: revue de recherche, MAS, Québec, août 1981.

PAPALIA, D.E., OLDS, S.W. (1978). Human Development. Mc-Graw Hill, New-York; traduction française par Bélanger et Bélanger, Le développement de la personne, HRW, Montréal, 2e éd., 1983, 556 pages.

SCHELL, R.E., HALL, E. (1971). Developmental Psychology to-day. Random House, New-York; traduction française par Chauveau, Claes et Gauthier, Psychologie génétique, éd. du Renouveau Pédagogique, Montréal, 1980, 484 pages.

TESSIER, Réjean. "Les enfants en difficulté d'adaptation et d'apprentissage: analyse des facteurs de risque" in L'enfance: revue de recherche, MAS, Québec, août 1981.

1.2.3 Principaux modèles théoriques -

Avant d'étudier chaque étape du développement de l'enfant, il convient d'avoir une vue d'ensemble du développement de la personne, tel que considéré par diverses écoles de pensée, celles-ci s'enrichissant mutuellement dans la plupart des cas.

Même s'il est important de pouvoir se référer à une théorie pour guider nos interventions, nous devons donc veiller à ne pas nous emmurer dans une seule théorie.

a) Conception mécaniste

Pavlov, Skinner et Watson sont les premiers tenants d'une théorie mécaniste: le behaviorisme. Cependant, le behaviorisme n'est pas une théorie du développement à proprement parler, puisqu'il se sert des mêmes principes fondamentaux de l'apprentissage pour expliquer le comportement à tous les âges, au lieu de fonctionner par étapes (Papalia et Olds, 1983). Selon cette théorie, le conditionnement est le mécanisme fondamental qui détermine la conduite humaine; l'individu réagit aux récompenses et punitions de son environnement, lequel est le principal modulateur du comportement.

Les théoriciens de l'apprentissage social, Jérôme Kagan et Albert Bandura, partagent le point de vue mécaniste, mais ne sont pas d'accord pour réduire toute conduite aux principes de conditionnement et de renforcement. Ils soutiennent que le comportement des enfants s'acquiert en grande partie, sinon totalement, par l'imitation de modèles, tels que les parents. Selon ces chercheurs, l'identification de l'enfant à ses parents est le facteur le plus important dans l'acquisition du langage et dans la façon avec laquelle l'enfant apprend à contrôler son agressivité et développe son sens moral.

b) Conception organismique

Cette conception, dont Jean Piaget est le plus éminent défenseur, considère les gens comme des organismes actifs qui, par leurs propres actions, mettent en mouvement leur propre développement et amorcent donc l'action. Selon Piaget, à chaque stade du développement, la représentation du monde deviendra plus complexe, plus abstraite et plus réaliste, tandis que l'organisation et la structure de pensée de l'enfant évoluera. Les 4 principaux stades du développement cognitif sont:

- Le stade sensori-moteur (0-2 ans) où le bébé, qui au début réagit surtout par réflexes, devient capable d'organiser ses activités par rapport au monde qui l'entoure.
- Le stade préopératoire (2-7 ans) où l'enfant commence à utiliser des symboles, tels que les mots.
- Le stade opératoire (7 à 11 ans), où l'enfant commence à comprendre des concepts qui peuvent s'appliquer au concret.
- Le stade des opérations formelles (à partir de 12-15 ans) où l'individu peut penser en termes abstraits et hypothétiques.

c) Conception dynamique

Freud est le principal fondateur de cette conception qui caractérise le développement en 5 stades au cours desquels la relation parents-enfant est le principal médiateur:

- Le stade oral (0 à 12-18 mois) où le plaisir de l'enfant passe par la bouche. Téter est important.
- Le stade anal (12-18 mois à 3 ans) où le plaisir passe par l'anus et est lié à la défécation. L'apprentissage à la propreté est important.
- Le stade phallique (3 à 5-6 ans) où le plaisir vient de la stimulation des organes génitaux. Apparition des complexes d'Oedipe (pour le garçon) et d'Electre (pour la fille).
- Le stade de latence (5-6 ans à la puberté) où l'enfant connaît une période tranquille sur le plan sexuel.
- Le stade génital (à la puberté) qui donne naissance à la sexualité adulte.

Selon Freud, la personnalité humaine est constituée de 3 composantes interdépendantes:

- Le ça, présent à la naissance, est la source inconsciente des désirs régis par le "principe du plaisir" et cherche à obtenir une gratification immédiate. Dès sa mise au monde, le bébé est égocentrique en ce sens qu'il ne se différencie pas du monde extérieur; tout est là pour satisfaire ses besoins et ce n'est que lorsque la gratification est retardée qu'il développe son moi et commence à se différencier de ce qui l'entoure.

- Le moi, qui se développe peu après la naissance, obéit au "principe de la réalité" et cherche une manière acceptable d'obtenir la gratification.
- Le surmoi, ou la conscience, n'apparaît que vers 4 ou 5 ans. Il intègre les principes moraux de la société, à travers l'identification des parents.

Au début des années 70, la recrudescence de la recherche relative aux capacités du nouveau-né nous a appris à le considérer comme un être complexe dès sa vie intra-utérine et qui se développe en interagissant avec son environnement, au lieu de se laisser modeler passivement par lui. C'est au mouvement d'observation directe du nourrisson, inspiré de l'ethnologie avec Carl Lorenz, que nous devons ce changement. Parmi les auteurs qui contribuent actuellement à ce mouvement, nous retrouvons Berry Brazelton, Bertrand Cramer, Daniel Stern, Myriam David, Françoise Dolto, Mélanie Klein, Serge Lokovici, Kreisler, Soulé, etc..

Un autre théoricien reconnu, Erik H. Erikson accorde, quant à lui, de l'importance aux influences sociales et culturelles. Il a décrit 8 stades du développement psychosocial au cours desquels l'enfant traverse une crise importante et différente. La façon dont chaque conflit est ou n'est pas résolu se répercute sur le développement de la personnalité finale de l'individu. Ces stades sont:

CRISE	AGE	EVENEMENT IMPORTANT
- Confiance ou méfiance	0 à 12-18 mois	nourriture
- Autonomie ou honte et doute	18 mois à 3 ans	propreté
- Initiative ou culpabilité	3 à 6 ans	locomotion
- Travail ou infériorité	6 à 12 ans	école
- Identité ou confusion dans les rôles	adolescence	liens avec les pairs
- Intimité ou isolement	début de l'âge adulte	liens amoureux
- Générativit� ou stagnation	maturité	procréation et création
- Intégrité du moi ou désespoir	vieillesse	acceptation de sa vie

A chaque stade, Erikson met deux thèmes en opposition. Après avoir travers  la crise engendrée par un tel conflit, l'individu peut accéder au stade suivant; la crise peut être positive (ex.:

confiance) si elle amène l'individu à se développer, ou être négative (ex.: méfiance) s'il n'a pas pu développer l'acquisition qui était en jeu à ce moment.

d) **Conception humaniste**

Abraham Maslow et Charlotte Buhler sont les principaux chefs de file de l'humanisme. Maslow a identifié une hiérarchie des besoins motivant le comportement humain, soit: besoins physiologiques, besoin de sécurité, sentiment d'appartenance et d'amour, l'estime, l'actualisation de soi. Le premier besoin doit alors être comblé avant que l'individu ne puisse se préoccuper du suivant.

Cependant, cette théorie concerne le développement général de toute personne humaine et ne s'applique donc pas spécifiquement à l'enfant de moins de cinq ans. Tout au long de sa vie, l'individu suit un cheminement et oscille entre les divers échelons de cette hiérarchie. C'est pourquoi nous avons décidé de moins tenir compte de cette théorie.

1.2.4 Relations entre divers niveaux de développement

Le développement physique influe sur le développement de la personnalité et sur le développement intellectuel. Ainsi, dès la naissance, si un bébé est en bonne santé et présente une stature normale, les parents ainsi que les autres personnes significatives auront des réactions et des relations particulières à son endroit; elles différeront de celles qu'aurait provoquées un bébé malformé, par exemple. La malnutrition peut aussi entraver le développement du cerveau; certaines incapacités physiques, comme le syndrome de Down (mongolisme), freinent les processus mentaux autant ou même davantage qu'elles affectent les fonctions physiques (Papalia et Olds, 1983).

Le développement moteur est lui aussi étroitement lié à la maturation du cerveau et du système nerveux central. Chaque aire cérébrale se développe selon son propre rythme et chaque acquisition sensitive ou motrice correspond au développement complet d'une aire particulière.

Les capacités intellectuelles sont étroitement liées aux niveaux moteur et émotif. Comme le développement moteur et physique est très rapide au cours de la petite enfance, en pratique, la seule façon de mesurer l'intelligence est d'étudier le développement moteur du bébé (Papalia et Olds, 1983). Quand, à un âge donné,

on note un retard au niveau d'activités telles que tenir sa tête droite, s'asseoir ou essayer d'atteindre un objet, ceci est souvent le premier signe d'une arriération mentale.

Les niveaux social et émotif affectent aussi les niveaux physique et intellectuel. Une carence affective dans la petite enfance, par exemple, peut avoir des conséquences désastreuses sur le développement mental et moteur de l'enfant, de même que sur sa personnalité (Papalia et Olds, 1983).

Tout ceci démontre combien le développement de l'enfant est complexe et qu'il faut considérer chaque niveau de développement en rapport avec chaque autre pour mieux comprendre l'enfant.

1.2.5 Développement physique et moteur

Entre 0 et 3 ans, l'enfant est avant tout un être doué de mouvements qui apprend à connaître le monde en manipulant des objets. Le développement physique suit une évolution séquentielle apparemment prédéterminée, l'enfant apprenant à exécuter les mouvements simples avant ceux complexes. Le développement moteur s'effectue aussi selon un ordre bien défini, s'orientant vers un meilleur contrôle et une plus grande spécificité des fonctions.

Entre 1 et 3 ans, l'enfant progresse rapidement sur le plan moteur. Chacune des acquisitions motrices, tant au niveau des attitudes posturales, de la locomotricité, de la préhension que de la mobilité, élargit donc le champ d'expériences de l'enfant sur les plans perceptuel, intellectuel, social et affectif.

DIFFICULTE POSSIBLE: COMPORTEMENTS AGRESSIFS TELS TAPER, MORDRE, LANCER, POUSSER, BOUGER CONTINUELLEMENT

C'est en effet l'une des acquisitions importantes de cet âge, la marche, qui confère à l'enfant un début de statut social (Erikson, 1963; voir Schell et Hall, 1980); ceci joue aussi un rôle déterminant dans le développement de l'estime et de la conscience de soi. Au début, cette dernière est alors très concrète: l'enfant a des expériences corporelles et c'est par celles-ci qu'il prend conscience de son corps, de sa position dans l'espace, et également des dangers.

Lorsqu'on assure à l'enfant une bonne alimentation, de l'affection, la liberté de mouvement et l'occasion de s'adonner à

des activités motrices, son niveau moteur se développe normalement (Clarke-Stewart, 1977; voir Papalia et Olds, 1983). Cependant, plus l'environnement s'éloigne de la norme sociale, plus le développement en souffrira. Des études effectuées par Tronick, Koslowski et Brazelton, ainsi que par Geber (1971, 1958; voir Papalia et Olds, 1983), ont démontré l'influence des méthodes d'éducation sur la motricité de l'enfant.

La croissance n'est pas uniquement influencée par des facteurs d'ordre physique, mais aussi par des conditions familiales désorganisées, des problèmes affectifs, des mauvais traitements de la part des parents, etc.. Entre 3 et 5 ans, le niveau moteur évolue également en rapport avec le développement de l'initiative, le jeu et le développement social.

Dès l'âge de 2 ans, l'orientation sexuelle est déjà profondément enracinée chez l'enfant. En Amérique du Nord, la pression exercée sur le garçon pour lui faire adopter un comportement propre à son sexe est beaucoup plus forte que celle qu'on exerce sur la fillette; la plupart des parents s'amusent d'un "petit garçon manqué", mais réagissent avec force devant un garçon "efféminé".

Comme on peut le constater, à cet âge, le développement des acquisitions ayant une certaine base physiologique est grandement influencé par les contraintes et les pressions culturelles, sociales et familiales.

Vers 2 ans et demi et 3 ans, l'enfant devrait avoir atteint la maturité physiologique nécessaire pour débuter l'entraînement à la propreté. Le contrôle des matières fécales est acquis vers 3 ans, tandis que le contrôle des urines ne se produit que vers 4 ans.

DIFFICULTE POSSIBLE: ENTRAINEMENT A LA PROPRETE LENT

1.2.6 Développement cognitif

Jean Piaget a été l'initiateur d'une bonne partie de la recherche dans ce domaine en proposant, entre autres, des stades du développement cognitif.

Le premier est le stade sensori-moteur où, entre 0-2 ans, l'enfant devient de plus en plus apte à diriger son activité en fonction d'un but et à se différencier de son entourage. L'acquisition la plus importante est le schème de l'objet permanent: il s'agit de la prise de conscience de l'existence

autonome des objets et des personnes que l'enfant peut alors percevoir comme des entités distinctes de lui et qui existent en dehors de toute stimulation sensorielle (Papalia et Olds, 1983). De cette façon, même si l'objet est absent physiquement, l'enfant garde son existence en mémoire, ayant acquis la notion de permanence et d'identité de l'objet.

Le développement cognitif est le résultat d'une interaction complexe entre l'enfant et son milieu impliquant apprentissage, exploration et adaptation. Chez l'enfant de 0-3 ans, bien que le regard soit le principal instrument d'exploration, tous les sens sont en éveil simultanément; combinés avec l'activité motrice, ils contribuent à l'expérimentation des objets et des lieux, sources de nouvelles stimulations et éléments d'information. Peu à peu, l'enfant découvre que ce qu'il a déjà appris dans une situation donnée doit parfois être modifié pour s'accommoder aux nouvelles situations; c'est ce que Piaget appelle le processus d'adaptation.

DIFFICULTE POSSIBLE: APPRENTISSAGE LENT

L'observation et l'imitation sont des formes d'apprentissage ayant leur origine dans la petite enfance. La recherche dans ce domaine démontre que, dès les premières semaines de sa vie, le nouveau-né peut imiter des expressions du visage ou des mouvements de la main (Moore et Meltzoff, 1975; voir Papalia et Olds, 1983).

La richesse des acquisitions et la rapidité de l'apprentissage sont en grande partie fonction des incitations de l'entourage, des opportunités qu'offrent les parents et de la façon dont ceux-ci répondent à la curiosité de l'enfant. D'après Belmont et Marolla (1973; voir Schell et Hall, 1980), le développement cognitif des enfants de familles nombreuses est le plus souvent inférieur à celui d'enfants de familles plus réduites, probablement parce que les parents qui ont beaucoup d'enfants ont moins le temps de s'occuper de chacun d'eux.

Cependant, d'après les travaux de Wilson et Harping et de Bayley (1972, 1965; voir Papalia et Olds, 1983), la classe sociale et le niveau d'instruction des parents semblent exercer une moins grande influence sur le développement du tout jeune enfant que sur le développement cognitif ultérieur. Le statut socio-économique ne permet que de prédire la direction du changement de quotient dans le développement entre la petite enfance (0-3 ans) et l'âge préscolaire (3-5 ans). En comparant des enfants issus de classe défavorisée à ceux issus de classe moyenne, Knoblock et Pasamanick (1963; voir Papalia et Olds,

1983) ont remarqué qu'au fur et à mesure que les enfants grandissent, leur milieu familial prend de plus en plus d'importance.

Selon la théorie Piagétienne, l'enfant de 3 à 5 ans se trouve à l'intérieur du stade préopératoire qui s'échelonne de 2 à 7 ans. C'est le début de la fonction symbolique dont on peut reconnaître l'acquisition quand l'enfant fait usage de l'imitation différée, du jeu symbolique et du langage pour remplacer un objet ou un événement absent.

A ce stade, la pensée de l'enfant est encore très égocentrique; il ne peut se mettre à la place d'un autre, est limité à la conscience de soi et est incapable de reconnaître que l'autre peut avoir des points de vue, des besoins ou des intérêts différents. C'est justement cette incapacité de se mettre à la place de l'autre qui explique en majeure partie le comportement irréfléchi et apparemment cruel des enfants.

Entre 3 et 5 ans, l'enfant cherche à comprendre les choses et pose beaucoup de questions sur ce qui l'entoure.

DIFFICULTE POSSIBLE: RELATION PARENTS-ENFANTS OU LES PARENTS PEUVENT PERDRE PATIENCE DEVANT LES QUESTIONS INCESSANTES.

Le fonctionnement intellectuel est étroitement relié à l'équilibre affectif et au tempérament de l'enfant: s'il est actif, sûr de lui, curieux et capable de prendre des initiatives, il a de fortes chances de bien réussir aux tests d'intelligence (Kohn et Rosman, 1972; voir Papalia et Olds, 1983).

A partir des résultats de plusieurs études citées par Papalia et Olds (1983), on constate en retour que lorsque les parents sont sensibles, chaleureux, aimants, qu'ils connaissent et comprennent les besoins ainsi que les sentiments de l'enfant qu'ils laissent s'exprimer, le rendement intellectuel de l'enfant augmente au cours de la période préscolaire (Clarke-Stewart, 1977; Radin, 1971, 1972; Moss et Kagan, 1958).

1.2.7 Développement du langage

D'après Nelson (1973; voir Schell et Hall, 1980) et Papalia et Olds (1983), tous les enfants de tous les pays traversent les mêmes stades fondamentaux bien définis de l'acquisition du langage: la compréhension du langage, le langage préverbal et le

langage verbal. La plupart des enfants suffisamment stimulés qui se développent dans de bonnes conditions ont un langage organisé à 3 ans. Bien entendu "il existe encore quelques incorrections et maladresses, le vocabulaire n'est pas très riche et les structures syntaxiques complexes n'apparaissent que peu à peu; mais à 3 ans, la majorité des enfants sont capables de parler, de raconter ce qu'ils font, de demander ce qu'ils désirent et de tenir leur place dans une petite conversation (Aimard et Morgan, 1983)."

Le premier son qu'émet le bébé est un cri ou un vagissement et dès les premières heures suivant sa naissance, il peut, grâce à ce cri, communiquer quelques vagues messages à son entourage. Les pleurs étant pour le bébé un moyen d'attirer l'attention, il paraît évident que si l'appel demeure sans réponse, ces manifestations phoniques s'avèrent rapidement inutiles et peuvent s'espacer de plus en plus.

Les premières manifestations intentionnelles de communication apparaissent chez l'enfant en même temps que ses efforts d'exploration et d'expérimentation active du monde extérieur. Dès l'âge de 2 mois, l'enfant répond à l'attention que lui porte l'entourage, à l'aide de mouvements rudimentaires, de mimiques et de sons variés; les gesticulations du bébé ont ainsi la même finalité qu'auront plus tard ses paroles.

Vers 5 ou 6 mois, ses émissions sonores deviennent des suites de phonèmes; c'est le stade de la labilation ou du babil, où la capacité de répétition indique que l'enfant est parvenu à un stade avancé du développement moteur. Ces jeux vocaux ne sont pas toujours spécifiquement chargés d'une intention de communication puisqu'ils ne sont souvent que des exercices musculaires. Vers la fin de la première année, les premiers "mots" isolés peuvent apparaître, mais il est rare qu'à ce moment le répertoire lexical comprenne plus de 3 mots.

L'apparition des premiers "mots" ayant une valeur significative pour l'entourage marque la fin de la période prélinguistique et correspond à l'acquisition de la notion de permanence et de l'identité de l'objet (vers 18-24 mois). Au début, ils servent à désigner un objet ou une action, à exprimer des sentiments, à exiger quelque chose de la part de l'adulte, et sont constitués d'une ou 2 syllabes, l'enfant n'ayant que très peu de consonnes à sa disposition. Vers 2 ans, l'enfant est en général capable d'assembler plusieurs mots et vers 3 ans, le langage devient plus organisé: apparaissent les éléments grammaticaux fondamentaux dont l'ordre des mots, l'intonation et les flexions (Schell et Hall, 1980).

Pour apprendre à parler, l'enfant a besoin de s'exercer à parler; écouter les autres, la radio ou la télévision ne suffit pas (Schell et Hall, 1980). Il semble que le type d'interaction verbale qui s'établit entre l'enfant et la personne qui en prend soin soit fondamental. Benedict (1975; voir Papalia et Olds, 1983) a relevé des caractéristiques du discours maternel qui aident l'enfant à acquérir le langage: l'emploi de phrases courtes, composées de moins de mots et de plus de répétitions; les tournures syntaxiques plus simples; le débit plus lent. Ajoutons que ces caractéristiques pourraient très certainement s'appliquer au discours parental, incluant le père.

Par ailleurs, les bébés sont plus enclins à parler à leurs parents quand ils leur parlent et les parents, de leur côté, sont plus portés à parler à leur bébé quand celui-ci se met à gazouiller et à babiller (Strain et Vietze, 1975; voir Papalia et Olds, 1983). Cette observation démontre le caractère interactionnel du développement du langage en tant que premier mode de la sociabilité de l'enfant.

Le langage expressif se développe surtout au cours des années préscolaires. Même s'il est très égocentrique à cet âge, il remplit plusieurs fonctions. De même que le bébé balbutie pour le simple plaisir de la chose, l'enfant du stade préopérationnel répète mots et phrases pour exercer ses schèmes verbaux. Par le monologue (se parler à soi-même), l'enfant vise surtout la réalisation de ses désirs: quand il est incapable de parvenir à ses fins, il fait comme s'il y arrivait, en se servant de son imagination.

Le langage de cet âge continue à servir à la socialisation. Wellman et Lempers, Maratos ainsi que Garbey et Hogan (1977, 1973, 1973; voir Papalia et Olds, 1983) ont démontré, dans leurs recherches respectives, que les enfants de 2 à 5 ans adaptaient leurs messages à la situation et parlaient pour maintenir ou amorcer un contact avec les autres.

Les règles du langage ne s'apprennent probablement pas par imitation, puisque même le fait d'entendre la façon juste de parler d'un adulte n'entraîne pas nécessairement l'imitation correcte chez l'enfant. Cependant, c'est en majeure partie grâce aux échanges avec ses parents que l'enfant apprend à parler. Quant il y a moins d'interaction entre eux, les aptitudes linguistiques se développent plus lentement.

Les acquisitions du langage
(0-5 ans)

<u>0-9 mois</u>	<u>12-15 mois</u>
6 semaines: gazouillis 3-4 mois: babillage 9 mois: jargonage; utilise des séries de syllabes variées.	Premier "mot": combinaison de sons qui revient souvent. L'adulte commence à comprendre certains mots.
<u>1¹/2- 2ans</u>	<u>2- 3 ans</u>
Commence à poser des questions. Plusieurs mots se ressemblent où le même mot a plusieurs variations. Ex.: to: "manteau" ou "auto" tombé: "bé" ou "ombé" Prend plus l'initiative de la communication.	Combine 2-3 mots familiers. Laisse tomber des sons et des syllabes Ex.: souris: "toui - soui" télévision: "ion - télion" Commence à utiliser des petits mots: conjonction, préposition, pronom.
<u>3-3¹/2 ans</u>	<u>4-4¹/2 ans</u>
Phrases de style télégraphique au début, puis plus longues et mieux maîtrisées. Vocabulaire d'environ 900-1200 mots. Commence à utiliser les adjectifs. Relie parfois ses phrases par "et pis...". Pose beaucoup de questions. Ne laisse presque plus tomber les sons et les syllabes.	Vocabulaire de 1500-2000 mots; phrases de 4-5 mots. Au début, difficultés avec ch - s- j- z, t - l ou ye, puis presque tous les sons sont bien utilisés. Maîtrise les petits mots; mais fait quelques erreurs sur les verbes. Commence à exprimer relation causale. Mots nouveaux ou longs sont parfois simplifiés.

1.2.8 Développement affectif

A la naissance, les pleurs représentent le moyen le plus puissant, sinon le seul, dont dispose le bébé pour signaler ses besoins. A la fin de leur première année, les bébés qui trouvent rapidement tendresse et réconfort auprès d'un adulte quand ils se mettent à pleurer, pleurent moins souvent (Clarke Stewart, 1977; voir Papalia et Olds, 1983). A cet âge, l'établissement d'une relation de confiance et de sécurité est primordiale. Ainsi,

d'après la théorie eriksonniene, - de 0 à 11-18 mois, c'est le stade de la confiance ou de la méfiance fondamentale qui jette les bases de la socialisation; ensuite, de 18 mois à 3 ans, c'est le stade de l'autonomie ou du doute, caractéristique de la vulnérabilité de l'enfant de cet âge, et qui constitue la base du développement de la conscience morale et de l'empathie.

Vers l'âge d'un mois, les sourires, un moyen privilégié de communication, deviennent plus fréquents et s'adressent davantage aux personnes. Mais ce n'est que vers 4-5 mois que le bébé discrimine le visage de la personne qui en prend soin et qu'il sourit alors davantage à un visage connu qu'à un visage étranger.

A 4 mois, l'enfant commence à rire tout haut, à tout propos. Sroufe et Wunsch (1972; voir Papalia et Olds, 1983) ont remarqué qu'au cours de la première année de l'enfant, le rire est l'indice d'un important échange entre le nourrisson et son milieu et qu'il existe un lien important entre le développement cognitif d'une part, et la croissance et l'expression affectives d'autre part.

Vers 6-8 mois, l'angoisse de séparation apparaît. Elle peut se manifester à différents âges selon la culture, mais semble être un phénomène universel. Vers 8-12 mois, c'est la peur de l'étranger qui témoigne de la relation définitive entre l'enfant et la personne qui en prend soin. Freud, Spitz, Bowlby, Ainsworth, Sears, Gewirtz et Kohlberg sont les principaux chercheurs qui se sont intéressés à la notion de l'attachement, selon divers angles. Cette notion de relation parents-enfant sera élaborée lors d'un chapitre ultérieur.

DIFFICULTE POSSIBLE: PEUR DE L'ETRANGER.

Vers un an, on assiste à l'apparition de l'objet transitionnel: l'enfant garde quelque chose en l'absence de la personne envers qui il a développé des liens d'attachement, comme une couverture, une poupée. C'est après avoir solidement établi une relation affective avec ses parents que l'enfant pourra plus facilement s'en détacher et développer des habiletés de socialisation avec des pairs et des adultes autres que ses parents. A cet âge, le développement socio-affectif représente une période d'essai où l'enfant exerce davantage son autonomie.

Selon la théorie eriksonniene, entre 3 et 6 ans c'est le stade de l'initiative ou de la culpabilité qui constitue la base de la conscience morale et de l'empathie. Il est donc important de laisser l'enfant explorer, tenter de nouvelles expériences et lui permettre quelques essais et erreurs, dans les limites

acceptables, pour favoriser un meilleur développement affectif. L'enfant de ce stade est très vulnérable; c'est entre 2 et 6 ans qu'il se sent le plus envahi par de nouvelles craintes telles que peur de l'obscurité et de la solitude. Cependant, au fur et à mesure qu'il grandit et perd son sentiment d'impuissance, plusieurs de ses peurs s'estompent. Des parents qui seraient surprotecteurs à ce moment risqueraient de créer chez leur enfant le sentiment que le monde est un endroit dangereux, ce qui agraverait son inquiétude.

D'après la théorie freudienne, de 3 à 5-6 ans, l'enfant se trouve au stade phallique. L'événement le plus important de cette période est l'apparition, puis la résolution du complexe d'Oedipe, même si le père ou la mère est absent. C'est ainsi que l'enfant peut acquérir son identité sexuelle. Cependant, l'adoption des rôles sexuels subit plusieurs influences. Ainsi, l'affection manifestée par les parents influe grandement sur le désir de l'enfant de suivre leur exemple. Il en va de même de la perception que l'enfant a d'un comportement qui convient à son sexe, à partir de ce qu'il observe à l'école, à la télévision, chez ses amis et dans la conduite de ses frères et soeurs.

Entre 3 et 5 ans, l'enfant exprime plus facilement sa colère, mais contrôle encore mal son agressivité qu'il manifeste par des gestes ou par le langage. L'intensité des réactions de l'enfant dépend de son tempérament, mais aussi des modèles sociaux et familiaux qu'il a observés. A cet âge, il commence à éprouver un désir d'autonomie et d'affirmation de soi plus prononcé et entre alors dans une phase de négativisme: cette phase du "non" est une façon de contrôler la situation, d'exprimer qu'il a la volonté de décider lui-même de ce qu'il fera et quand il le fera.

DIFFICULTE POSSIBLE: AGRESSIVITE, NEGATIVISME.

Le négativisme fait partie intégrante du développement de l'enfant et reflète donc une difficulté que tous les parents ou éducateurs devront rencontrer un jour ou l'autre. Quoique cette situation rende l'enfant plus difficile à vivre, c'est un pas de plus vers le développement d'une personnalité qui lui est propre.

Face à ce que ses parents lui disent, l'enfant fait alors preuve de contradiction et/ou d'opposition. Tout ce qu'il entreprend est sujet à de perpétuels changements; il oscille entre les extrêmes et tente de manifester une forme de toute puissance. Par contre, l'enfant a aussi besoin de sécurité et de stabilité, ce qui se concrétise au niveau des rituels qu'il adopte, selon la situation (Bois, 1982).

Ce qu'il importe de comprendre, c'est que cette attitude de la part de l'enfant n'indique pas que l'enfant refuse de faire ce qu'on lui demande, mais qu'il refuse que cela lui soit imposé.

Le degré de négativisme de l'enfant peut dépendre de son tempérament, mais aussi de la façon dont ses parents et l'entourage réagissent et composent avec l'attitude de l'enfant. Ainsi, plus les parents et l'entourage s'opposent à son désir d'autonomie et ripostent par de la colère et de l'agressivité, plus l'enfant tente de s'affirmer et deviendra agressif, entraînant la famille dans une situation quasi impossible à vivre. A l'autre extrême, des parents trop protecteurs qui étouffent l'enfant dans son besoin d'exploration ou des parents trop permissifs face aux "non" de l'enfant risquent d'aggraver le négativisme de ce dernier ou de le rendre intolérant à la frustration. Ces exemples ne sont pas des règles absolues, puisque la réaction de l'enfant peut être nuancée par divers facteurs tels que son tempérament, les modèles disponibles.

1.2.9 Développement social

On situe l'apparition de la conscience de soi vers l'âge de 20-24 mois; l'enfant est alors capable de se reconnaître et de reconnaître les autres. C'est à partir de ce moment que se déroule le stade du miroir où l'enfant réagit à son image reflétée. C'est ainsi que la sociabilité s'établit en même temps que l'enfant découvre progressivement son moi (Brook et Lewis, 1976 et Lewis et Brook, 1974, 1975; voir Schell et Hall, 1980).

Jusqu'à l'âge de 2 ans, les relations de l'enfant s'établissent surtout avec des adultes; le jeu entre l'enfant et ses parents le prépare aux véritables échanges sociaux et à la communication efficace entre les êtres. De son côté, Bower (1976; voir Papalia et Olds, 1983) fait ressortir le caractère social de l'imitation chez le bébé et souligne la façon par laquelle l'adulte et le bébé deviennent "intimement liés l'un à l'autre lorsqu'ils s'adonnent à leurs imitations".

Certaines personnes sont naturellement plus sociables que d'autres et ce trait de caractère apparaît très tôt, puisqu'on peut le remarquer même chez un enfant âgé de 8 à 10 mois (Lee, 1976; voir Papalia et Olds, 1983). Cependant, si certains aspects de la sociabilité, tels que la propension à accepter les nouvelles personnes, la capacité de s'adapter au changement et l'humeur habituelle du bébé semblent être des traits de tempérament innés (Thomas, Chess et Birch, 1968; voir Papalia et Olds, 1983), le fait d'avoir des parents sociables influence aussi le bébé (Stevenson et Lamb, 1979; Papalia et Olds, 1983).

DIFFICULTE POSSIBLE: ADAPTATION AUX SITUATIONS NOUVELLES VARIE SELON LE TEMPERAMENT

L'enfant ne pourra se détacher de ses parents, développer une certaine conscience de soi et continuer son exploration du monde extérieur que dans la mesure où il est sûr de ses attaches, sûr qu'il a un rôle à jouer dans ce monde.

Dans leur étude du développement de l'amitié durant la petite enfance, Mueller et Lucas (1975; voir Papalia et Olds, 1983) ont noté 3 stades caractéristiques des relations entre jeunes enfants: contacts centrés sur l'objet; tentatives de l'enfant pour susciter des réactions chez l'autre; échanges des rôles.

Maudry et Kekula (1939; voir Schell et Hall, 1980) ont constaté qu'entre 6 et 8 mois, on observe un semblant de rapports dans les activités exploratrices des enfants; le bébé se comporte avec l'autre comme avec un jouet.

Au bout de la première année, le bébé commence à voir ses pairs sous un autre jour et les associe à ses plaisirs. Ensuite, les jouets servent d'intermédiaire et les interactions sociales se multiplient. Cependant, même si les enfants manifestent très tôt un intérêt réciproque, ce n'est que vers 3 ans que l'enfant commence à avoir autant de rapports avec d'autres enfants qu'avec des adultes.

Eckerman et Whatley (1977; voir Papalia et Olds, 1983) ont étudié 44 paires de bébés âgés de 10 à 12 mois d'un côté, et de 22 à 24 mois de l'autre. Ils ont remarqué que le jeune enfant est fasciné par ses semblables et qu'ils s'adonnent à divers jeux, plus particulièrement lorsqu'il n'y a pas de jouets autour d'eux. Les travaux de Smith (1974; voir Schell et Hall, 1980) ont démontré que le type d'installations de jeu disponibles dans l'environnement d'un enfant peut, dans une certaine mesure, déterminer son comportement social. Il semblerait donc que lorsque l'environnement n'offre que peu de ressources, les individus soient davantage portés à collaborer et à s'accommoder du donné, en lui inventant des nouvelles formes par la parole (Schell et Hall, 1980). Ce faisant, les enfants avaient alors tendance à former des groupes de jeu importants.

Entre 3 et 5 ans, l'enfant est encore centré sur lui-même. Cet égocentrisme est particulièrement apparent dans l'utilisation du langage où chaque enfant parle, sans se demander si les autres enfants sont intéressés ou même s'ils l'écoutent. La capacité de communiquer s'accroît avec l'âge et est le reflet de la disparition graduelle de l'égocentrisme, en réaction aux pressions sociales exercées par les pairs et les adultes. Ainsi, les points de vue de l'enfant exercent une grande influence sur ses aptitudes à la communication; à mesure qu'il prend conscience des autres perspectives, il devient capable de prévoir la réponse des autres et développe le sens de la propriété.

A cet âge, même si l'influence parentale est encore très forte, la dépendance émotionnelle à l'égard de l'adulte décroît progressivement au profit de la dépendance sociale à l'égard des pairs (recherche de la considération d'autrui, demande d'aide). A ce moment, l'enfant crée ses premiers véritables liens d'amitié. Une étude menée par Lieberman (1977; voir Papalia et Olds, 1983) a permis de constater que les enfants qui ont un lien satisfaisant avec leurs parents ont plus tendance à jouer avec d'autres enfants; par ailleurs, les enfants qui ont souvent eu l'occasion de jouer avec d'autres enfants sont plus portés à parler à de nouveaux enfants.

DIFFICULTE POSSIBLE: RETRAIT SOCIAL.

C'est grâce au jeu que l'enfant grandit, se développe, acquiert des habiletés, se découvre et découvre ce qui l'entoure. Mildred Parten (1932; voir Papalia et Olds, 1983) a identifié 6 types de jeu:

- Le comportement oisif, où l'enfant ne joue pas, mais s'occupe à observer tout ce qui suscite un intérêt momentané;
- Le spectateur, où l'enfant regarde jouer les autres, pose des questions, fait des commentaires, mais ne s'introduit pas vraiment dans le jeu;
- Le jeu solitaire indépendant, où l'enfant joue sans s'occuper des autres;
- Le jeu associatif, où il y a partage des tâches et des activités;
- Le jeu de collaboration ou d'équipe, où l'enfant joue dans un groupe organisé en vue de fabriquer quelque chose ou d'atteindre un but, en commun. Commence à respecter certaines règles de groupe.

DIFFICULTE POSSIBLE: RIVALITE CONTINUELLE ET COMPETITION ENTRE LES ENFANTS.

L'âge et l'éducation semblent être les facteurs déterminants d'un comportement prosocial ou altruiste. Cependant, ce n'est pas avant l'âge de 4 ans que l'enfant démontre un degré sensible d'altruisme, lequel s'élève ensuite régulièrement jusqu'à l'âge

de 13 ans. Les parents d'un enfant-altruiste donnent l'exemple, discutent avec l'enfant lorsqu'il se conduit mal et lui apprennent à être capable de se mettre à la place de l'autre personne.

Lors d'une étude, White et ses collaborateurs (1971; Papalia et Olds, 1983) ont observé et évalué 400 enfants d'âge préscolaire et leur ont attribué une cote de "compétence", variant de "A" à "C", selon un ordre décroissant. Constatant d'énormes différences chez les parents des 3 groupes (A,B,C), ces chercheurs ont conclu que la façon dont les parents traitent l'enfant lorsqu'il est âgé entre 1 et 3 ans, peut déterminer une bonne part de la qualité essentielle de la vie entière de l'individu.

BIBLIOGRAPHIE

BOIS, Yves. Le développement de l'enfant de 0 à 6 ans. CEGEP de Saint-Jérôme, 1982.

BRAZELTON, T.B., GAMER, B., KREISLER, L., SCHAPPI, R., SOULE, M. La dynamique du nourrisson. Paris, éditions ESF, 1982, 175 pages.

COMITE DE LA SANTE MENTALE DU QUEBEC. La santé mentale des enfants et des adolescents; vers une approche plus globale. Direction générale des publications gouvernementales, Québec, 1985, 251 pages.

MAZIADE, Michel. Etudes sur le tempérament: contribution à l'étude des facteurs de risque psychosociaux. Division de Recherche de l'Hôtel-Dieu du Sacré-Coeur, Québec, 1985, 40 pages.

PAPALIA, D.E., OLDS, S.W., (1978). Human Development. New-York, McGraw-Hill; traduction française par Bélanger et Bélanger, Le développement de la personne, Montréal, HRW, 2e éd., 1983, 556 pages.

SCHELL, R.E., HALL, E., (1971). Developmental Psychology To-day. New-York, Random House; traduction française par Chauveau, Clay et Gauthier, Psychologie génétique, Montréal, éd du Renouveau pédagogique, 1980, 484 pages.

THIBAULT, L., MINVILLE, H. Eléments préliminaires pour une planification en Famille-Enfance. DSC-Hôtel-Dieu Saint-Jérôme et DSC-CHRD, Joliette, 1985.

2.0 LES FACTEURS DE RISQUE PRINCIPAUX

Ce chapitre traitera des principaux facteurs de risque qui ont des conséquences multiples sur divers niveaux de développement de l'enfant 0-5 ans. De plus, ces facteurs ont été choisis, pour la majorité, parce qu'ils ont une certaine consonnance psychosociale et se retrouvent souvent à la source des nouvelles morbidités. Enfin, ajoutons qu'étant donné le rôle joué par ces facteurs de risque dans le déclenchement de plusieurs cas de difficultés ou de problèmes à l'étude, il nous est apparu plus efficace de créer un tel chapitre, plutôt que de répéter les mêmes explications pour tous ces cas où il serait question du même facteur de risque.

2.1 APERCU GLOBAL

D'après Louise Séguin (1980), il semble bien que de façon générale, les facteurs qui auront ou ont eu une action soutenue ou chronique sont les éléments les plus susceptibles d'influencer de façon durable le développement ou le comportement de l'enfant dans le futur.

Le Conseil des affaires sociales et de la famille (1984) a relevé certains facteurs de risque qui seraient eux-mêmes à l'origine d'un facteur de risque encore plus important qu'est la relation parents-enfant. En effet, d'après le Conseil, comme l'enfant de 0-5 ans est entièrement dépendant de ses parents, les facteurs qui affecteront ces derniers se répercuteront inévitablement sur l'enfant et ses relations avec ses parents.

On retrouve donc les facteurs psychosociaux:

- le manque d'information et d'éducation des parents;
- le développement personnel et le manque de disponibilité des parents;
- le degré déficient de réceptivité à la personnalité de l'enfant et la perception négative que les parents ont de l'enfant.

Parmi les facteurs concernant le contexte social, on retrouve:

- l'isolement, le manque d'ouverture vers l'extérieur;
- les déplacements fréquents de la famille (déménagement).

Parmi les facteurs concernant le contexte familial, on retrouve:

- le divorce, l'éclatement de la famille;
- la monoparentalité;
- la famille à problèmes multiples.

Enfin, parmi les facteurs concernant le contexte économique, on retrouve:

- la pauvreté;
- le logement inadéquat;
- le chômage;
- la malnutrition.

Concernant le niveau économique, Sameroff (1977; voir Seguin, 1980) conclut à la suite d'une revue de littérature, que ces facteurs peuvent amplifier ou réduire les effets de traumatismes périnataux, selon la nature pauvre ou adéquate des conditions du milieu.

Signalons que Michel Maziade (1985) fait état de facteurs de vulnérabilité biologique et environnementale, dans son texte s'intitulant Etudes sur le tempérament: contribution à l'étude des facteurs de risque psychosociaux de l'enfant. Nous recommandons aux personnes intéressées par le sujet de consulter le texte de Maziade.

BIBLIOGRAPHIE

COMITE DE LA SANTE MENTALE DU QUEBEC. La santé mentale des enfants et des adolescents; vers une approche plus globale. Direction générale des publications gouvernementales, Québec, 1985, 251 pages.

CONSEIL DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA FAMILLE. Objectif: santé. Québec, 1984, 217 pages.

DAVID, Nicole. "Programme de soin et d'enseignement; dépistage et soutien de famille à risque élevé". L'infirmière canadienne, vol. 21, no 5, 1979, p. 23-25.

MAZIADE, Michel. Etudes sur le tempérament: contribution à l'étude des facteurs de risque psychosociaux de l'enfant. Division de Recherche de l'Hôtel-Dieu du Sacré-Coeur, Québec, 1985, 40 pages.

SEGUIN, Louise. "Problématique de l'identification des enfants à risque élevé ou vulnérables". L'Union médicale du Canada, vol. 109, octobre 1980, p. 1409-1414.

SEGUIN, Louise. "Nouveaux problèmes de santé des enfants: rôle des centres et des DSC". L'Union médicale du Canada, vol. III, février 1983, p. 168-172.

2.2 LA MONOPARENTALITE

2.2.1 Aspects culturel et social

Selon la majorité des auteurs, l'enfant a besoin de ses deux parents, ou d'une figure parentale substitut dans le cas où l'un des deux est absent, pour s'épanouir et se développer correctement.

Dans notre culture, la famille nucléaire est généralement vue comme l'unité optimale pour élever un enfant et les déviations de ce modèle sont considérées par certains comme pouvant être à la source de comportement antisocial chez l'enfant (Hetherington et Deur, 1971).

La famille monoparentale est celle qui, pour diverses raisons, a été amputée d'un adulte. Ce peut être à la suite d'un décès, de la désertion ou du départ du lieu de résidence familial de l'un des conjoints ou encore par la naissance d'un enfant dont les parents ne vivent pas en couple. Cette situation étant plus fréquente depuis une quinzaine d'années, nous avons décidé de lui accorder une attention particulière.

Au Québec, dans 80% des cas, le parent unique est une femme (Statistique Canada, 1981; voir Picard-Mayer, 1984).

D'après la Fédération des Associations des familles monoparentales du Québec (1983; voir Picard-Mayer, 1984), "les statistiques indiquent que l'homme seul se remarie après un an de célibat, une nouvelle épouse assumant alors toutes les charges reliées aux soins et à l'éducation des enfants. La situation de père, parent unique, apparaît donc comme un statut provisoire, transitoire même." Compte tenu de ce fait, la plupart des études traitant de la monoparentalité ont porté sur l'absence du père; c'est ce que nous tenterons de cerner dans le présent chapitre.

Zigler, Lamb et Child (1982) notent qu'étant donné que 90% des divorces impliquant des enfants se terminent par le don de la garde des enfants à la mère, on en sait peu sur la situation du père divorcé et de ses enfants. Dans son ouvrage, Levine (1976; voir Zigler, Lamb et Child, 1982) indique que la plupart des pères réussissent assez bien, étant habituellement plus à l'aise économiquement que la mère divorcée. De leur côté, Santrock et ses collaborateurs (1979; 1982; voir Zigler, Lamb et Child, 1982) rapportent que les pères et les mères divorcés ont tendance à s'en sortir aussi bien; cependant, les pères ont en général plus de problèmes avec leurs filles, tandis que les mères en ont avec leurs garçons. Quoiqu'il en soit, le temps où l'on aura autant de pères que de mères parents uniques est encore loin, du moins en ce qui concerne notre société.

Même si ce chapitre traite principalement de l'absence du père à la suite d'une séparation, il est important de souligner que cette absence en elle-même ne conduit pas nécessairement à des déficits développementaux chez l'enfant ou à un fonctionnement psychologique inférieur à celui d'un enfant vivant avec son père. Comme le rappelle Biller (1981), "plusieurs facteurs doivent être considérés lorsqu'on évalue la situation d'une absence paternelle continue et prolongée: la durée de la séparation; le type de séparation; la cause de la séparation; l'âge, le sexe et le tempérament de l'enfant; la réaction de la mère; le statut socio-économique de la famille." Cependant, l'enfant qui vit des relations harmonieuses avec ses deux parents est moins à risque qu'un enfant de famille monoparentale.

Plusieurs chercheurs ont aussi rapporté que l'absence du père peut ne pas avoir de conséquences négatives dans les sociétés où on s'attend à ce que ce soit la mère qui détienne un rôle particulièrement déterminant dans le fonctionnement économique et familial (Ancona et al., 1964; Hunt et Hunt, 1975, 1977; Radin, 1976; voir Biller, 1981). Biller (1981) ajoute que les variables socio-économiques et socioculturelles doivent être prises en considération lorsqu'on tente de comprendre les effets d'une privation de relation paternelle.

2.2.2 Instabilité familiale

Les conséquences que l'absence du père aura sur l'enfant dépendront de plusieurs facteurs, dont l'interaction familiale avant et après son départ. Par exemple, si le père était la principale source de conflit, il est fort probable que son départ apportera une certaine amélioration. Certains facteurs du contexte familial sont extrêmement importants pour déterminer dans quelle mesure la famille sera affectée par ce stress supplémentaire: réaction de la mère, support donné par la parenté ou les amis, la relation entre les ex-époux, le statut socio-économique de la famille. Zigler, Lamb et Child (1982) insistent sur un point crucial: les effets néfastes sur le développement de l'enfant ne sont pas inévitables et la majorité des enfants ayant vécu une séparation ou un divorce ne démontrent aucune évidence d'effets à long terme.

Hetherington et ses collègues (voir Zigler, Lamb et Child, 1982) ont beaucoup étudié les enfants d'âge préscolaire et leur famille et ont remarqué un état de stress et de désorganisation autant chez les parents que chez les enfants, à la suite d'un divorce. Même un an après le divorce, les enfants sont indisciplinés et démontrent un contrôle inadéquat; ce n'est que deux ans après le divorce que tout redevient dans l'ordre pour la majorité des familles. Cependant, l'enfant de parents séparés ou divorcés est sans nulle doute plus vulnérable que celui ayant grandi au sein d'une famille unie et relativement rassurante.

Dans leur étude, Hess et Camara - (1979; voir Zigler, Lamb et Child, 1982) ont tenté d'identifier les facteurs associés à un bon ou un mauvais ajustement de l'enfant du divorce. Ils ont trouvé que la qualité des relations parents-enfant et celles entre les parents eux-mêmes avant et après le divorce sont des facteurs critiques: l'ajustement est facilité lorsqu'il n'y a pas d'hostilité entre les époux et lorsque l'enfant peut maintenir de bonnes relations avec ses deux parents. De même, Rutter (1972; voir Trower et al., 1978) fait la distinction entre interruption de la relation et distorsion de la relation; un comportement antisocial chez l'enfant est habituellement associé à la discorde parentale, plutôt qu'à l'interruption de la relation, que ce soit pour cause de séparation, divorce ou décès. Rutter (1979; voir Zigler, Lamb, Child, 1982) ajoute que la prolongation d'un mariage ou règne l'hostilité a plus de chances de provoquer des conséquences néfastes sur le développement de l'enfant que le divorce.

D'après les résultats d'une recherche menée par Gauthier et ses collègues (1982; voir Picard-Mayer, 1984), il ressort que les sentiments découlant de la séparation et du divorce sont plus perturbants pour la femme que le fait même de se retrouver seule. Cette observation provient de la comparaison entre les femmes seules à la suite d'un divorce et celles qui sont veuves.

L'ajustement psychologique de la mère est un facteur crucial dans le développement de l'enfant, à la suite du départ du père; une mère perturbée émotionnellement ou handicapée dans ses relations interpersonnelles peut avoir des influences néfastes sur l'estime de soi de l'enfant, ainsi que sur ses habiletés à interagir avec les autres (Hetherington, 1971). Lors d'autres recherches citées par ce même auteur (Bach, 1946; Pederson, 1966; Tiller, 1958) et selon Hetherington, Cox et Cox (1978; voir Biller, 1981), il a été suggéré que les effets de l'absence du père sur l'enfant peuvent être dus en grande partie à l'influence de la mère.

De même, lors d'une étude, Wallerstein et Kelly (1975; voir Biller, 1981) ont remarqué que les enfants qui ont vécu un conflit parental intense et continu et dont la mère était dévastée par le divorce, apparaissaient dépressifs et mentalement retardés, un an après le divorce.

D'après certains auteurs, la mère serait plus portée à donner trop d'importance à l'obéissance, la politesse et le conformisme (Tiller, 1958; voir Hetherington, 1971). De plus, lors d'une recherche antérieure, Hetherington a observé qu'en tentant de contrôler son enfant, la mère utilise plus de méthodes disciplinaires extrêmes, allant de la surprotection, aux techniques affirmatives (Hetherington et Dew, 1971).

Selon Gardener (1977), le divorce est une source continue de frustrations pour l'enfant envers qui les parents sont moins disponibles et qui peut ressentir l'hostilité entre les ex-

partenaires, qui doit s'adapter au nouveau partenaire dans certains cas. C'est aussi le cas pour les parents qui se retrouvent confrontés à de nouveaux problèmes. Par exemple, le parent qui a la garde de l'enfant peut en vouloir à ce dernier de l'empêcher de sortir, d'avoir des contacts avec l'extérieur ou de diminuer ses chances de se remarier.

Le divorce risque donc d'amener quelques perturbations au niveau de la relation parents-enfant. Comme le souligne Ghislaine Picard-Mayer (1984), "il est étonnant de constater qu'entre la mère-parent-unique et ses enfants, il existe moins d'interrelations que dans les familles biparentales." Du côté du père, l'auteure ajoute que "les interactions avec ses enfants semblent être aussi peu nombreuses, qu'il s'agisse d'une famille monoparentale ou biparentale."

D'après Biller et Meredith, ainsi que Keshet et Rosenthal (1974, 1978; voir Biller, 1981), il y aurait une différence dans les relations père-enfant, à la suite du divorce. Ils font remarquer que plusieurs enfants dont le père ne vivait plus avec eux passaient plus de temps avec ce dernier que les enfants dont le père était "physiquement" présent. D'ailleurs, il est très fréquent qu'à la suite d'un divorce, le parent qui n'a pas la garde de l'enfant devienne un "parent-gâteau", lorsqu'il peut avoir l'enfant pour deux ou trois jours; il devient alors parfois difficile, pour l'enfant, d'accepter les restrictions imposées par l'autre parent, ce qui risque aussi d'affecter les relations parents-enfant.

2.2.3 Conséquences sur l'enfant

Les conséquences de l'absence du père varient selon les circonstances dans lesquelles cela se produit. Le but du présent chapitre n'étant pas de faire une revue exhaustive de toutes les circonstances entourant la problématique de la monoparentalité, nous traiterons plus particulièrement des principales recherches entourant les cas de mères célibataires par choix et de celles qui le sont à la suite d'un divorce. Ces deux situations ont en effet connu une recrudescence depuis les dix ou quinze dernières années.

a) En général

On trouve de plus en plus d'évidences selon lesquelles une absence paternelle précoce est régulièrement associée à une hausse de la vulnérabilité de l'enfant face à une variété de problèmes psychologiques. Une recherche effectuée par Wallerstein et Kelly (1974, 1975, 1976, 1980; voir Biller, 1981)

a clairement démontré que le stade développemental est un facteur crucial pour déterminer le type de réaction que présentera l'enfant à la suite de la séparation du père. C'est pourquoi Wallerstein et Kelly (1980; voir Biller, 1981) soulignent l'importance pour l'enfant d'être en relation avec ses deux parents, ces derniers s'efforçant de développer des façons de coopérer pour mieux répondre aux besoins de l'enfant. Les auteurs ajoutent que même si un conflit est inévitable lors des premières rencontres, une relation avec un beau-père qui se montre compréhensif et intéressé à l'enfant apparaît bénéfique dans la majorité des cas.

Comme l'explique Ghislaine Picard-Mayer (1984), "c'est largement dans son environnement et par les interrelations avec les personnes qui l'entourent que l'enfant se développera et formera sa propre identité. Son équilibre affectif repose d'abord sur les adultes qui lui procurent sécurité et amour."

Entre huit et neuf mois, le bébé fait déjà la distinction entre les parents et les étrangers et peut alors être affecté de façon significative par le départ d'un de ses parents. Selon Picard-Mayer (1984), l'enfant risque de mettre beaucoup de temps avant de croire à nouveau dans la sécurité affective que l'adulte peut lui procurer. Alors, l'ambivalence qu'il ressent entre son besoin de sécurité et cette peur de la trahison marqueront ses comportements: certains se montreront agressifs, d'autres solitaires et rêveurs, tandis que d'autres se montreront dociles et aimants pour s'attirer l'affection dont ils ont été privés.

Comme le mentionne Gardener (1977), "le jeune enfant peut se sentir abandonné et craindre de perdre l'amour du parent qui en a la garde, comme ce dernier a été "abandonné" par le parent qui est parti." L'enfant peut alors se fabriquer une image idéalisée du parent absent, lui prêtant qualités et bons sentiments (Picard-Mayer, 1984)." Ce refus de la séparation s'applique autant à l'enfant dont le parent a quitté le foyer à la suite d'un divorce qu'à la suite d'un décès.

La qualité de l'attachement père-enfant constitue un important facteur dans le développement du rôle sexuel et de la personnalité de l'enfant. Le degré et la qualité de l'implication du père, même lors de la première année, a beaucoup d'influence sur le comportement de l'enfant (Biller, 1974 et Lamb, 1976; voir Biller, 1981). Une étude menée par Money et Ehrhardt (1972; voir Biller, 1981) indique qu'entre deux et trois ans il existe une période critique pour la formation de l'orientation sexuelle, puisque c'est le moment où le processus d'identification sexuelle se développe. Gardener (1977) ajoute que plus l'enfant est jeune au moment du départ, plus la durée de privation est longue, plus grands sont les risques de difficultés relationnelles avec l'autre sexe.

Du côté du développement cognitif, plusieurs études supportent l'hypothèse selon laquelle les enfants dont le père est absent, du moins en ce qui concerne ceux provenant de classes sociales inférieures, sont portés à moins bien réussir aux tests d'intelligence et d'aptitudes. Biller (1981) cite de nombreux auteurs pour confirmer cette hypothèse dont Blanchard et Biller (1971), Deutsch et Brown (1964), Lessing et al. (1970), Santrock (1972) et Hetherington, Cox et Cox (1978). De même, Shinn (1978; voir Papalia et Olds, 1983) a aussi observé que lorsque le père est absent du foyer ou ne s'intéresse pas à l'enfant, ce dernier réussit moins bien aux tests d'intelligence. L'enfant crée des liens affectifs très forts avec son père et il est plus affecté par son absence si elle entraîne un sentiment d'angoisse et d'abandon, comme dans le cas d'un décès ou d'un divorce.

Dans son étude, Santrock (1972; voir Biller, 1981) a étudié des enfants de niveau primaire provenant de classes sociales de niveau inférieur. Les enfants qui ont obtenu des résultats plus faibles étaient ceux qui avaient souffert d'une absence paternelle avant l'âge de 5 ans et plus particulièrement avant l'âge de deux ans.

On peut aussi observer des manifestations de régression, particulièrement chez les enfants de deux et trois ans (Wallerstein et Kelly, 1974, 1975, 1976; voir Biller, 1981), telles que mouiller son lit, être irritable et faire des crises de colère. Ceci est tout à fait courant et normal; il faut permettre à l'enfant de vivre certaines satisfactions dans la période suivant la séparation. Cependant, la persistance de ces manifestations est souvent le résultat du comportement des parents trop protecteurs qui tentent ainsi de "racheter la faute" de la séparation en satisfaisant les caprices de l'enfant.

b) Sur le développement du garçon

Plusieurs recherches citées par Zigler, Lamb et Child (1982) ont étudié les conséquences de l'absence du père sur le jeune garçon (Biller, 1976, 1981; Lamb, 1976; Shinn, 1978). On remarque d'abord que les garçons ont tendance à avoir des comportements moins masculins, à être hypo ou hyperagressifs et, à moyen terme, à moins bien réussir à l'école. Le moment où se produit le départ du père est aussi important: les effets sont plus probables de se produire si le père est absent durant les trois premières années de l'enfant. De plus, le père qui est psychologiquement absent (vit avec l'enfant mais a de rares interactions) produit qualitativement les mêmes effets sur l'enfant, mais à un degré moindre.

Pour démontrer les effets à long terme d'une absence paternelle précoce, citons la recherche de Blanchard et Biller (1970; voir Hetherington et Deur, 1971), lesquels ont étudié l'effet d'une absence paternelle avant l'âge de 5 ans, comparativement à une absence tardive ainsi que l'effet d'une disponibilité paternelle de moins de 6 heures/semaines, comparativement à une plus grande disponibilité. Les sujets étaient des garçons de troisième année scolaire. Les chercheurs ont conclu que les enfants dont le père était le plus disponible surpassaient ceux des trois autres groupes; de plus, les garçons dont l'absence paternelle était "précoce" ont été évalués comme réussissant moins bien que tous les autres enfants.

Au niveau des comportements observables, certaines études ont révélé que les garçons sont plus affectés que les filles par l'absence du père (Gauthier et al., 1982; voir Picard-Mayer, 1984). De plus, Gauthier et ses collaborateurs remarquent que plus l'absence survient tôt, plus le garçon sera atteint au niveau de son identité, ce qui peut se manifester par de l'agressivité et un comportement antisocial. Au sein des familles monoparentales, Ethier, Desmarais, Gervais et Bélanger (1984; voir Goupil et Comeau, 1986) relèvent eux aussi plus d'enfants agressifs.

Dans son étude, Mischel (1961; voir Hetherington et Deur, 1971) a remarqué que les garçons dont le père était absent démontraient plus d'impulsivité, avaient moins le contrôle d'eux-mêmes et supportaient moins un délai dans leur gratification des besoins que les garçons dont le père était présent.

Pour leur part, Hetherington et Deur (1972; voir Schell et Hall, 1980) ont observé des adolescents orphelins de père. Ils ont découvert que ceux qui l'avaient perdu avant l'âge de cinq ans, ne manifestaient pas ou peu les attitudes typiques de la masculinité telles que le goût pour les jeux violents, le désir de rivaliser, etc... Cependant, les garçons qui avaient perdu leur père après l'âge de cinq ans ne différaient pas de ceux qui l'avaient toujours eu. Ceci tend à démontrer que la carence paternelle a moins d'effets à mesure que l'enfant grandit; par contre, une autre étude menée par Hetherington (1972; voir Schell et Hall, 1980) a révélé que ces effets n'apparaissent pas avant la puberté, en ce qui concerne les filles.

A ce stade-ci, un éclaircissement s'impose: les rôles associés à la masculinité ont évolué depuis le temps où la majorité des études citées furent menées. Cependant, ce qu'il importe de retenir, c'est la comparaison qui a été faite entre les garçons dont le père était absent et ceux dont le père était présent, ce dernier groupe faisant office de groupe-contrôle.

Biller (1981) cite plus d'une dizaine d'auteurs qui sont d'avis qu'un des principaux effets de l'absence du père avant l'âge de quatre ou cinq ans se manifeste en termes de déficits ou d'anormalités dans le développement du rôle sexuel du garçon: Sears (1951), Santrock (1970), Biller (1978), Burton (1972), pour n'en nommer que quelques-uns. Cependant, Biller (1981) remarque que des frères plus âgés peuvent représenter des modèles masculins importants pour l'enfant; l'absence paternelle peut donc avoir un effet différent sur l'enfant, selon qu'il est unique ou entouré de frères avec qui les relations sont nombreuses et assez bonnes.

Cependant, dans sa recherche, Santrock (1970; voir Biller, 1981) a démontré que l'absence paternelle précoce n'entraîne pas des conséquences que sur le rôle sexuel, mais aussi sur d'autres caractéristiques de la personnalité de l'enfant. Ainsi, Santrock a étudié des garçons âgés d'une dizaine d'années, provenant de classes sociales de niveau inférieur. Les résultats révèlent que ceux ayant souffert d'une absence paternelle avant l'âge de deux ans étaient plus touchés sur une variété de dimensions psychologiques que ceux dont le père était parti lorsqu'ils étaient plus âgés.

c) Sur le développement de la fille

Hetherington (1972; voir Schell et hall, 1980), ainsi que quelques-uns des auteurs cités par Biller (1981; Lessing et al., 1970; Hetherington, Cox et Cox, 1978; Santrock, 1972; Walletstein et Kelly, 1980) ont démontré que les effets de la carence paternelle (absence ou faible disponibilité) chez les filles se manifestaient surtout à la puberté; le développement de la féminité et l'ajustement hétérosexuel sont les aspects les plus affectés.

Ainsi, les études ont rapporté que le comportement de filles d'âge préscolaire différait peu lorsque le père était absent ou présent; les différences émergeaient graduellement avec l'âge, pour devenir évidentes lors de la puberté. Les résultats suggèrent que les filles dont le père était absent n'ont pas eu l'opportunité d'acquérir les habiletés sociales nécessaires pour entretenir des interactions hétérosexuelles appropriées. Par exemple, selon Gauthier et ses collaborateurs (1982; voir Picard-Mayer, 1984), "les effets se manifesteraient plus tard, par des expériences sexuelles précoces et une plus grande dépendance face à la mère."

Pour leur part, Hetherington, Cox et Cox (1978; voir Biller, 1981) ont évalué l'impact de l'absence paternelle ou de la faible disponibilité du père suite au divorce sur le niveau cognitif et sur le rôle sexuel d'enfants de 5 et 6 ans. Ils ont observé que

deux ans après le divorce, les garçons étaient affectés sur ces deux aspects, tandis que les filles semblaient moins atteintes. Cependant, les chercheurs ajoutent que les différences individuelles relatives aux interactions mère-enfant lors de l'absence du père sont fortement associées au fonctionnement cognitif, ainsi qu'à l'ajustement personnel et social des enfants, deux ans après le divorce.

Lors d'une autre étude sur les effets de l'absence du père sur le développement des filles, Hetherington (1972; voir Zigler, Lamb et Child, 1982) ont remarqué que les adolescentes de divorcés sont anormalement précoces et hardies dans leurs interactions avec les garçons; celles dont le père est décédé sont anormalement timides et gênées avec les garçons.

Cependant, Schell et Hall (1980) signalent que la présence de soeurs aînées favorise le développement du rôle féminin chez les filles, tandis que celles qui n'ont que des frères aînés ont tendance à adopter des comportements de garçons. Ceci indique donc que les effets de l'absence du père peuvent être tempérés par certaines conditions telles la fratrie, une relation mère-enfant harmonieuse et d'autres. Il faut donc tenir compte des particularités de chaque situation d'absence paternelle.

2.2.4 Recommandations

Sans proposer de recettes miracles, Gardener (1977) expose certaines recommandations qui peuvent aider à prévenir les problèmes chez l'enfant, suite au divorce et qui se résument en peu de mots: informer l'enfant. Malgré son jeune âge, l'enfant perçoit très bien que quelque chose ne va pas, mais privé d'explications, il aura tendance à s'imaginer le pire. Sa confiance envers ses parents risque de diminuer au moment où il en a le plus besoin. Ainsi, les parents doivent rendre clair le fait que de ne plus s'aimer entre soi ne signifie aucunement ne plus aimer son enfant. On doit savoir se mettre au niveau des petits même s'ils ne comprennent pas très bien. Le fait de communiquer avec eux établit des rapports de confiance et évite les problèmes qui apparaissent lorsque les événements sont tenus secrets.

Un enfant de 2 ou 3 ans n'a pas de notion précise du temps et il ne sert à rien de l'avertir trop à l'avance. Par contre, il vaut mieux ne pas attendre le jour du départ pour l'avertir, car l'enfant n'aura pas eu le temps de s'habituer à l'idée du parent absent. Le moment qui convient le mieux est lorsque les parents ont définitivement décidé de se séparer. De plus, il est toujours préférable que l'annonce se fasse les deux ensemble, ce qui abaisse le sentiment d'insécurité de l'enfant.

Lors de l'annonce ou un peu plus tard, certains aspects sont aussi importants à toucher, toujours selon Gardner (1977). L'auteur mentionne entre autres:

- Expliquer à l'enfant que la séparation n'est pas de sa faute;
- Assurer à l'enfant qu'il ne souffrira pas de privations matérielles graves;
- Encourager l'enfant à exprimer ses sentiments, l'écouter, répondre à ses questions qui seront plus fréquentes s'il a entre 3 et 4 ans.

Enfin, dans toute situation de monoparentalité, il est préférable que l'enfant ait quelqu'un dans son entourage qui remplacera le parent absent. Dans ce sens, l'idée du mouvement des Grands Frères et des Grandes Soeurs est fort pertinente.

BIBLIOGRAPHIE

BILLER, Henry B. "Father absence, divorce, and personnality development", in M.E. Lamb (éd), The role of the father in child development, John Wiley et Sons, New-York, 1981, p. 489-552.

GARDENER, Richard A. Les enfants du divorce. Ramsay "Image", Paris, 1977, 269 pages.

GOUPIL, C., COMEAU, M. Les problèmes de comportement à la garderie. Université du Québec à Montréal; Dépt de psychologie, 1986.

HETHERINGTON, E.M., DEUR, J. "The effects of father absence on child development". Young children, vol. 26, 1971, p. 233-248.

PAPALIA, D.E., OLDS, SW. (1978). Human Development. McGraw-Hill, New-York; traduction française par Bélanger et Bélanger, Le développement de la personne, HRW, Montréal, 2e éd., 1983, 556 pages.

PICARD-MAYER, Ghislaine. "La monoparentalité". Psychologie préventive, no 6, 1984, p. 19-29.

SCHELL, R.E., HALL, E. (1971). Developmental Psychology To-day. Random House, New-York; traduction française par Chauveau, Clais et Gauthier, Psychologie génétique, éd. du Renouveau Pédagogique, Montréal, 1980, 484 pages.

TROWER et al. Social skills and mental health. Methuen et Co Ltd, London, 1978, 306 pages.

ZIGLER, E.F., LAMB, M.E., CHILD, I.L. Socialization and personality development. 2e éd., Oxford Univ. Press, New-York, 1982, 347 pages.

2.3 LA GROSSESSE A L'ADOLESCENCE -

Le but de ce chapitre n'est pas de couvrir de manière exhaustive quelles sont les causes de la grossesse à l'adolescence; il vise plutôt à étudier les conséquences d'une telle condition sur le développement de l'enfant. Nous avons fait ce choix dans le but de rendre ce texte plus concis et plus clair.

2.3.1 Aspects culturel et social

Selon le docteur Elsa Quiros de l'Hôpital de Montréal pour enfants (Desjardins, 1983), la grossesse chez l'adolescente n'est plus un problème médical, mais plutôt d'ordre social si important, qu'il considère que la grossesse à l'adolescence n'est jamais une réussite et qu'il faut tout faire pour l'éviter.

Certaines études ont démontré que pour une variété de raisons sociales, économiques et psychologiques, les adolescentes enceintes ont souvent une diète inadéquate. D'après Phipps-Yonas (1980) et Medrick, Baker et Sutton-Smith (1979; voir Papalia et Olds, 1983), les conséquences médicales d'une grossesse chez l'adolescente de 15 ans ou plus ont démontré que les risques de difficultés obstétriques disparaissaient lorsque l'adolescente avait reçu des soins prénataux satisfaisants. Les petits poids seraient donc plus une conséquence des conditions entourant une telle grossesse, qu'une conséquence de la grossesse elle-même. Dans ce sens, Garn et Petzold (1983) citent l'exemple du Pérou où la grossesse à l'adolescence (15-16 ans) fait partie des moeurs. Ces jeunes mères sont moins grandes (150 cm) que leurs semblables des Etats-Unis (160 cm), mais elles pèsent plus (60 kg) que les Américaines (54 Kg) et le poids du nouveau-né péruvien est d'environ 3 100 g, ce qui est considéré comme un poids optimal.

Des résultats semblent donc indiquer que la grossesse à l'adolescence n'est pas aussi néfaste qu'on ne le pense sur le nouveau-né; ceci s'applique probablement à son développement physique à la naissance, mais c'est quelques années plus tard que le développement de l'enfant semble compromis. A ce moment, ce sont des facteurs autres que biologiques qui entrent en jeu, les plus importants étant ceux de nature culturelle et sociale: notre société ne favorise pas ces grossesses et l'adolescente enceinte se retrouve différente de ses amies, souvent laissée à elle-même et n'a pas encore acquis la maturité psychologique nécessaire. Alors, elle doit vivre une accumulation de stress et doit se débrouiller pour fonctionner dans une société qui n'est pas faite pour elle et qui la rejette. De plus, "aucune facilité particulière de garderie, d'aide pour le perfectionnement sur le plan du travail, de facilité pour le retour aux études ne sont prévues pour elle (Potvin, 1977; voir Boucher, 1985)."

D'après Phipps-Yonas (1980), entre 50% et 60% des filles ne complétant pas leur secondaire étaient enceintes. Similairement, Furstenberg (1976; voir Papalia et Olds, 1983) relève que 50% de ces jeunes filles ont dû abandonner leurs cours, malgré le désir manifeste de poursuivre leurs études; ceci met nécessairement en jeu la nature de l'emploi et le montant du salaire qu'elles auront plus tard. Alors, souvent rejetée par sa famille, sans argent, sans emploi ou vivant dans un niveau économique à risque, c'est l'abondance de divers facteurs psychosociaux et économiques qui affecteront l'adolescente et par ricochet, son enfant.

2.3.2 Aspect maternel

Dans la littérature traitant de la grossesse à l'adolescence, on fait souvent référence à l'âge gynécologique (temps depuis la ménarche) au lieu de l'âge chronologique. Une étude a été menée par Garn et Petzold (1983) auprès de 11 464 mères adolescentes (13-19 ans), de leur progéniture et de 28 477 mères âgées entre 20 et 29 ans. Les adolescentes étaient plus petites et pesaient moins que les mères de 20-29 ans, étant cependant comparables à d'autres jeunes filles de leur âge. De plus, ces auteurs ont remarqué une augmentation de 20 g du poids placentaire, reliée à l'augmentation de l'âge des adolescentes. Il semble donc que le petit poids des nouveau-nés de ces mères soit plus attribuable à leur masse corporelle considérablement plus petite que dans le cas des mères plus âgées, qu'à leur jeune âge en soi.

Ainsi, selon Phipps-Yonas (1980), si on considère que le point critique est la maturité gynécologique, plutôt que l'âge chronologique, on peut conclure qu'il n'existe aucune évidence de risque biologique, ni pour la mère, ni pour le nouveau-né, associé à la grossesse chez une adolescente de plus de 15 ans. Avec des soins appropriés, l'adolescente de 15 ans est prête, médicalement parlant, à devenir mère. Ces auteurs citent Erkan et al. (1971) et Wong et Clark (1971) pour appuyer leurs dires.

Dans ses travaux, Boucher (1985) a remarqué que les mères adolescentes sont plus susceptibles à l'isolement social; elles se déplacent moins et s'impliquent plus rarement dans des activités sociales que d'autres mères mariées du même âge. En outre, elles ont peu de contacts amicaux avec le voisinage. Alors ce dont l'adolescente a le plus besoin durant sa grossesse, c'est de support. En effet, la majorité d'entre elles sont mal préparées intellectuellement et émotionnellement à leur nouveau rôle de mère et échouent lamentablement. Avoir un enfant est souvent idéalisé comme une source de valorisation de soi ou répond à un besoin d'aimer et d'être aimée, sans penser aux côtés astreignants et difficiles que comporte l'éducation de l'enfant.

Ainsi, suite à sa recherche auprès des mères adolescentes, Hélène Boucher (1985) est d'avis que "seules celles qui ont le soutien affectif d'un ou plusieurs adultes stables sont en mesure d'établir une relation mère-enfant compréhensive, chaleureuse et constante." L'auteure ajoute que rares sont les mères adolescentes qui bénéficient longtemps du soutien du père putatif.

Le manque de préparation et de soutien que l'on retrouve fréquemment chez ces jeunes mères se répercute sur les relations que ces dernières entretiennent avec leur enfant.

Comme le rapporte Sugar (voir Filion et Thébault, 1984), la relation et la compétence parentales sont souvent comprimées pour diverses raisons liées au jeune âge de la mère: dépression, maladie physique, narcissisme, l'anxiété et le perfectionnisme ou au contraire, le manque d'intérêt face à l'enfant. Phipps et Yonas (1980) citent des études qui ont démontré que les jeunes mères étaient moins préoccupées par leur enfant, le regardaient et lui parlaient moins que les mères de 20-26 ans (Appel et Rogston, 1971; Baldwin et Cain, 1980). Elles semblaient avoir une relation émotive moins proche avec leur enfant et offraient moins d'encouragement intellectuel.

De plus, Boucher (1985) note que les mères adolescentes avaient, pour la plupart, un apport alimentaire peu équilibré et déficient, même si elles avaient reçu de bons soins prénataux. Lors de sa recherche, Hélène Boucher (1985) a remarqué qu'il arrivait souvent que les jeunes mères offraient précocement à leur enfant des aliments solides, plutôt que d'augmenter la ration de lait, tel que préconisé actuellement par les pédiatres et les nutritionnistes. Elles avaient aussi tendance à remplacer le lait par des jus de fruit. Ceci corrobore les résultats des travaux de Kempe et Helfer (1980) qui rapportent que 30% des déficiences nutritionnelles remarquées chez des enfants négligés ont simplement leur base dans un manque de connaissance d'habitudes et d'attitudes des mères à l'égard d'une alimentation appropriée.

Au cours de la même recherche, Boucher a en outre remarqué que plusieurs mères adolescentes s'organisaient pour éviter de trop prendre leur enfant dans leurs bras, de peur de les gâter. À mesure que l'enfant vieillissait, il devenait parfois difficile pour les jeunes mères d'adopter des comportements constants envers ce dernier puisqu'elles se sentaient seules, fatiguées et incapables d'avoir du temps pour elles, sans tracas ni responsabilités. Boucher ajoute que les mères adolescentes fluctuent souvent entre l'amour et l'intolérance, la surprotection et l'indifférence dans leur relation avec leur enfant.

Leur ignorance quant aux phases normales du développement de l'enfant crée des attentes irréalistes et génère souvent des frustrations. Selon Filion et Thébault (1984), on trouve peu d'évidence dans la littérature d'un risque accru d'abus physique chez les enfants de ces mères. Il faudrait plutôt parler de négligence et de dommage psychologique qui se greffent à toutes les facettes de l'incompétence parentale et de l'immaturité de l'adolescente. Phipps-Yonas (1980) ajoute que cette dernière n'a souvent aucune conscience ou connaissance de l'importance de la stimulation intellectuelle, spécialement du langage.

2.3.3 Conséquences sur l'enfant

Des données du National Institute of Child Health and Human Development (Baldwin et Cain, 1980; voir Phipps-Yonas, 1980) indiquent que dans la population noire étudiée, les enfants d'adolescentes ont eu des résultats plus faibles aux tests de développement mental comparativement au groupe contrôle. De même, Sugar (voir Filion et Thébault, 1984) notent que les enfants d'adolescentes semblent défavorisés sur le plan développemental et comportemental: faiblesse du Q.I., difficulté d'adaptation scolaire et tendances aux troubles de comportement.

Cependant, sur le plan du développement mental, Oppel et Royston (1971; voir Phipps-Yonas, 1980) n'ont relevé aucune différence entre les enfants de mères de moins de 18 ans et ceux de mères plus âgées, si ce n'est que le dernier groupe serait plus susceptible de lire de façon plus précoce.

Quoique les avis sur les conséquences à moyen et à long terme au niveau du développement mental soient assez diversifiés, ceux concernant le niveau comportemental semblent se rejoindre. Ainsi, ces mêmes auteurs ont aussi trouvé que les enfants des mères de moins de 18 ans démontraient plus de problèmes comportementaux que le groupe contrôle, et qu'à l'âge de 10 ans, ils étaient plus dépendants et distraits. Marecik (voir Phipps-Yonas, 1980) obtient des résultats similaires en remarquant qu'à 7 ans, les enfants de mères adolescentes étaient plus hyperactifs, hostiles, résistants et impulsifs. Par contre, Dryfoos et Belmont (voir Phipps-Yonas, 1980) n'ont découvert aucune relation entre le comportement socio-émotif et l'âge de la mère. De plus, comme on a pu le constater précédemment, la relation mère-enfant n'est pas toujours adéquate, ce qui risque fortement d'affecter le développement affectif de l'enfant.

Lors de leurs recherches, Furstenberg et Killam, tous deux cités par Phipps-Yonas (1980) ont évalué l'influence de la présence d'une autre personne que la mère sur l'enfant. Ainsi, Furstenberg a observé que les enfants qui se faisaient garder par leur grand-mère pour la journée ou pour une plus longue période

performaient significativement mieux que ceux qui demeuraient à la maison avec leur jeune mère. Similairement, Killam signale que même si les enfants de mères de moins de 18 ans étaient évalués par leurs professeurs comme étant moins adaptés que les autres, cet effet négatif a été amélioré par la présence du père ou de la grand-mère à la maison. Ceci démontre donc que la différence, notamment au point de vue du comportement, reflète plus probablement les corollaires sociaux reliés à la parentalité à l'adolescence.

Il est à noter que ces constatations suggèrent d'intéressantes pistes d'interventions auprès des mères adolescentes.

2.3.4 Recommandations

Ce dont l'adolescente a le principalement besoin, c'est d'information, de suivi et de support.

Comme il a aussi été relevé lors d'autres lectures, les cours prénataux seuls ne suffisent pas. La jeune mère nécessite un certain suivi, de la compréhension, du soutien affectif et moral, ainsi que de l'encouragement. Ceci devient particulièrement évident lorsque d'autres facteurs de risque s'ajoutent tels que: pauvreté, isolement, faible scolarité, chômage.

BIBLIOGRAPHIE

BOUCHER, Hélène. "La mère adolescente chef de famille; une vie de solitude et de dépendance". L'infirmière canadienne, vol. 27, no 1, janvier 1985, p. 32-37.

DESJARDINS, Marion. "Grossesse chez les adolescentes; un problème qui n'est plus médical". Courrier médical, 2 août 1983.

FILION, G., THEBAULT, M. Grossesse et adolescence; revue de littérature et éléments de problématique. DSC-CH St-Luc, octobre 1984, p. 31-48.

GARN, S.M., PETZOLD, A.S., "Characteristics of mother and child in teenage pregnancy". American Journal of Disease Child, vol. 137, 1983, p. 365-368.

PAPALIA, D.E., OLDS, S.W. (1978). Human development. Mc-Graw Hill, New-York; traduction française par Bélanger et Bélanger, Le développement de la personne, HRW, Montréal, 2e éd., 1983.

PHIPPS-YONAS, S. "Teenage pregnancy and motherhood: a review of the litterature". American Journal of Orthopsych., vol. 50, 1980, p. 403-431.

THIBAULT, L., MINVILLE, H. Eléments préliminaires pour une planification en Famille-Enfance. DSC-Hôtel-Dieu, St-Jérôme et DSC-CHRDL, Joliette, 1985.

2.4 LE TEMPERAMENT DE L'ENFANT

Le tempérament est défini par Michel Maziade (1985) comme étant: "un style réactionnel inné, apparaissant vers l'âge de trois mois, constamment en interaction avec l'environnement et présentant une continuité dans le temps." Les neufs traits de tempérament conceptualisés par Thomas et Chess (1977; voir Maziade, 1985) sont: l'activité, la "rhythmicité" des fonctions physiologiques, l'adaptabilité, la réaction "d'approche ou de retrait" en face de nouveaux stimuli, le seuil de sensibilité, l'intensité des réactions émotionnelles, l'humeur générale, la distractibilité, la persistance. Il faut toutefois être prudent dans l'utilisation d'un concept tel que le tempérament, l'enfant en interaction avec son environnement étant en constante évolution. Il faut aussi savoir tenir compte des facteurs intrapsychiques en jeu, selon le stade.

Pour ce qui est du tempérament considéré comme facteur de risque, les données empiriques s'accumulent (Thomas et Chess, 1977; Maziade et al., 1984; Cameron, 1978; Graham et al., 1973; voir Maziade, 1985). Maziade (1985) signale que 27% des enfants qui consultent à l'Hôtel-Dieu du Sacré-Coeur de Québec présentent un tempérament évalué "difficile", comparativement à 8% parmi la population générale. Ceci indique, selon le chercheur, une association entre le tempérament et les troubles cliniques, sans qu'il y ait une équivalence entre les troubles cliniques et un tempérament "difficile".

De plus, d'après Maziade (1985), des données suggèrent aussi que le tempérament est un facteur rendant les garçons plus vulnérables que les filles aux stress psychosociaux. Cependant, l'auteur apporte certaines réserves quant à l'utilisation du concept de tempérament à grande échelle dans un programme de prévention primaire. Selon Maziade, la force réelle quantitative de la valeur prédictive du tempérament "difficile" et son interaction avec les autres facteurs de risque est encore à mesurer dans la population générale.

Le tempérament de l'enfant, surtout s'il est difficile, peut amener la relation parents-enfant à se détériorer, causant des répercussions néfastes sur le développement de l'enfant. Thomas et Chess (1963; voir Jeliu, 1979) ont établi que l'enfant difficile est irritable, crie souvent, est difficile à consoler, est irrégulier dans ses rythmes biologiques et est peu intéressé par l'expérimentation de situations nouvelles.

De son côté, Katerina Haka-Ikse (1986) suggère qu'un tempérament difficile ne cause généralement pas de problèmes, sauf si les parents démontrent trop de tension ou de colère ou si l'enfant ressent trop d'anxiété ou de sollicitation. Dans ce sens, Haka-Ikse (1986) et Papalia et Olds (1983) mentionnent que l'identification du tempérament de base permet aux parents

d'adapter leurs soins au caractère de l'enfant pour qu'ils puissent l'aider à vivre avec les limites que lui impose son tempérament. Papalia et Olds (1983) ajoutent que la prise de conscience de ce tempérament de base atténue le sentiment de toute-puissance des parents qui les porte à croire qu'ils sont les uniques responsables du moule dans lequel il sera coulé. Il importe donc, avant toute chose, d'être à l'écoute des besoins et des réactions de l'enfant et de sensibiliser les parents à une telle attitude.

De plus, ajoutons qu'un enfant peut être plus lent que la majorité à acquérir certaines habiletés ou à répondre aux stimulations du milieu, sans qu'il ne soit nécessairement question de problèmes. Cet enfant a seulement besoin d'un peu plus de temps et peut-être aussi de support, selon le cas.

BIBLIOGRAPHIE

Haka-Ikse, Katerina. "Management of common behavioral difficulties in children". Pediatric Medicine, vol. 1, été 1986.

JELIU, Gloria. "Facteurs de vulnérabilité et prévention psychosociale en pédiatrie". L'Union médicale du Canada, vol. 108, no 11, novembre 1979, p. 1273-1283.

MAZIADE, Michel. Etudes sur le tempérament: contribution à l'étude des facteurs de risque psychosociaux de l'enfant. Division de Recherche de l'Hôtel-Dieu du Sacré-Coeur, Québec, 1985, 40 pages.

PAPALIA, D.E., OLDS, S.W. (1978). Human development. Mc-Graw Hill, New-York; traduction française par Bélanger et Bélanger. Le développement de la personne, HRW, Montréal, 2e éd., 1983, 556 pages.

2.5 LE PETIT POIDS A ET LA PREMATURITE

Aujourd'hui, on distingue l'enfant de petit poids de celui né prématurément. Le poids optimal pour un meilleur développement physique et mental chez l'enfant est de 3 000 - 4 500 g. De l'autre côté, on considère qu'un enfant est prématuré s'il vient au monde avant la 37e semaine de gestation, à partir de la première journée de la dernière menstruation.

Un enfant prématuré ou un enfant de petit poids n'est pas nécessairement à risque sur le plan biologique en soi.

Papalia et Olds (1983) soutiennent que plusieurs enfants prématurés comblent le retard pris dans leur développement en vieillissant. Ces auteurs citent une étude menée par Taub, Goldstein et Caputo (1977) qui ont comparé 38 enfants âgés entre 7 ans et 9 ans et demi qui étaient nés prématurés, à un groupe témoin de 26 enfants nés à terme; ils ne trouvèrent aucune différence importante dans le quotient d'intelligence verbale, ni dans le fonctionnement scolaire et social entre les deux groupes.

Toutefois, sur le plan psychique et du développement psychosocial, le prématuré et l'enfant de petit poids sont considérés comme des enfants à haut risque par des auteurs traitant de la dynamique du nourrisson.

Dans le Document en Famille-Enfance de Thibault et Minville (1985) et dans le texte de Nicole April (1984), on retrouve des causes multiples sous-jacentes aux petits poids et à la prématurité. Ainsi, on a tendance à retrouver des petits poids parmi les premiers-nés ou chez les enfants nés au cinquième rang et plus. Du côté de la mère, son âge, sa taille et sa tension artérielle, ses habitudes alimentaires, le fait qu'elle consomme la cigarette, de l'alcool ou de la drogue, ainsi que l'espacement des naissances et leur nombre représentent d'autres facteurs de risque. Notons que la relation avec la grossesse à l'adolescence sera traitée lors du chapitre suivant.

De plus, selon April (1984), un niveau socio-économique inférieur pourrait être le principal facteur de risque puisqu'il est relié à la qualité de la nutrition, de l'environnement physique et social de la famille et souvent aussi au niveau d'éducation des parents.

A cause des soins que de tels bébés nécessitent, la relation parents-enfant peut certainement être affectée, entraînant des conséquences néfastes, comme il a été expliqué lors d'un chapitre précédent.

Brazelton (Brazelton et al., 1982) cite l'étude de Field (1979) mettant en évidence chez les prématurés et leur mère ce que Field appelle des "déficits interactionnels"; ceci explique le fait que plusieurs auteurs qualifient le prématuré d'enfant à haut risque. Ce qui est assez typique du prématuré est qu'il est beaucoup moins ouvert socialement à ses parents que l'enfant mature (Di Vitto et Goldbert, 1978; voir Brazelton et al., 1982). Il est relativement peu réactif à des stimuli auditifs et visuels, il a tendance à détourner le regard et à s'agiter; parallèlement, on retrouve généralement une mère hyperactive, probablement sur un certain mode compensatoire.

Généralement, selon Brazelton et ses collègues (1982), nous ne voyons que les effets très tardifs de ce genre d'interaction lorsque l'enfant prématuré a atteint 8 ou 9 ans et est référé pour des troubles d'écriture, d'apprentissage, de caractère ou autres. Ainsi, d'après Klein et Stern (1971), April (1984) et Thibault et Minville (1985), un petit poids ou la prématurité risque de résulter en trouble de l'activité, du langage, de la motricité, en difficulté d'apprentissage à la lecture ou d'adaptation sociale. Notons que les facteurs explicatifs seront élaborés lors des chapitres respectifs.

Lorsque le bébé doit prolonger son séjour à l'hôpital après le départ de sa mère, l'adaptation ultérieure des parents est souvent plus difficile. Ainsi, Barrett et Williams (1972; voir Papalia et Olds, 1983) ont découvert des différences dans le comportement maternel entre les mères de bébés nés à terme et celles de bébés prématurés; ces différences se manifestaient immédiatement avant le départ de l'hôpital et pouvaient durer jusqu'à quatre semaines.

La perturbation infligée à la relation mère-enfant du fait des pratiques hospitalières face aux prématurés est discutée par Klaus et Kennel (1976) et par Minde (1980).

Dans leurs travaux, Klaus et Kennel (1975; voir Brazelton et al., 1982) ont tenté de démontrer qu'il existe, dans un laps de temps qui suit de très près la naissance, une période sensible et critique pour le développement d'une interaction saine et d'un attachement entre la mère et l'enfant. Pour ce faire, il se sont entre autres basés sur des statistiques reconnues afin de montrer notamment qu'un grand pourcentage d'enfants battus sont d'anciens prématurés. Pour ces auteurs, c'est là essentiellement la séquelle de cette séparation précoce due à la prématurité qui aurait interféré avec le développement de la relation mère-enfant précoce.

De plus, Klein et Stern (1971) ont clairement démontré le risque d'abus et de négligence envers ces enfants qui demandent des soins supplémentaires. Cet aspect sera plus approfondi lors du chapitre traitant de l'enfance maltraitée.

Comme il a été démontré, les problématiques du petit poids et de la prématurité sont extrêmement complexes puisqu'elles ont plusieurs sources et des conséquences diverses selon les situations. C'est pourquoi plusieurs études menées par des néonatalogues proposent des méthodes systématiques de support et d'éducation à l'endroit des parents ayant des enfants à haut risque, principalement prématurés (Bromwich et Parmelee, 1979; voir Brazelton et al., 1982).

BIBLIOGRAPHIE

APRIL, Nicole. Relation entre le petit poids de naissance et les problèmes d'apprentissage scolaire. DSC-CHRR, Rimouski, avril 1984.

BRAZELTON, T.B., CRAMER, B., KREISLER, L., SCHAPEE, R., SOULE, M. La dynamique du nourrisson. 2e éd., Paris, Editions ESF, 1982, 175 pages.

KLAUS, M., KENNEL, J. Maternal Infant bonding. Mosby, St-Louis, 1976.

KLEIN, M., STERN, L. "Lowbirth weight and the battered child syndrome". Am. J. Dis. Child., vol. 122, 1971, p. 15.

MINDE, K. "Bonding of mothers to premature infants: theory and practice", in Taylor, Grune and Stratton (éd), Parent-infant relationships, 1980.

PAPALIA, D.E., OLDS, S.W. (1978). Human Development. McGraw-Hill, New-York; traduction française par Bélanger et Bélanger, Le développement de la personne, HRW, Montréal, 2e éd., 1983, 556 pages.

THIBAULT, L., MINVILLE, H. Eléments préliminaires pour une planification en Famille-Enfance. DSC-Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme et DSC-CHRDL, Joliette, 1985.

2.6 LES CONDITIONS PERINATALES DEFICIENTES

2.6.1 L'environnement inadéquat

Les variables reliées au statut périnatal sont considérées comme affectant le développement ultérieur de l'enfant; des relations quoique modestes ont été observées entre ces variables et un faible niveau de développement cognitif ou moteur (Smith et al., 1972; Werner et al., 1971; voir Bee et al., 1982). Cependant, les effets de certaines conditions périnatales semblent être influencés par la qualité de l'environnement physique et social où se trouve l'enfant (Willerman, Broman et Fiedler, 1970; voir Bee et al., 1982). Ainsi, Yarrow et ses collègues (1972; voir Bee et al., 1982) a déjà démontré que la quantité de stimulation prodiguée à l'enfant est un important prédicteur de son développement cognitif.

Bee et al. (1982) citent plusieurs auteurs qui ont étudié divers facteurs environnementaux susceptibles d'influencer le développement de l'enfant, lesquels sont: le style d'interaction parents-enfant, la perception que les parents ont de leur enfant quand ils le comparent aux autres, les conditions familiales telles que la quantité et la nature des stress vécus, ainsi que le support émotionnel disponible pour la famille. Suite à ces études, Bee et al. (1982) ont effectué une recherche pour conclure que, comparativement à l'information relative à l'environnement de l'enfant, les mesures du statut périnatal ne sont pas tellement utiles pour prédire le fonctionnement ultérieur de l'enfant, sauf si les mauvaises conditions périnatales sont extrêmes.

2.6.2 La malnutrition

D'après Larose, Brissette et Robitaille (1983) "la malnutrition demeure l'une des causes essentielles de l'immortalité et de la morbidité périnatales dans le monde". Il en résulte un retard de croissance intra-utérine qui est particulièrement néfaste si la malnutrition survient entre la trenté-deuxième semaine et les six premiers mois de gestation. Heureusement, les méfaits biologiques d'une carence nutritionnelle peuvent facilement être corrigés par une alimentation adéquate. Dans notre société, étant donné les programmes existants, les cas graves de malnutrition sont moins fréquents; nos enfants sont plutôt sujets à certaines carences spécifiques ou à un équilibre alimentaire déficient. Selon Réjean Tessier (1981), une carence en vitamines et protéines peut entraîner des troubles d'apprentissage et un retard mental; une carence en magnésium et en calcium peut résulter en troubles de croissance, d'apprentissage et de comportement et en troubles émotifs chez l'enfant.

2.6.3 Le tabagisme

Le tabagisme est l'un des facteurs de risque les plus répandus. Selon Larose, Brissette et Robitaille (1983), "le tabagisme durant la grossesse réduit le poids (de 150 à 200 mg), la longueur et la taille des nouveau-nés; augmente le risque de mortalité néonatale lorsque la femme fume jusqu'à un paquet de cigarettes par jour; accroît la probabilité des saignements, d'anémie et des risques d'avortements (plus de 20%)."

Ces observations sont partagées par Fabia (1973; voir Papalia et Olds, 1983). Cependant, d'après Butler et al. (1972; voir Papalia et Olds, 1983), ces complications peuvent être évitées si la femme cesse de fumer avant le quatrième mois. Par ailleurs, Larose et ses collaborateurs (1983) ajoutent que "des problèmes neurologiques et des atteintes des fonctions cognitives, tels que l'apprentissage de la lecture et des mathématiques, ainsi que du comportement, telle que l'hyperactivité, ont été associés au tabagisme de la mère durant la grossesse, dans certains cas." Larose et ses collègues citent quelques auteurs pour appuyer leurs observations (Abel, 1980; Witter et King, 1980; Meyer, 1982; Martin, 1982).

2.6.4 L'alcoolisme

D'après Hanson et ses collègues (1978; voir Papalia et Olds, 1983), une consommation d'alcool, même modérée et particulièrement au début de la grossesse peut affecter le foetus.

En 1973, Jones, Smith et Ulleland (voir Papalia et Olds, 1983) ont identifié le "syndrome d'intoxication alcoolique du foetus" qui se manifeste par un mauvais fonctionnement du système nerveux central, un retard de croissance et du développement moteur, des anomalies au niveau du visage, une intelligence inférieure à la moyenne et des malformations variées. Selon Corrigan (1976; voir Papalia et Olds, 1983) ainsi que Sokol et Finnegan (1981, 1981; voir Larose, Brissette et Robitaille, 1983), malgré la rareté de ce syndrome, une forte consommation d'alcool constitue un important facteur de risque, le tiers des femmes alcooliques chroniques mettant au monde des enfants atteints de ce syndrome.

Il est également possible que l'alcoolisme du père ait un effet nocif sur le foetus, mais ceci reste à investiguer (Carrignan, 1976; voir Papalia et Olds, 1983).

2.6.5 La drogue

Les études portant sur les effets de la consommation de la marijuana et de l'acide lisergique diéthylamide (LSD) sur le développement du foetus ne sont pas concluantes (Berlin, 1969 et Jacobson et Berlin, 1972; voir Papalia et Olds, 1983). Par contre, les femmes qui s'adonnent à la morphine, à l'héroïne et à la codéine sont susceptibles d'avoir des bébés prématurés. Lelson et Green (1977; voir Larose, Brissette et Robitaille, 1983) expliquent que ces drogues, comme l'alcool, traversent le placenta et rejoignent le foetus pour s'accumuler préférentiellement dans le cerveau. Alors, les bébés deviennent dépendants de ces drogues dans l'utérus, manifestent des symptômes de manque à la naissance (Cobrinik et al., 1959 et Henry et Fitch, 1966; voir Papalia et Olds, 1983) et la cure de désintoxication est souvent difficile.

Dans leur article, Larose, Brissette et Robitaille (1983) font des observations similaires. Ces auteurs ajoutent que "les conséquences sur le développement sont multiples, d'autant plus que la femme héroïnomane a peu de souci pour une saine alimentation, qu'elle a un sommeil déséquilibré et néglige tout soin périnatal".

D'autres études effectuées par Starr et Ostrea, ainsi que Wilson et al. (1975, 1979; voir Papalia et Olds, 1983) ont démontré que les bébés souffrant de dépendance aux drogues sont moins éveillés et réagissent moins aux stimuli visuels et auditifs que les bébés normaux. De plus, ils pleurent beaucoup, sont irritables et leurs parents ont de la difficulté à établir des liens satisfaisants avec eux; ces enfants ayant moins de contacts avec leurs parents, ceci peut également influencer leur développement. C'est pourquoi ces auteurs concluent qu'un enfant exposé "in utero" aux drogues doit être considéré comme plus vulnérable aux conditions peu propices de son milieu.

2.6.6 Recommandations

La connaissance quant aux effets néfastes des substances toxiques durant la grossesse est plus répandue qu'autrefois; c'est en assurant une continuité au niveau de cette sensibilisation auprès de la population en général qu'on peut le mieux prévenir les situations à risque.

Le dépistage d'une famille que l'on soupçonne être à risque doit obligatoirement être suivi d'un programme d'information et d'éducation, afin de s'assurer du bien-fondé d'une intervention précoce.

Quand il est question d'autres thèmes, les futures mères sont toutefois moins bien informées et c'est ainsi que l'aspect qualitatif de la nutrition ou des soins pré et postnatals laisse parfois à désirer. C'est donc vers l'information quant à une meilleure qualité de vie que les interventions devraient s'orienter.

BIBLIOGRAPHIE

BEE, H.L. et al. "Prediction of IQ and language skill from perinatal status, child performance, family characteristics and mother-infant interaction". Child development, vol. 53, 1982, p. 1134-1156.

LAROSE, J., BRISSETTE, Y., ROBITAILLE, A.M. "La vie prénatale: prédispositions et vulnérabilité". Psychologie préventive, no 3, 1983, p. 7-25.

PAPALIA, D.E., OLDS, S.W., (1978). Human Development. McGraw-Hill, New-York; traduction française par Bélanger et Bélanger, Le développement de la personne, HRW, Montréal, 2e éd., 1983, 556 pages.

3.0 TROUBLES DE COMPORTEMENT

Avant de passer à la lecture des chapitres suivants qui traitent des troubles de développement de l'enfant âgé de moins de 5 ans, il est recommandé, si ce n'est déjà fait, de lire le premier chapitre concernant "le développement normal de l'enfant"; ceci s'avère être une démarche indispensable pour une meilleure compréhension des concepts à l'étude.

INTRODUCTION

Il importe de préciser qu'un trouble de comportement quel qu'il soit (hyperactivité, agressivité, retrait social) peut être considéré soit comme un problème en soi, ou comme le symptôme d'une autre difficulté ou d'un conflit intrapsychique chez l'enfant. Ainsi, un trouble de comportement peut servir à décharger le surplus d'énergie engendré par un stress intérieur. En ce sens, le symptôme peut être sain puisqu'il agit en tant que protecteur et empêche l'enfant de tomber dans une pathologie plus grave.

Comme le souligne Maziade (1985) "les troubles du comportement de l'enfant d'âge préscolaire ne sont pas transitoires mais sont un important facteur de prédiction des troubles du comportement de l'enfant plus âgé, de l'adolescent et parfois de l'adulte (Richman et Graham, 1980; Werner, 1977; voir Maziade, 1985)."

Ainsi, Richman (1982; voir Maziade, 1985) a mené une étude qui a montré que 61% des enfants qui présentaient un trouble clinique à 3 ans présentaient encore des problèmes à 8 ans; même les troubles cliniques considérés comme légers à 3 ans augmentaient le risque de troubles cliniques à un âge plus avancé.

Maziade (1985) ajoute qu'en effet "la qualité des troubles cliniques en bas âge donne également des éléments de continuité. Une différentiation de la symptomatologie que l'on a souvent reproduite et que l'on retrouve transculturellement, est la séparation entre les symptômes "in" (ou émotionnels ou névrotiques) et les symptômes "out" (ou passage à l'acte ou antisocial, opposition, activité)."

Ces données suggèrent fortement que les troubles cliniques de l'enfant sont un prédicteur de certains troubles cliniques ultérieurs et qu'il existe même un degré de continuité dans la qualité des symptômes.

3.1 L'HYPERACTIVITE

3.1.1 Définitions

a) Problèmes de définition

Notons d'abord que pour diagnostiquer l'hyperactivité, on ne doit déceler aucune lésion cérébrale à l'examen neurologique conventionnel ou autres troubles neurologiques psychiatriques d'importance. De plus, l'enfant hyperactif est habituellement d'intelligence moyenne ou supérieure; l'instabilité chez les déficients mentaux ne peut être approchée de la même façon du point de vue du diagnostic et du traitement. Enfin, signalons que l'hyperactivité est 10 fois supérieure chez les garçons que chez les filles.

Les débats entourant la terminologie et l'étiologie de l'hyperactivité sont parfois très vifs (Lahey et al., 1980; Sankbert et al., 1980; voir Campbell et Cluss, 1982).

D'après Campbell et Cluss (1982), Douglas (1980) suggéreraient que des déficits dans trois niveaux du processus d'auto-régulation sont sous-jacents à l'hyperactivité. Il s'agit de l'incapacité à maintenir l'attention; d'un déficit dans le contrôle inhibiteur des réponses impulsives; d'une difficulté dans la modulation du niveau d'éveil pour répondre aux demandes et stimulations de l'environnement.

Dans Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM III), un manuel publié par l'Association américaine des psychiatres (APA, 1980), on retrouve une catégorie appelée "Trouble de déficit d'attention avec hyperactivité". L'enfant souffrant de ce "trouble" y est décrit comme démontrant, selon son âge mental et chronologique, des signes d'inattention développementalement inappropriés, de l'impulsivité et de l'hyperactivité, laquelle consiste en une activité motrice exagérée qui tend à être peu organisée, non dirigée vers un but et accomplie au hasard. Ce "trouble" peut apparaître entre 3 et 7 ans. Campbell et Barkley (1976, 1981; voir Campbell et Cluss, 1982) ajoutent que même si ces problèmes de comportement ont surtout été étudiés auprès d'enfants d'âge scolaire, les symptômes de l'hyperactivité semblent apparaître dès 2 ans et demi - 3 ans.

Certains critères sont énumérés dans le DSM III pour diagnostiquer ce "trouble", mais ils s'appliquent mieux pour un enfant de plus de 5 ans; en effet, plusieurs d'entre eux font référence à des tâches ou des aptitudes scolaires. De plus, parler de "trouble de déficit d'attention avec hyperactivité" pour définir

l'hyperactivité peut prêter à confusion: en étudiant les critères du DSM III, on s'aperçoit que ceux qui s'appliquent à ce qui y est appelé hyperactivité correspondent en fait aux critères que d'autres auteurs emploient pour définir l'hyperkinétisme, une caractéristique de l'hyperactivité.

Lorsqu'on examine les définitions de "déficit d'attention" utilisées par divers auteurs, il devient évident qu'il règne beaucoup de confusion et de désaccord au sujet de la nature exacte du déficit attribué à l'enfant hyperactif. Pour compliquer la situation, les déficits d'attention ont aussi été étudiés en tant que symptômes que présentent les enfants diagnostiqués comme ayant des troubles d'apprentissage; ce diagnostic a longtemps été utilisé comme synonyme d'hyperactivité (Douglas et Peters, 1979).

Douglas (Douglas et Peters, 1979) considère l'impulsivité, l'hyperactivité et l'incapacité de maintenir l'attention comme étant des aspects étroitement reliés d'un même problème déterminé de façon constitutionnelle.

Des termes tels que dysfonction cérébrale mineure, trouble d'apprentissage et hyperactivité sont fréquemment utilisés de façon vague et interchangeable (Douglas et Peters, 1979). Ces mêmes auteurs ajoutent que si on considère que les problèmes d'attention et d'impulsivité accompagnent habituellement l'hyperactivité et sont donc plus critiques qu'un comportement hyperactif (hyperkinétisme), alors des classifications telles que "trouble d'attention-impulsivité" ou alors "trouble d'attention-impulsivité-hyperactivité" seraient plus appropriées. Ceci pourrait aider à faire une distinction plus nette entre un comportement hyperactif qu'on retrouve comme symptôme d'un autre trouble et l'hyperactivité qui constitue un trouble en soi.

Heureusement, nous avons trouvé un auteur qui présente une définition intéressante et claire de l'hyperactivité. Il s'agit de Jacques Thiffault (1982) qui établit une importante distinction entre deux types d'hyperactivité dont les sources diffèrent et qui nécessitent des modes d'intervention respectivement appropriés: "l'hyperactivité constitutionnelle avec déficit moteur" et "l'hyperactivité socio-affective sans déficit moteur". Nous avons décidé d'accorder plus d'importance aux définitions de Thiffault, puisque son approche semble plus globalisante et plus accessible; ceci facilite la compréhension, ainsi que la recherche de cibles d'intervention.

b) Hyperactivité constitutionnelle

Cette forme d'hyperactivité est particulièrement caractérisée par la présence de difficultés évidentes dans la réalisation motrice et spatio-temporelle, ce qui nécessite un bilan précis au niveau psychomoteur. Les particularités de ce trouble sont:

- 1- Maladresse des mouvements volontaires;
- 2- Difficulté de dissociation et de coordination;
- 3- Difficulté d'orientation et de structuration spatio-temporelles;
- 4- Incapacité d'attention soutenue particulièrement constante;
- 5- Paratonie qui se manifeste par l'impossibilité à relâcher un muscle; à la place, s'installe une contracture d'autant plus irréductible que l'enfant fait d'efforts pour la vaincre. C'est habituellement entre 2 et 3 ans qu'on situe la capacité de décontracter suffisamment l'ensemble de la musculature;
- 6- Hyperkinétisme caractérisé par des décharges constantes et d'apparition précoce;
- 7- Impulsivité qui se manifeste à l'état pur et ne semble pas vouloir quitter son caractère automatique et explosif;
- 8- L'excitabilité est excessive et le moindre incident suffit à détourner le cours de sa pensée.

Toujours selon Thiffault, l'origine de ce problème serait de nature endogène, c.-à-d. organique. Dans ce sens, il souligne qu'il existe une ressemblance frappante entre cette forme d'hyperactivité et ce qu'on appelait autrefois le syndrome de dysfonction cérébrale mineure. L'apparition très hâtive dans la vie de la plupart des symptômes porte à croire à l'existence intra-utérine, sinon néonatale d'une perturbation légère du système nerveux central.

D'ailleurs, la définition d'une dysfonction cérébrale mineure donnée par Fanning et Cevasco (1977; voir Lane, 1980) tend à appuyer cette constatation, puisque les caractéristiques d'une dysfonction cérébrale mineure, qui touche environ 5% de la population, rejoignent étroitement la définition de l'hyperactivité constitutionnelle de Thiffault (1982). Ces caractéristiques énumérées par Fanning et Cevasco sont:

- déficit spécifique d'apprentissage;
- déficit perceptuel moteur;
- déficit de coordination générale;
- hyperkinétisme;
- impulsivité;
- distractibilité;

- électro-encéphalogramme (EEG) anormal ou sur la limite;
- troubles neurologiques mineurs.

Pour leur part, Douglas et Peters (1979) préfèrent parler de trouble d'apprentissage (learning disability), plutôt que de dysfonction cérébrale mineure. Ils ont décidé d'éliminer cette dernière classification en se basant sur des études qui ont démontré des faiblesses quant à la validité et à l'utilité d'une telle classification (Campbell, 1976; Ross, 1976; Stine et al., 1975; voir Douglas et Peters, 1979).

Ces mêmes chercheurs notent que plusieurs auteurs ont attribué aux enfants souffrant de trouble d'apprentissage quelques caractéristiques qu'on attribue aussi aux hyperactifs. Cependant, ils signalent que dans le cas des troubles d'apprentissage, bien qu'une généralisation soit possible, l'impulsivité, la distractibilité et l'agitation de ces enfants sont plutôt limitées à des tâches ou à des situations impliquant leurs habiletés déficientes. Selon Douglas et Peters (1979), il existe considérablement d'évidences démontrant que les symptômes de l'enfant hyperactif ont des conséquences plus étendues. Bien entendu, un enfant peut présenter un trouble d'apprendre et être hyperactif; cependant, il est important de porter un jugement différentiel concernant chacune de ces classifications.

En distinguant deux types d'hyperactivité, Thiffault semble avoir apporté la solution à ce problème.

c) Hyperactivité socio-affective

L'hyperactivité socio-affective sans déficit moteur est une réaction défensive, habituellement inconsciente, pour contrer l'anxiété provoquée en grande partie par des désorganisations psychosociales au niveau familial et/ou scolaire. L'enfant utilise donc un mécanisme d'évasion de manière excessive. On y retrouve de façon chronique l'hyperkinétisme, la distractibilité, l'impulsivité et une certaine forme d'excitabilité chez un enfant par ailleurs normal sur le plan moteur et intellectuel.

Les particularités de ce problème sont:

- 1- Distractibilité où l'enfant fuit la réalité dans une frénésie de gestes plus ou moins significatifs ou dans une rêverie profonde. On parle d'une double source de distractibilité: c'est parce qu'il veut se distraire d'une anxiété intolérable (cause) que l'enfant devient hyperactif (conséquence).
- 2- L'hyperkinétisme est circonstanciel et son apparition est brusque, exagérée et inconstante (irrégulière). La persistance et la réapparition de ce type de comportement

frénétique et désorganisant dépend alors de la proximité physique ou imaginaire de la situation socio-affective ou de la personne à la source du déclenchement du problème.

3- L'impulsivité est acquise, habituellement transmise par des parents souffrant eux-mêmes d'immaturité, et est le résultat d'une déviation affective ou éducative. Les résultats obtenus par Cohen ainsi que par Firestone et Douglas (1970, 1975; voir Douglas et Peters, 1979) suggèrent qu'une fois que l'enfant hyperactif a commencé à répondre à une stimulation, il a plus de difficulté que l'enfant normal d'inhiber une réaction prématuée ou répétitive.

De plus, lors d'une étude, Parry (1973; voir Douglas et Peters, 1979) a démontré que l'enfant hyperactif présente une sérieuse incapacité à surmonter des situations frustrantes, il est alors plus porté à réagir aggressivement.

4- L'excitabilité est habituellement très peu marquée par des déficits moteurs et ne comporte pas d'hyperexcitabilité sensorielle. C'est ainsi que malgré une sensibilité plus grande face à un milieu très stimulant sur le plan sensoriel (comparativement à l'enfant normal), l'hyperactif socio-affectif sera beaucoup plus excité par le contenu, c.-à-d. par les événements psychosociaux de ce milieu.

Des chercheurs cités par Douglas et Peters (1979) tels que Cleland (1961), Cromwell et al. (1963), Fouhand et Baumeister (1970), Gardner (1959), Switzky et Haywood (1973) et Zentall et Zentall (1976) ont obtenu une augmentation du niveau d'activité des enfants hyperactifs lorsqu'ils étaient placés dans un environnement peu stimulant. Ce fait que ces enfants prêtent parfois plus d'attention aux stimuli environnementaux que les enfants normaux peut alors suggérer un comportement de recherche de stimulation plutôt que l'incapacité d'ignorer ou de discriminer les stimuli externes. De plus, Bremer et Stern ainsi que Steinkamp (1976, 1974; voir Douglas et Peters, 1979) ont démontré que les hyperactifs peuvent passer plus de temps que le groupe contrôle à regarder ou à s'occuper de stimuli non associés à la tâche, sans pour autant nuire à leur tâche de façon significative.

Comme la principale distinction entre ces 2 formes d'hyperactivité est un déficit au niveau moteur, Jacques Thiffault (1982) offre une formule abrégée pour l'évaluation de la motricité globale qui détient l'avantage d'être facile d'application. Cette formule d'évaluation est détaillée dans les pages suivantes.

A 4 ans

1. Les yeux ouverts, les pieds joints et les mains derrière le dos, l'enfant fléchit le tronc à angle droit et doit conserver cette position pendant 10 secondes, sans fléchir les jambes au niveau des genoux, ni se déplacer. Deux essais sont permis.
2. Sautiller sur place. Les deux jambes légèrement fléchies au niveau du genou, quittent le sol simultanément. Il ne faut pas tenir compte de la hauteur du saut. Durée du test 5 secondes. Sept à huit sauts au moins. Le test n'est pas réussi si l'enfant est incapable de soulever en même temps les deux pieds, s'il retombe sur les talons et non sur les pointes. Un deuxième essai est permis.
3. L'enfant étant assis près d'une table, les deux coudes appuyés à cette table, les avant-bras fléchis, frappe alternativement de la main droite et de la main gauche sur la table (mouvement de battre la mesure à 2 temps avec chaque bras). Durée du test 10 secondes. Le rythme choisi par l'enfant doit être régulier. Trois essais sont permis.

A 5 ans

1. Se tenir 10 secondes sur la pointe des pieds, les yeux ouverts, les mains à la couture du pantalon, les jambes serrées, pieds réunis (les talons et les pointes doivent se toucher). Le test n'est pas réussi si le sujet quitte sa place ou s'il touche le sol avec les talons. Le fléchissement des genoux, le balancement du corps, l'élévation ou l'abaissement sur la pointe des pieds ne comptent pas comme un échec, mais il faut les noter dans le procès-verbal. Trois essais sont permis.
2. Sauter pieds joints, par dessus une corde tendue à 20 cm. du sol, sans prendre de l'élan, les jambes fléchies au niveau du genou. Un bout de la corde est fixé, l'autre est retenu par un poids pour que la corde puisse tomber facilement si l'enfant la touche. Indiquer dans le procès-verbal si l'enfant est retombé sur les talons ou sur la pointe des pieds. L'enfant doit sauter trois fois. Le test n'est pas réussi si l'enfant a sauté deux fois sur trois par dessus la corde. Il n'est pas réussi si l'enfant, même sans avoir touché la corde, est tombé ou a touché le sol avec les mains. Un deuxième essai n'est pas permis.
3. Décrire dans l'espace des circonférences avec les index des deux mains, les bras étant étendus horizontalement sur les côtés. La grandeur des circonférences peut être choisie par

le sujet, mais doit être égale des deux côtés. Le bras droit décrit des circonférences dans le sens des aiguilles d'une montre, le bras gauche dans le sens inverse. Durée du test 10 secondes. Le test n'est pas réussi si les circonférences sont décrites dans le même sens, si les circonférences sont de formes irrégulières ou plus petites d'un côté que de l'autre. Trois essais sont permis.

3.1.2 Facteurs de risque

Les causes et les sources possibles de l'hyperactivité sont variées et il importe de déceler d'abord à quelle forme d'hyperactivité on s'adresse avant de tenter une quelconque intervention.

a) Instabilité affective

L'anxiété est la principale cause de l'hyperactivité socio-affective. Elle peut être due à des facteurs intrapsychiques chez l'enfant, à des conflits mal résolus occasionnant une tension interne qui cherche à se décharger.

A l'intérieur de la famille, l'enfant peut avoir de la difficulté à accepter des situations telles que la venue d'un nouveau-né ou l'attention exagérée que les parents accordent à l'un des enfants.

La situation familiale au scolaire peut être perturbée par de la mésentente, l'absence prolongée de l'un des parents, un décès ou par de nombreux déménagements successifs. Particulièrement dans ce dernier cas, l'enfant peut avoir quelques difficultés à s'adapter à un nouveau milieu, ce qui devient une situation de stress parfois accablante.

D'autres facteurs issus d'une distorsion dans la relation parents-enfant peuvent entraîner un sentiment d'instabilité où l'enfant ressent de la peur et de l'insécurité face à ce qui pourrait advenir. Il tente alors d'oublier ces sentiments en les refoulant d'abord, puis en s'évadant dans l'hyperactivité (Thiffault, 1982).

L'enfant peut aussi chercher à plaire à ses parents, s'il sent qu'une partie d'eux-mêmes croit qu'un enfant en santé est un enfant actif. D'ailleurs, l'activité étant souvent valorisée chez l'enfant, il apprend à en tirer une source de satisfaction et de récompense sans toutefois en connaître les limites.

b) Additifs et saveurs artificielles

Benjamin Feingold (1973; voir Shcinto, 1978) a avancé l'hypothèse selon laquelle un million d'enfants américains, parmi les 5 millions diagnostiqués hyperactifs, démontrent en fait un syndrome de toxicité comportementale dû à une ingestion excessive d'additifs et de saveurs artificielles dans les aliments. Ainsi, en éliminant ces substances, 40 à 50% de ces patients hyperactifs ont démontré de l'amélioration. Similairement, The New-York Institute of Child Development rapporte un taux d'amélioration de plus de 73 % à la suite de l'élimination de sucre dans la diète d'enfants classés hyperactifs ou ayant des troubles d'apprentissage.

Lors d'une autre expérimentation auprès de 150 enfants hyperactifs, Hawley et Buckley (1974; voir Fanning et Cevasco, 1977) ont conclu qu'une diète où on éliminait le salicylate était recommandée dans 50% des cas.

Pour sa part, Réjean Tessier (1981) a aussi observé un lien entre la toxicité des saveurs, les couleurs, les additifs artificiels et l'hyperactivité. De plus, l'auteur signale qu'un éclairage artificiel risque d'augmenter un comportement déjà hyperactif.

c) Allergies

Comme pour les maladies physiques, l'allergie peut résulter en problèmes secondaires affectant le comportement. Ainsi, Kauffman (1972; voir Fanning et Avasco, 1977) a établi "qu'une réaction d'allergie, particulièrement alimentaire, peut affecter le fonctionnement du système nerveux central, causant des difficultés ou des altérations sérieuses au niveau de la pensée et du comportement habituel du patient."

Une étude pilote a été effectuée par Baldwin et Kittler (1970; voir Fanning et Avasco, 1977) auprès de 20 enfants présentant un EEG anormal, ainsi qu'une réaction cutanée lors d'un test d'allergie avec des inhalants. Après l'introduction de restrictions alimentaires et l'élimination d'inhalants, neuf EEG sont redevenus normaux; les enfants ayant des troubles d'apprentissage lors du prétest, quoique d'intelligence moyenne, ont montré une amélioration considérable lors du post-test. Lors de son étude, Tessier (1981) a aussi relevé les allergies en tant que facteur de risque de l'hyperactivité.

Enfin, selon Georges Von Hilsheimer (1970; voir Fanning et Cevasco, 1977), des symptômes tels qu'indigestion, trouble de sommeil, déficience perceptuelle, difficulté d'attention et hyperactivité peuvent être autant de signes de réactions allergiques.

d) Facteurs physiques

Un traumatisme prénatal ou périnatal, la consommation de cigarette par la mère durant la grossesse, ainsi qu'une dysfonction cérébrale mineure sont autant de facteurs risquant de provoquer de l'hyperactivité chez l'enfant. Notons cependant que ces situations sont plus susceptibles d'entraîner une hyperactivité constitutionnelle qu'une hyperactivité socio-affective.

3.1.3 - Conséquences

Dans le DSM III (APA, 1980), on retrouve certaines caractéristiques associées à l'hyperactivité, soit: le négativisme, l'intolérance à la frustration, l'obstination et le manque de discipline. Campbell et Clüss (1982) rapportent que les parents d'hyperactifs ayant participé à leur recherche, ont trouvé que l'enfance de leur jeune avait été une période extrêmement difficile à vivre; ils se sentaient stressés et dépassés par leur devoir de parents envers un enfant excessivement actif, irritable et excité.

D'après Rubin (1980; voir Campbell et Cluss, 1982), les principales caractéristiques d'une interaction sociale sont: le maintien de l'attention, le tour de parole et une sensibilité mutuelle. Alors, un enfant ayant un problème d'hyperactivité aura nécessairement des difficultés à établir des relations sociales, puisque les habiletés de base lui feront défaut. L'hyperactif d'âge préscolaire fait preuve d'une inadéquacité de l'attention envers les autres et a tendance à ne pas adapter son comportement en tenant compte de ses pairs et de ses parents. Pour appuyer ces observations, Campbell et Cluss (1982) citent des auteurs (Mannarino, 1980; Rubin, 1980) qui sont arrivés à des conclusions similaires.

De plus, similairement aux résultats de Schleifer et al. (1975; voir Campbell et Cluss, 1982), l'étude de Campbell et Cluss (1982) auprès d'hyperactifs de 2 ans et demi et 3 ans n'a révélé aucune différence entre ces derniers et un groupe contrôle, relativement à la fréquence des interactions avec les pairs. Cependant, les enfants hyperactifs démontrent un comportement moins adapté socialement, ainsi que des difficultés dans le contrôle de leur impulsivité. D'autres études ont aussi signalé que des comportements agressifs et actifs durant la petite enfance sont relativement persistants et sont associés avec un comportement moins compétent socialement chez l'enfant d'âge scolaire (Battle et Lacey, 1972; Block et Block, 1980; Kohn, 1977; Weiss et al., 1971; voir Campbell et cluss, 1982).

A plus long terme, il existe quelques évidences selon lesquelles les problèmes avec les pairs durant l'âge préscolaire sont souvent associés à des conséquences néfastes à l'âge scolaire et à l'adolescence (Westman et al., 1967; voir Campbell et Cluss, 1982). D'autres études de follow-up d'hyperactifs d'âge scolaire indiquent que des hauts degrés d'agressivité sont associés à une capacité d'ajustement plus pauvre à l'adolescence (Milich et Loney, 1979; voir Campbell et Cluss, 1982). Douglas et Peters (1979) expliquent que l'incapacité d'inhiber un comportement impulsif dans des situations sociales devient un problème plus évident lorsque l'enfant atteint l'adolescence et qu'il entre en conflit avec les figures d'autorité (Ackerman et al., 1977; Hendelson et al., 1971; Weiss et al., 1975).

Comme l'hyperactivité renferme aussi des moments de rêverie, cette réaction exaspère l'entourage et suscite de l'agressivité, du rejet et de l'incompréhension. On ne comprend pas, dans l'entourage de l'enfant, pourquoi ce dernier ne peut pas cesser définitivement d'être hyperactif quand il semble s'octroyer des périodes de rêve qui constituent un véritable répit pour les proches de l'enfant. C'est que le rêve est un mode d'évasion au même titre que l'hyperactivité, une sorte de bombe à retardement (Thiffault, 1982) .

On peut aussi assister à une diminution dans la capacité d'adaptation à la réalité, par une réaction de fuite, renforcée par l'obtention de certaines gratifications. Par exemple, dans les jeux ou les sports, l'enfant hyperactif est habituellement mieux perçu et même apprécié.

3.1.4 Recommandations

- D'abord, bien cerner la source du problème afin de mieux intervenir;
- Diminuer le stress et l'anxiété;
- Ne pas chercher à réprimer ses comportements sans avoir auparavant agi sur les sources de l'hyperactivité.

BIBLIOGRAPHIE

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Diagnostical and Statistical Manual of mental disorders (DSM III). Washington, D.C., 1980, 494 pages.

CAMPBELL, S.B., CLUSS, P. "Peer relationships of young children with behavior problems", in K.H. Rubin et H.S. Ross (éd.), Peer relationships and social skills in childhood, Springer-Verlag, New-York, 1982, p. 323-351.

DOUGLAS, V.I., PETERS, K.G. "Toward a clearer definition of the attentional deficit of hyperactive children", in G.A. Hale et M. Lewil, Attention and cognitive development, Plenum Press, New-York, 1979, p. 173-247.

FANNING, F.W., CEVASCO, P. "The effects of allergy and chemical susceptibility on children's behavior", Amer. Secondary Education, vol. 7, no 3, 1977, in A. Lane (éd.), Reading in abnormal psychology: the problems of disordered emotional and behavioral development, Special learning Corporation, Connecticut, 1980, p. 15-18.

GOUPIL, G., COMEAU, M. Les problèmes de comportement à la garde-rie. Univ. du Québec à Montréal, 1986.

SCHINTO, J. Is our diet driving us crazy? The Progressive inc., Wisconsin, 1978, in A. Lane (éd.), Reading in abnormal psychology: the problems of disordered emotional and behavioral development, Special Learning Corporation, Connecticut, 1980, p. 4-5.

THIFFAULT, Jacques. Les enfants hyperactifs: les deux visages de l'hyperactivité. Québec-Amérique, Montréal, 1982, 347 pages.

3.2 LE RETRAIT SOCIAL

3.2.1 Définitions

a) L'isolement social: retrait et/ou rejet

Comme le souligne Scarlett (1980), "des termes tels que timide, apathique, retiré, passif, immature et dépendant ont été utilisés pour décrire les enfants isolés, mais sans spécifier adéquatement les référents comportementaux." Cette confusion de termes est largement due au fait qu'il existe dans la littérature deux définitions de l'isolement social: l'une conceptualise ce problème par "retrait social", défini par une fréquence d'interaction avec les pairs relativement basse; tandis que l'autre conceptualise l'isolement par des bas niveaux d'acceptation par les pairs ou de hauts niveaux de rejet, en utilisant des mesures sociométriques (Gottman, 1977).

Ces deux définitions ont produit deux littératures entièrement différentes concernant les interventions employées envers les enfants isolés. A la suite de son étude, Gottman (1977) en conclut qu'il n'existe aucune relation entre l'acceptation par les pairs et la fréquence relative d'interaction avec les pairs, suggérant que ces deux mesures de l'isolement social ne recouvrent pas la même dimension.

Signalons que de nombreux auteurs ne font pas la distinction entre isolement, rejet et retrait social et que ce n'est qu'au cours de la lecture de leur texte que l'on peut savoir de quel type de comportement il s'agit.

Dans son étude auprès d'enfants isolés âgés de 3 ans et 6 mois à 4 ans et 11 mois, Scarlett (1980) a aussi relevé certaines caractéristiques se rapportant à ces enfants. Notons cependant que l'auteur ne fait pas de distinction entre ceux retirés socialement et ceux rejetés par leurs pairs.

- 1- La majorité des comportements sociaux des enfants isolés envers leurs compagnons étaient positifs, mais moins nombreux que dans le cas des non isolés. Toutefois, les pairs avaient moins de comportements sociaux envers les isolés et démontraient un pourcentage significativement plus élevé de comportements négatifs qu'envers les autres enfants.
- 2- Les enfants isolés agissaient plus en tant que spectateurs et s'engageaient moins dans des jeux associatifs que les non isolés. Selon Scarlett (1980), les enfants isolés contribuent activement à leur propre isolement. En effet, les interactions sociales de l'enfant sont toujours supportées par des

jeux ou des activités; lorsqu'un enfant reste inoccupé ou agit en spectateur, il ne permet pas de possibilité d'interaction initiale de la part des pairs.

- 3- Les enfants isolés n'essaient pas de structurer ou d'influencer le comportement de leurs compagnons, même lorsqu'ils interagissent avec eux.
- 4- Il n'existe pas assez d'évidence dans la littérature ou provenant des diverses études démontrant que les enfants isolés sont plus égocentriques et moins attentifs à leurs pairs que ne le sont les non isolés (Scarlett, 1980). D'après l'auteur, le comportement des enfants isolés peut être fonction de la façon avec laquelle ces enfants imaginent leurs pairs, par exemple en tant que généralement hostiles.

b) Le retrait social

Ce trouble apparaît vers 2 ans et demi, après que la peur de l'étranger, en tant que phénomène développemental normal, soit disparue. De plus, comme il a été mentionné dans la section 1.2.9 traitant du développement social de l'enfant, une bonne qualité de relation parents-enfant est fondamentale pour permettre le développement des habiletés sociales.

D'après le DSM III (APA, 1980), l'enfant présentant un trouble de retrait social est différent de celui qui est réticent socialement. L'enfant réticent est lent à répondre affectueusement aux étrangers, mais ne souffre pas de complications dans ses relations avec les pairs. Après une courte période, il répond aux étrangers de façon plus chaleureuse.

Pour sa part, Reinhart (voir Goupil et Comeau, 1986) définit le retrait social comme "un comportement inhibé ou restrictif qui peut nuire à l'apprentissage de l'enfant."

Dans le DSM III (APA, 1980), on retrouve une catégorie appelée trouble d'évitement, lequel peut être indiqué par une inhibition de l'activité motrice ou de l'initiative:

"L'enfant désire clairement de l'affection, de l'acceptation, ainsi que des relations avec les membres de sa famille qui sont chaleureuses et satisfaisantes. Par contre, il devient anxieux et pleure quand il est devant des étrangers et fait preuve de timidité persistante et excessive."

Kenneth Rubin (1982a) a mené une étude auprès d'enfants d'âge préscolaire et de maternelle et les a divisés en trois groupes

(isolé, normal, sociable). Le but de cette recherche était de développer une procédure permettant de dépister les enfants qui interagissent peu avec leurs pairs. L'auteure a relevé trois caractéristiques principales:

- 1- Le jeu des enfants retirés socialement est moins mature cognitivement que celui des enfants normaux et sociables; les premiers s'engagent aussi dans moins de jeux sociaux. D'après Campbell et Cluss (1982), plusieurs théoriciens ont suggéré que la qualité du jeu de l'enfant reflète et sert à développer les habiletés sociales et cognitives requises pour que l'enfant puisse s'engager dans des jeux sociaux. Ainsi, des activités de jeux dramatiques et sociodramatiques aident l'enfant à développer ces habiletés (Rubin et Maioni, 1975; Connelly, 1982) et Burns et Brained (1978; voir Campbell et Cluss, 1982). Lors de son étude, Scarlett (1980) a aussi observé que les enfants isolés s'engagent moins dans des jeux dramatiques et imaginatifs que les enfants non isolés. Cela suggère que ce type de jeu requiert des habiletés pertinentes à l'interaction avec les pairs.
- 2- Les données sociométriques indiquent que les enfants isolés sont aussi populaires auprès de leurs pairs que les autres enfants plus sociables. Cependant, Rubin note qu'il était certainement difficile pour les pairs d'avoir un jugement extrêmement positif ou négatif, vis-à-vis d'un enfant "invisible" ou qui "longe les murs". C'est ce qui fait dire à Gottman (1977) que ces enfants ne sont ni acceptés, ni rejetés par leurs pairs, mais plutôt ignorés.
- 3- Les enfants retirés socialement ont tendance à se parler à eux-mêmes, d'une façon plus égocentrique. Ceci va dans le même sens que l'hypothèse de Piaget selon qui l'interaction sociale joue un rôle significatif dans le déclin du langage non social (Rubin, 1982).

c) La compétence sociale

La compétence sociale est définie par Forster et Ritchey (voir Goupil et Comeau, 1986) comme "... ces réponses qui, dans une situation donnée, rendent efficaces et maximisent la probabilité de produire, maintenir ou augmenter des effets positifs avec l'interlocuteur."

Lors d'une étude des chercheurs (White et ses collaborateurs, 1971; voir Papalia et Olds, 1983) ont observé et évalué 400 enfants d'âge préscolaire et leur ont attribué une cote de compétence, variant de "A à C". Sans présenter une définition précise et complète de la notion de compétence sociale, cette étude fournit une bonne idée des caractéristiques nécessaires pour que l'enfant soit compétent dans ses relations sociales.

Les enfants classés "A" savaient - comment attirer et soutenir l'attention des adultes par des moyens socialement admis; étaient capables de tirer avantage des ressources offertes par les adultes et de leur témoigner autant leur affection que leur hostilité. Ensuite, ils s'entendaient bien avec les autres enfants, se montraient fiers de leurs propres succès et manifestaient le désir de se conduire comme des grandes personnes. Ils faisaient aussi un bon usage de la parole, témoignaient d'un bon éventail d'aptitudes intellectuelles; de plus, ils pouvaient planifier et exécuter des activités complexes et étaient capables de porter attention à une tâche donnée, tout en demeurant conscients de ce qui se passait autour d'eux.

3.2.2 Facteurs de risque

a) Reliés au contexte familial

Les habiletés sociales s'acquièrent à travers différentes formes d'apprentissage telles que l'imitation, le renforcement, l'éducation, ainsi que par l'exposition à une vaste étendue d'opportunités environnementales et de modèles socialement habiles tels que les parents, la fratrie, les pairs.

Parents:

Certaines études suggèrent qu'une relation parents-enfant positive, chaleureuse et affectueuse mène à un comportement plus amical, coopératif et attentif chez l'enfant (Shaefer et Bayley, 1963; voir Trower et al., 1978). Il est possible que l'enfant acquiert ce comportement par imitation.

Il est aussi probable, selon Trower et al. (1978), que des parents qui n'ont pas les habiletés sociales requises soient moins précis dans leurs perceptions de ce qui est approprié socialement et alors moins enclins à renforcer et à encourager les bonnes réponses chez leur enfant.

Fratrie:

Les enfants derniers-nés sont évalués comme étant plus sociables et comme démontrant plus d'empathie que les premiers-nés et les enfants uniques; les derniers-nés sont aussi moins soumis à l'autorité, mais le processus impliqué n'est pas très clair (Sampson, 1965; Trower et al., 1978).

Dans son étude, Schachter (1964; voir Trower et al., 1978) a trouvé que sous des conditions de stress, les adultes qui étaient des premiers-nés ou des enfants uniques, préféraient la compagnie d'autres personnes; les derniers-nés préféraient se débrouiller seuls. L'explication serait que les enfants premiers-nés reçoivent plus de renforcements de la part de leurs parents pour un comportement affiliatif et développent souvent alors de fortes habitudes de dépendance. Supportant ces résultats, Hines (1973; voir Trower et al., 1978) a remarqué que les adultes premiers-nés performent mieux sous des conditions de renforcement social; Johnson (1973; voir Trower et al., 1978) a démontré qu'ils sont plus préoccupés de se comporter d'une manière socialement désirable, comparativement aux derniers-nés.

b) Reliés à l'enfant

Habiletés cognitives:

L'acquisition des habiletés sociales requiert certaines habiletés cognitives pour faire des inférences au sujet des conséquences de l'action, pour pouvoir se mettre à la place de l'autre, pour intégrer l'information et ainsi de suite. Le développement de ces habiletés s'effectue sous l'influence combinée d'habiletés innées et d'expériences environnementales (Trower et al., 1978).

Selon Piaget, l'enfant de moins de sept ans ne peut comprendre la perspective d'une autre personne; toutefois, Borke (1975; voir Trower et al., 1978) soutient que l'enfant est capable de cette forme de compréhension dès l'âge de trois ou quatre ans. D'ailleurs, dans la section 1.2.9 traitant du développement social, le processus d'acquisition des habiletés sociales est explicite.

Lieux de contrôle:

Rotter (1966; voir Trower et al., 1978) a identifié des lieux de contrôle qui nous renseignent sur l'attitude de l'individu face à l'environnement, en relation avec sa compétence. Ainsi, Rotter classe les gens en "contrôleurs internes", lesquels sentent qu'ils ont le contrôle, et en "contrôleurs externes", lesquels se sentent contrôlés par l'environnement.

On en sait peu sur la façon par laquelle ces attitudes sont acquises, mais selon Lewis et Goldberg (1969; voir Trower et al., 1978), cela se fait par renforcement. Ainsi, lorsque le parent répond à l'enfant de sorte que ce dernier soit conscient des

conséquences de son comportement, l'enfant acquiert le sentiment que les actions peuvent contrôler l'environnement de la manière qu'il le désire

On peut voir ici les conséquences des mauvais traitements, en particulier des abus, sur l'attitude de l'enfant face à l'environnement. En effet, l'enfant maltraité à tout propos et à n'importe quel moment acquiert bien vite le sentiment qu'il n'a aucun contrôle sur l'environnement. Alors, l'enfant sera beaucoup moins porté à faire des démarches d'approche vers un environnement qu'il sent hostile, hors de contrôle et peu influencé par ses actions.

Tempérament:

Parmi les facteurs de risque, on retrouve aussi ceux reliés au tempérament de l'enfant. Quoiqu'un enfant timide ne souffre pas nécessairement de retrait social, si aucune aide ne lui est offerte, il pourra se priver de contacts sociaux et ses habiletés de socialisation peuvent ne pas se développer.

Autres troubles cliniques:

Plusieurs études citées par Campbell et Cluss (1982) indiquent que les enfants d'âge préscolaire et scolaire présentent une variété de symptômes dirigés vers l'extérieur, tels que des comportements hyperactifs et impulsifs, des problèmes d'attention, d'agressivité et de discipline. Ces enfants sont plus susceptibles d'être rejetés par leurs pairs que les enfants gênés, retirés socialement (Bryan, 1974; Green, Beck, Forehand et Vosk, 1980; Klein et Young, 1979).

Le retrait social est souvent la conséquence d'autres problèmes. Ainsi, Gresham (1982; voir Goupil et Comeau, 1986) remarquent que les enfants mésadaptés socio-affectifs interagissent moins avec leurs pairs.

La littérature a aussi démontré que les enfants présentant des handicaps physiques ou des troubles psychologiques tels que ceux étudiés dans le présent travail, souffrent plus ou moins d'un manque d'habiletés sociales ou sont retirés socialement. Les raisons de ce retrait ou du manque d'habileté sont principalement:

- une baisse de l'estime de soi;
- des réactions de l'entourage, telles que moqueries;

- des désagréments qu'engendre le trouble, pour l'enfant, lorsqu'il se retrouve en présence d'autres personnes que sa famille immédiate.

3.2.3 Conséquences

D'après Gottman (1977), il n'est pas évident que l'enfant devrait interagir avec un autre enfant, selon un taux spécifique ou que l'enfant dont la fréquence des relations est sous la moyenne est à risque de troubles cliniques quelconques. De même, Kenneth Rubin (1982) est d'avis que présentement, "il y a un manque notoire de données suggérant qu'un taux peu élevé d'interaction avec les pairs durant la petite enfance prédit ou est relié à des indices de compétence sociale et sociocognitive et cognitives. Il s'agit de jeu solitaire-fonctionnel, solitaire-dramatique et parallèle-fonctionnel. D'autres activités non sociales telles que les comportements de spectateur et ceux de solitaires-constructifs sont plutôt bénins. Pour ceux intéressés à approfondir ce sujet concernant l'aspect qualitatif de l'interaction, nous leur suggérons de lire l'article de Kenneth Rubin (1982), intitulé "Nonsocial play in Preschoolers: necessarily evil?".

Toutefois, en conclusion d'une autre étude, Rubin (1982a) présente des résultats qui supportent l'hypothèse qu'un manque d'interaction sociale dans l'enfance s'accompagne de certains coûts développementaux. En effet, les enfants qui interagissent le plus avec leurs pairs apparaissent être plus compétents sur le plan social et cognitif et démontrent un âge mental plus élevé.

De plus, des études portant sur des enfants fréquentant des cliniques indiquent que de pauvres relations sociales durant l'enfance s'associent à des désordres psychiatriques qui se continuent durant l'âge adulte (Robins, 1966, 1978 et Cowen et al., 1973; voir Campbell et Cluss, 1983), en particulier un comportement antisocial, l'alcoolisme et les difficultés matrimoniales. Signalons que le DSM III (APA, 1980) relève aussi des problèmes de santé mentale à l'âge adulte. Cela peut résulter en sentiment d'isolation et de dépression si le comportement de retrait s'étend à la famille. A l'adolescence, on peut noter une inhibition d'activités sexuelles normales, ce qui se répercute aussi à l'âge adulte. Toutefois, comme ces conséquences se produisent à beaucoup plus longue échéance, nous ne faisons que les mentionner, sans les élaborer plus à fond.

Une autre caractéristique relevée dans le DSM III et associée au retrait social est un manque de confiance en soi et un manque d'affirmation chez l'enfant (APA, 1980).

On relève aussi des problèmes d'adaptation scolaire (Brielle et McIntyre, 1982; Grönlund et Anderson, 1983; Ullman, 1957; voir Goupil et Comeau, 1986) ainsi que des problèmes au niveau du développement cognitif, par manque de stimulation (Goupil et Comeau, 1986).

3.2.4 Recommandations

- Favoriser les situations où l'enfant peut développer ses habiletés de socialisation par l'imitation ou le jeu.
- Organiser des situations favorisant la communication ou le renforcement de comportements interactifs, dans des situations de groupe.
- Si l'enfant présente un trouble clinique quelconque, être attentif à ses besoins et à ses sentiments. Favoriser son intégration parmi des groupes de pairs susceptibles de l'accepter.

BIBLIOGRAPHIE

CAMPBELL, S.B., CLUSS, P. "Peer relationships of young children with behavior problems" in K.H. Rubin & H.S. Ross (éd.), Peer relationships and social skills in childhood, New-York, Springer-Verlag, 1982, p. 323-351.

GOTTMAN, J.M. "Toward a definition of social isolation in children". Child development, vol. 48, 1977, p. 513-517.

GOUPIL, G., COMEAU, M. Les problèmes de comportement à la garderie. Univ. du Québec à Montréal, Département de psychologie, 1986.

PAPALIA, D.E., OLDS, S.W. (1978). Human Development. New-York, McGraw-Hill, traduction française par Bélanger et Bélanger, Le développement de la personne, Montréal, HRW, 2e éd., 1983, 556 pages.

RUBIN, Kenneth H. "Social and social-cognitive developmental characteristics of young isolate, normal and sociable children", in K.H. Rubin & H.S. Ross (éd.), Peer relationships and social skills in childhood, New-York, Springer-Verlag, 1982, p. 353-374.

SCARLETT, W.G. "Social isolation from agemates among nursery school children". J. Child Psychol. and Psychiat., vol 21, 1980, p. 231-240.

TROWER, P. et al. Social skills and mental health, London, Methuen and Co Ltd., 1978, 306 pages.

ZIGLER, E.F., LAMB, M.E., CHILD, I.L. Socialization and personnalité development, 2e éd., Oxford University Press, New-York, 1982, 341 pages.

3.3 COMPORTEMENT AGRESSIF INAPPROPRIÉ

3.3.1 Théories de l'agressivité

D'après les psychanalystes néo-freudiens, les racines de l'agressivité plongeraient dans les expériences vécues par l'enfant dès le début de sa vie. L'hostilité refléterait alors les perturbations du développement provenant de diverses sources: surprotection, difficultés au niveau de la fratrie, rejet des parents, identification à des images parentales punitives. L'agressivité serait alors une réaction à certaines situations plutôt qu'un instinct. Parmi les psychanalystes néo-freudiens, certains considèrent que le comportement autodestructeur serait une déviation de la pulsion agressive. Ainsi, selon eux, la fonction destructive de l'agressivité peut être neutralisée et sublimée. Parmi les auteurs partageant cette conception théorique, nous retrouvons S. Feschbach, L. Berkowitz, A. Freud, E. From.

Pour leur part, les éthologues basent leurs théories sur des observations du comportement animal. Ainsi, K. Lorenz avance que l'homme naît avec un instinct générant sa propre source d'énergie agressive indépendante des stimulations externes. L'agressivité ne peut être éliminée, elle doit s'exprimer. Toutefois, on considère que Lorenz ignore les rôles joués par l'apprentissage et l'expérience dans le développement et l'expression de l'agressivité chez l'homme, autant que chez l'animal (Cloutier et Dionne, 1981).

Une autre hypothèse, celle de "frustration-agression" a été modifiée afin de tenir compte des actes agressifs perpétrés dans le but d'obtenir un gain, sans nécessairement faire suite à de la frustration. Par exemple, les réactions négatives de l'entourage et le déplaisir que provoque l'enfant peuvent devenir une gratification en soi; il s'agit alors d'une agressivité hostile, c'est-à-dire dirigée contre des personnes. De plus, la punition et la permissivité ont été associées au comportement agressif parce que ces deux attitudes risquent d'augmenter la fréquence des manifestations agressives.

Bref, l'agressivité peut être une réaction primaire innée à la frustration, mais elle peut dépendre des circonstances antérieures et se manifester parfois sans frustration préalable. Des facteurs tels que l'approbation sociale, l'arrêt des stimuli aversifs, la restauration de l'estime de soi et le fait de voir la victime souffrir peuvent servir de renforçateurs. Parmi les principaux tenants d'une telle approche, notons: R. Sears, E. Maccoby, H. Levin, A. Buss.

3.3.2 Définitions

Une certaine forme d'agressivité est toujours normale chez le jeune enfant, car même si à 5 ans ce dernier exprime plus facilement sa colère, il contrôle encore difficilement ses gestes d'agression. Cependant, la force, la chronicité et la résistance du comportement inapproprié de l'enfant face aux interventions possibles détermineront s'il s'agit d'un problème ou d'une difficulté passagère liée à l'âge de l'enfant.

De nombreux auteurs subdivisent les comportements agressifs faisant partie du développement normal de l'enfant de 0-5 ans, en trois catégories:

- a) explosion: expressions émitives par des cris et des pleurs;
- b) activité motrice: taper, mordre, lancer, pousser, bouger continuellement (hyperkinétisme);
- c) négativisme général: langage agressif, phase du "non"; peut apparaître vers 2-3 ans.

Lors de la petite enfance, colère et peine sont intimement reliées et il importe de se rappeler que la majorité de ce que l'adulte exprime par la peine, le jeune enfant l'exprime par la colère. Plus particulièrement entre 2 et 4 ans, l'enfant doit faire face à plusieurs sources de frustration (Bois, 1982), dont les principales sont les interdictions des adultes et le sentiment d'impuissance que l'enfant éprouve face à celles-ci; la faiblesse des moyens intellectuels de l'enfant chez qui la pensée est très égocentrique; la mauvaise connaissance que l'enfant a de ses limites et la colère qu'il ressent lorsqu'il constate qu'il ne peut pas faire ce qu'il veut; et finalement, la base de compétition et de rivalité sur laquelle s'établissent ses rapports sociaux.

Comme l'explique Martin Bax (1976), l'agressivité n'est pas nécessairement négative ou hostile, puisqu'elle peut être au service du développement psychologique. En effet, tandis que le but de l'affectivité est d'unifier, celui de l'agressivité est de séparer, de développer sa propre autonomie, son indépendance, son individualité. Pendant la période s'étendant de 2 à 5 ans, le mode d'expression des comportements agressifs varie. Vers 4 ans, l'augmentation des réponses de vengeance constitue un indice de développement de l'expression agressive vers une différenciation qui l'éloigne de l'expression de colère non dirigée.

De plus, Bax (1976) nous incite à garder en mémoire trois distinctions importantes. D'abord, on doit distinguer entre la colère, c'est-à-dire un état émotionnel temporaire typiquement

provocé par une frustration, et - l'agression qui est souvent utilisée comme synonyme de destruction.

Ensuite, l'agressivité n'est pas synonyme d'hostilité si elle aide l'enfant à établir son sens d'identité. Enfin, il faut distinguer entre les comportements agressifs qui indiquent des problèmes émotionnels de ceux qui sont développementalement appropriés.

Selon Smith et Green (Goupil, 1986), un enfant est agressif lorsqu'il se comporte intentionnellement (physiquement ou verbalement) de manière à faire mal ou à entrer en conflit d'intérêt avec un autre enfant. Par exemple: frapper, pousser, se battre, mordre, prendre ou essayer de prendre l'objet de l'autre.

Cependant, on peut se demander dans quelle mesure il nous est possible d'attribuer une intention à un bébé ou un jeune enfant. Comme le rapportent Feschbach & Feschbach (1976), l'agression physique constitue une réponse accessible pour le jeune enfant qui peut l'utiliser pour atteindre des buts fixés durant cette période; il devient alors souvent difficile de faire la distinction entre agression et la démonstration d'un comportement affirmatif. Aussi, plusieurs auteurs définissent un comportement comme étant agressif s'il a la capacité de faire mal, de blesser ou de causer des dommages, indépendamment de l'intention. D'un autre côté, lorsqu'on fait référence à l'enfant en colère chez qui le comportement laisse peu de doute quant à son intention, on parle plutôt d'hostilité (Caldwell, 1977).

Entre 0-5 ans, apprendre à contrôler son agressivité peut s'avérer particulièrement problématique. Hartup (1974, 1976; voir Campbell et Cluss, 1982) suggère que le jeune enfant apprend à maîtriser ses impulsions d'agressivité lorsqu'il est dans des groupes de pairs, en partie par l'intermédiaire de certaines expériences de jeu. L'observation de groupes d'enfants d'âge préscolaire (Bronson, 1975; Smith et Green, 1975; voir Campbell et Cluss, 1982) démontre qu'une proportion substantielle d'engagements agressifs débute par des disputes pour s'approprier quelque chose. C'est ce que Feschbach et Feschbach (1970; voir Caldwell, 1977) ont appelé l'agressivité instrumentale (orientée vers l'objet), en opposition à l'agressivité hostile (orientée vers la personne).

La première forme d'agressivité (instrumentale) consiste dans le retrait d'objet, de territoire ou de privilège; la seconde (hostile) est une agressivité orientée vers une autre personne qui perçoit cette agression comme une menace pour elle-même ou qui perçoit une certaine intentionnalité chez l'individu qui a posé le geste d'agression hostile. D'après certaines études, on retrouverait surtout de l'agression instrumentale parmi les jeunes enfants (Hartup, 1974 et Dawe, 1934; voir Caldwell, 1977).

Enfin, d'après Feschbach et Feschbach (1976), "il apparaît évident que les garçons sont plus agressifs physiquement que les filles. Plusieurs études ont démontré, cependant, plus d'agression verbale (insultes, reproches) chez les filles que chez les garçons (Bach, 1945; Durrett, 1959; Muste et Sharp, 1947)".

3.3.3 Facteurs de risque

a) Reliés au statut culturel

Tous les jours, les médias d'information nous envahissent, relatant diverses manifestations de violence à travers le monde. Nous devenons de plus en plus tolérants face à la violence, ce qui n'est pas sans influer sur le comportement de nos enfants.

Certaines études (Feschbach et Singer, 1971; Murray et Murray, 1980; Murray et Kippax, 1979; Stein et Friedrich, 1975; voir Zigler, Lamb et Child, 1982) démontrent clairement qu'un enfant normal a des comportements plus agressifs lorsqu'il a été témoin d'actes violents présentés à la télévision. À la suite d'une étude menée auprès de 141 enfants âgés de trois et quatre ans, Singer et Singer (1979; voir Papalia et Olds, 1983) affirment que la télévision est à l'origine de comportements agressifs. Ils ont constaté que les enfants les plus agressifs étaient issus de foyers où les parents ne contrôlaient pas les émissions de télévision de leur enfant. Une autre étude menée par Bandura, Ross et Ross (1963; voir Papalia et Olds, 1983) auprès d'enfants d'âge préscolaire a révélé des résultats similaires. Cependant, les effets nocifs de la violence à la télévision peuvent être compensés si les parents communiquent clairement leur désapprobation face à l'agressivité (Dominick et Greenberg, 1972; voir Zigler, Lamb et Child, 1982).

De plus, notre société prône fortement l'esprit compétitif ainsi qu'un tempérament affirmatif, qui s'impose. La marge entre ces qualités qu'on valorise et les manifestations d'agressivité qu'on cherche à corriger est parfois ardue à établir, particulièrement pour un enfant.

b) Reliés au statut socio-économique

Un milieu socio-économique défavorisé représente un facteur de risque supplémentaire; cependant, il est habituellement lié étroitement à d'autres situations à risque telles que l'attitude et les valeurs des parents, les antécédents de mauvais traitement, la tolérance face à la violence.

De plus, ce sont surtout les corollaires d'un statut socio-économique faible qui constituent les facteurs de risque les plus importants. Ces corollaires sont: environnement physique défavorisé, délinquance dans le voisinage, violence conjugale, chômage des parents qui deviennent alors impatients et agressifs.

c) Reliés au contexte familial

Dans les familles monoparentales et celles dont le père est absent, on retrouve plus d'enfants agressifs, surtout chez les garçons. On relie parfois cette agressivité à l'instabilité émotionnelle du parent qui reste avec l'enfant et aux qualités d'interaction entre les parents eux-mêmes ou parents-enfant. Cette relation entre l'agressivité et l'absence d'un des deux parents est expliquée plus en détail dans la section 2.2, traitant de la monoparentalité.

Depuis plusieurs années, Patterson et ses collègues (1967, 1971, 1979; voir Ziggler, Lamb et Child, 1982) ont étudié l'histoire familiale des enfants qui sont référés en traitement à cause de leur agressivité et de leur manque de contrôle. Ces auteurs ont remarqué que malgré la désapprobation des parents face à l'agressivité et leurs tentatives pour éliminer les comportements agressifs de leur enfant, le comportement des parents sert souvent de renforcement. Dans certains cas, le comportement agressif attire l'attention parentale; dans d'autres cas, il se produit une escalade du comportement de l'enfant, provoquant une escalade de la réponse parentale et ainsi de suite. En modifiant la façon avec laquelle les parents réagissaient à l'agressivité de leur enfant, Patterson et ses collègues ont pu réduire l'incidence des gestes d'agression.

Certains parents croient que leur enfant doit se venger et se battre s'il a été insulté par un autre enfant. De cette façon, le parent ne fait qu'encourager l'agressivité; c'est ce qu'on appelle le renforcement sélectif. D'un autre côté, ce renforcement peut être plus subtil lorsque l'enfant se sert de son agressivité pour attirer l'attention de ses parents (Feschbach et Feschbach, 1976), qui renforcent alors involontairement l'agressivité du jeune.

On retrouve aussi des enfants agressifs parmi les familles très coercitives (Patterson, 1976; voir Goupil et Comeau, 1986). La punition physique n'est pas une bonne méthode pour contrer les manifestations d'agressivité. En effet, une incidence élevée d'agressivité chez l'enfant est fortement reliée à une fréquence élevée de punition physique; même si on ne connaît pas précisément le lien de cause à effet entre ces deux variables, on peut en déduire que par son comportement agressif, le parent agit en tant que modèle pour l'enfant (Caldwell, 1977). D'ailleurs,

l'acquisition de gestes d'agression via les processus d'observation et d'imitation a été grandement étudiée par Bandura et ses collègues.

Lors d'une étude, Sears, Maccoby et Levin (1957; voir Ziggler, Lamb et Child, 1982) ont observé que les parents qui punissaient les manifestations d'agressivité avaient des enfants moins agressifs. Cependant, lors d'études de relance (follow-up), ces chercheurs ont remarqué que les enfants étaient devenus plus agressifs que leurs pairs; ceci suggère que les parents punitifs fournissaient probablement des comportements agressifs à leurs enfants.

De même, Feschbach et Feschbach (1976) rapportent que les effets à long terme de la punition, en particulier de la punition physique, peuvent résulter en l'augmentation des gestes d'agression, plutôt qu'en leur inhibition.

D'un autre côté, si les parents ignorent l'enfant agressif, ce dernier peut y déceler une approbation de l'adulte, vis-à-vis son comportement (Caldwell, 1977).

d) Reliés à l'enfant

Si la punition physique peut avoir un effet sur l'apparition de comportements agressifs chez l'enfant, il est donc logique de penser qu'un antécédent d'abus entraîne aussi de graves conséquences, selon les mêmes processus d'imitation et d'observation. En effet, comme l'expliquent Papalia et Olds (1983), le fait de frapper un enfant lui procure une double raison de devenir violent: en plus de ressentir douleur et humiliation, il y trouve un exemple de comportement agressif chez l'adulte auquel il s'identifie. Le lien entre abus et agressivité est traité de façon plus approfondie dans la section VI, traitant de l'enfance maltraitée.

Certains enfants sont plus agressifs que d'autres, dans des conditions semblables. Il est donc important de bien identifier le tempérament de l'enfant; s'il démontre beaucoup d'agressivité, c'est peut-être parce qu'il a besoin de se défouler ou de rejeter son trop plein d'énergie. Ce qu'il faut, c'est le réorienter vers d'autres moyens plus constructifs pour utiliser son énergie.

Selon Maziade (1985), son expérience clinique ainsi qu'une récente recherche (Maziade et al., 1984) suggèrent que l'enfant de tempérament "difficile" qui présente un désordre clinique, le fait surtout sous la forme de symptômes d'opposition à la maison. On peut alors expliquer aux parents que leur enfant n'est pas malade ou déviant et qu'il n'est pas entêté; il est né différent de ses frères et soeurs, et que dès son jeune âge ils doivent

adapter spécifiquement leurs attitudes au style propre de leur enfant. Par son comportement, l'enfant peut aussi chercher à attirer l'attention ou encore tenter de combattre un conflit intérieur qu'il ressent au niveau intrapsychique.

Une autre hypothèse souvent rapportée dans l'explication de l'agressivité est celle de "frustration-agression"; cependant, les résultats d'études voulant vérifier cette hypothèse obtiennent des résultats ambigus (Feschbach, 1970; Feschbach et Feschbach, 1976). Le tempérament semblerait jouer le rôle de médiateur dans la capacité de l'enfant de retarder la gratification de ses besoins et de se contrôler, chez l'enfant d'âge préscolaire (Feschbach et Feschbach, 1976).

3.3.4 Conséquences

Plusieurs études portant sur les comportements agressifs des enfants d'âge préscolaire ont signalé que non seulement de tels comportements favorisent à long terme l'apparition de comportements associés, mais ils entraînent aussi le rejet de la part des pairs (Hartup et al., 1967; Masters et Furman, 1981; Vaughn et Waters, 1981; voir Campbell et Cluss, 1983). De même, Moore (1967; voir Campbell et Cluss, 1982) a émis l'hypothèse selon laquelle une agressivité non provoquée de la part de l'enfant entraînera plus probablement le rejet des pairs que dans le cas où l'agressivité sert de réplique. Cette hypothèse a été confirmée par la suite.

D'après Anderson (1978) et Goupil et Comeau (1986), les enfants qui risquent d'avoir des troubles d'apprentissage sont souvent ceux qui n'ont pas appris à utiliser leurs énergies agressives de manière constructive; en d'autres mots, ce sont ceux qui n'ont pu sublimer leur agressivité. Plus tard, cela peut résulter dans la délinquance.

L'enfant agressif peut pousser ses parents à exercer ou à amplifier leurs méthodes punitives. Ceci risque d'augmenter l'agressivité chez l'enfant, l'entraînant ainsi dans un cycle sans fin.

3.3.5 Recommandations

On ne doit pas chercher à détruire ou contrôler les sentiments d'agressivité de l'enfant, mais plutôt reconnaître ces sentiments et lui permettre de les exprimer en autant que cela ne porte atteinte à personne. Ainsi, les éducateurs(trices) peuvent encadrer les comportements de l'enfant en l'aidant à trouver des

façons acceptables de régler ses conflits et d'exprimer sa colère. Par exemple: le jeu, le sport, l'aménagement d'une salle où l'enfant peut crayonner et s'amuser à son aise, etc..

Ne pas réprimander un geste d'agression en jugeant l'enfant: éviter de faire des commentaires qui suggèrent qu'il n'est pas gentil d'être en colère et tenter de rester calme.

L'enfant a besoin de savoir clairement ce qui est permis ou non, ainsi que ce qui l'attend lorsqu'il manifeste ouvertement son agressivité. C'est la constance des attitudes des parents qui lui permettra de comprendre.

Dans le cas d'une séparation, minimiser les conflits entre les parents et tenter de maintenir une relation stable et chaleureuse avec au moins un des parents, ainsi qu'une continuité de relation avec le père.

BIBLIOGRAPHIE

ANDERSON, L.S. "The agressive child". Children Today, vol. 7, no 1, 1978, in A. Lane (éd.), Readings in abnormal psychology: the problems of disordered emotional and behavioral development, Special Learning Corporation, Connecticut, 1980, p. 112-115.

BAX, Martin. "The assessment of the child at school entry". Pediatrics, vol. 58, no 3, sept. 1976, in A. Lane (éd.), Readings in abnormal psychology: the problems of disordered emotional and behavioral development, Special Learning Corporation, Connecticut, 1980, p. 47-55.

BOIS, Yves. Le développement de l'enfant de 0 à 6 ans. CEGEP de St-Jérôme, 1982.

CALDWELL, B.M. "Agression and hostility in young children". Young Children, vol. 32, no 2, 1977, in A. Lane (éd.), Readings in abnormal psychology: the problems of disordered emotional and behavioral development, Special Learning Corporation, Connecticut, 1980, p. 47-55.

CLOUTIER, Richard, DIONNE, Louise. L'agressivité chez l'enfant. Canada, Edisem, 1981, 126 pages.

FESCHBACH, N., FESCHBACH, S. "Children's agression". In W. Hartup (éd.), The Young Child, National Assoc. for the Educ. of Young Children, 2e éd., 1976, p. 284-319.

GOUPIL, G., COMEAU, H. Les problèmes de comportement à la garderie. Univ. du Québec à Montréal, Dépt de psychologie, 1986.

PAPALIA, D.E., OLDS, S.W. (1978). Human development. New-York, McGraw-Hill, Traduction française par Bélanger et Bélanger, Le développement de la personne, Montréal, HRW, 2e éd., 1983, 556 pages.

ZIGLER, E.F., LAMB, M.E., CHILD, I.L. Socialization and pesonality development, 2e éd., Oxford University Press, New-York, 1982, 347 pages.

4.0 TROUBLES D'ENTRAÎNEMENT A LA PROPRETÉ

INTRODUCTION

Avant d'aborder ce chapitre, il importe de préciser que nous accorderons plus d'emphase à l'étude de l'énucléose fonctionnelle, puisque ce trouble est celui que de nombreux parents et intervenants sont le plus susceptibles de rencontrer. En effet, quoique l'encoprésie soit un trouble plus sérieux que l'énucléose, c'est un trouble qui se rencontre beaucoup moins fréquemment chez les enfants âgés de moins de 5 ans. Cependant, notons que la majorité de ce qui est dit concernant l'énucléose se rapporte aussi à l'encoprésie.

4.1 DEFINITIONS

4.1.1 Enurésie fonctionnelle

Comme le relève Thérèse Dostie (1980), "pour les sciences médicales, l'énucléose est à concevoir comme un syndrome organique pouvant traduire soit une anomalie ou défectuosité de l'appareil urinaire, soit un retard de développement au niveau anatomophysiologique ou neurologique".

Cependant, l'auteure ajoute que les behavioristes voient dans ce problème le résultat d'une faute éducative.

D'un autre côté, dans le DSM III (APA, 1980), on considère qu'avant de diagnostiquer une énucléose fonctionnelle, il est impératif d'éliminer toutes possibilités d'infection urinaire de dysfonction urologique ou d'anomalie anatomique quelconque. Notons que notre étude des troubles d'entraînement à la propreté tiendra principalement compte de cette dernière définition; nous nous attarderons surtout aux facteurs de risque de type psychosocial ou affectif.

L'énucléose fonctionnelle se définit par l'émission le plus souvent involontaire d'urine durant la nuit (énucléose nocturne) et/ou le jour (énucléose diurne), survenant chez un enfant âgé de plus de quatre ans.

L'énucléose est dite primaire, si elle persiste en quelque sorte de façon continue depuis la naissance. Elle est appelée secondaire si l'enfant perd soudainement le contrôle de ses urines après en avoir fait l'acquisition durant une période minimale d'environ trois mois. Dans la seconde situation, l'enfant est généralement âgé entre cinq et huit ans.

Enfin, signalons que l'enurésie se présente deux fois plus chez les garçons que chez les filles, sans qu'on en connaisse les véritables raisons.

4.1.2 Encoprésie fonctionnelle

L'encoprésie fonctionnelle se définit par l'absence de contrôle sur les sphincters responsables de la défécation, qui apparaît chez un enfant âgé entre trois et quatre ans.

Semblable au cas d'enurésie, on peut parler d'encoprésie primaire ou secondaire, cette dernière se produisant généralement chez un enfant âgé entre quatre et huit ans.

Enfin, il est intéressant de noter que ce trouble affecte aussi trois fois plus de garçons que de filles.

4.2 FACTEURS DE RISQUE

D'après Gagnan-Brunette et Homsky (1983), il existerait plusieurs facteurs contributifs autant de nature physique que biologique ou psychologique. Il est donc fondamental d'être attentif aux causes possibles de l'enurésie ou de l'encoprésie et de ne pas tirer de conclusion trop hâtive.

4.2.1 D'ordre psychosocial

a) Reliés au contexte familial

Parmi un des principaux facteurs de risque, on retrouve une grande désharmonie familiale (Crest, 1958; Oppel et al., 1968; Miller et al., 1960; Douglas, 1973; voir Dostie, 1980). Lors de son étude, Douglas (1973; voir Dostie, 1980) a observé que la mort du père n'est pas associée à une augmentation du taux d'enurésie; les enfants dont la mère est décédée ou ceux dont les parents sont divorcés présentent un taux d'enurésie deux fois plus élevé que ceux vivant dans une famille normale. Ces résultats rejoignent ceux de Stein et Susser (1965; voir Dostie, 1980) qui observent un taux d'enurésie plus élevé chez les enfants qui ont perdu leur mère à la suite d'une séparation ou d'un divorce.

Concernant les familles monoparentales, Essen et Peckham (1976; voir Dostie, 1980) ont remarqué qu'à compter de onze ans, il existe un plus grand nombre d'enfants énurétiques, mais pas avant cet âge. Pour sa part, Terri (1976; voir Dostie, 1980) observe

que lorsque le père est absent, les garçons sont plus susceptibles d'être énurétiques; la proportion de filles énurétiques ne varie pas, quelle que soit la situation familiale.

Certains âges semblent moins favorables pour que l'enfant entreprenne l'entraînement à la propreté. Ainsi, il existe quelques facteurs de risque qui sont liés à la motivation des parents. Ces derniers peuvent d'abord manifester une hésitation anxieuse au niveau de l'apprentissage à la propreté; par la suite, ils procèdent de façon trop brusque. Dostie (1980) relève que les mères qui font montre d'une attitude ferme, mais chaleureuse, parviennent à des résultats positifs plus rapidement que celles utilisant une approche punitive et rejetante; ceci cause habituellement une énurésie primaire. Il semble, d'après Dostie (1980) que ce ne soit pas tant le moment où l'apprentissage est entrepris qui en influence l'issue, comme les attitudes ou exigences du parent face à son enfant.

Les parents peuvent aussi désirer que l'enfant soit propre, parce qu'ils croient que c'est le signe d'une maturation avancée, ou par esprit de compétition sociale. L'apprentissage débute alors trop tôt et de façon autoritaire, ce qui fait en sorte que l'enfant a acquis le contrôle de force. Ceci cause habituellement une énurésie secondaire. Dostie (1980) souligne qu'un apprentissage initié trop tôt risque d'engendrer des troubles émotifs ultérieurs; cependant, ceux-ci n'apparaissent pas nécessairement si l'entraînement se déroule dans un climat affectif chaleureux et compréhensif.

Les parents peuvent aussi associer cet apprentissage aux bonnes habitudes de vie qu'il faut acquérir, oubliant de considérer l'élément de maturation physiologique.

b) Reliés à l'enfant

Avant de maîtriser les processus d'élimination, l'enfant doit comprendre qu'il existe des endroits et des moments appropriés; se familiariser avec les sensations signalant le besoin d'éliminer; apprendre à contrôler ses sphincters.

De plus, il importe de noter que chaque enfant fait preuve d'un tempérament unique, qu'il se développe à un rythme particulier, et qu'il en va de même pour l'apprentissage à la propreté. Un enfant peut donc apparaître lent à être propre, ce qui occasionne certains désagréments pour l'enfant et sa famille, sans que l'on puisse parler d'énurésie ou d'encoprésie primaire. Encore plus spécialement pour ces deux troubles, les notions d'âge et d'individualité sont primordiales.

Vers trois ans, l'enfant manifeste un début d'autonomie. Il peut alors décider volontairement de ne pas retenir ses selles ou son urine, ou de les utiliser comme monnaie d'échange de l'affection de ses parents. Ce désir de donner et de recevoir est déterminé par la qualité de relation parents-enfant. Ainsi, il semble qu'à certains moments de sa vie, un enfant peut éprouver un besoin d'affection accentué de la part de ses parents et augmenter, dans ce but, le nombre de ses mictions diurnes ou nocturnes; c'est ainsi qu'une énurésie, de même qu'une encoprésie, s'installe possiblement.

L'enfant peut aussi manifester une forte tendance à l'agitation, suite à un événement troublant. Ainsi, les enfants vivant dans des foyers inharmonieux risqueraient plus de devenir énurétiques (Miller et al., 1960; Stein et Suser, 1967; voir Dostie, 1980). Dostie (1980) ajoute que "les enfants n'ayant pas vécu d'expériences traumatisques au cours de leur enfance sont rarement énurétiques. L'apparition d'un seul événement suffit à accroître le taux d'énurésie". Ceci va dans le sens des travaux de MacKeith (1968; voir Dostie, 1980), selon qui il existerait une période sensible pour l'apprentissage à la propreté. Durant cette période, toute situation adverse pourrait soit gêner l'acquisition de la propreté (primaire), soit la faire régresser (secondaire).

Gagnan-Brunette et Homsky (1983) notent aussi que la tension psychologique peut jouer un certain rôle: l'incident a d'autant plus de chance de survenir que l'enfant sera excité durant la journée. De même, Dostie (1980) soutient que tout stress physique ou mental, principalement au cours des deuxième, troisième et quatrième années de l'enfant, peut conduire à l'énurésie.

c) Reliés au statut socio-économique

Plusieurs études rapportent un taux d'énurésie plus élevé parmi les classes sociales plus démunies (Miller et al., 1960, 1974; Essen et Reckham, 1976; Blomfield et Douglas, 1956; voir Dostie, 1983); cependant, cette observation n'est pas appuyée par tous les chercheurs.

D'après Thérèse Dostie (1980) les facteurs socio-économiques n'interviennent que d'une manière indirecte: "les divers stress que doit rencontrer un milieu plus démunie peuvent, semble-t-il, suffire à justifier le plus haut taux d'énurésie dans les classes sociales plus défavorisées". Ainsi, d'autres études (Douglas, 1970; Douglas et Turner, 1970; voir Dostie, 1980) ont montré qu'un stress physique ou mental, continu ou transitoire, surveillant principalement au cours de la tendre enfance, est très souvent relié à l'énurésie. Ainsi envisagée, la relation entre classe sociale et énurésie devient plus intelligible.

4.2.2 D'ordre physiologique et biologique

Les principaux facteurs énumérés par Gagnan-Brunette et Homsky (1983) sont d'ordre physiologique et biologique:

1. La vessie de capacité fonctionnelle réduite se retrouve chez la majeure partie des enfants énurétiques chez qui la capacité maximale est d'environ le tiers inférieur, comparativement aux enfants normaux.
2. Laleski (1972; voir Gagnan-Brunette et Homsky, 1983) a détecté une incidence anormalement élevée d'allergies diverses sur une population de 105 enfants énurétiques.
3. Chez certains enfants, on peut se demander si un léger défaut de régulation de l'hormone antidiurétique durant la nuit ne peut être à l'origine de certains cas d'énurésie.

4.3 CONSEQUENCES

Elles sont principalement fonction d'abord de l'effet sur l'estime de soi de l'enfant; ensuite, de l'attitude punitive et du rejet de la part des parents; finalement, de la réaction des pairs.

Lors d'une recherche, Bjorvisson (1973; voir Dostie, 1980) observe que la relation la plus significative se retrouve entre énurésie et comportements d'indiscipline et de négativisme. De plus, Goldfard (1943; voir Dostie, 1980) trouve que les enfants énurétiques démontrent souvent un manque d'inhibition générale et une immaturité émotive.

Lors d'une étude, Valenzuela (1959; voir Dostie, 1980) évalue l'incidence des comportements immatures chez une population d'enfants énurétiques. Les comportements étudiés sont: succion du pouce prolongée, sevrage tardif, retard dans l'acquisition du langage et d'habiletés motrices telles la marche, dépendance à la mère, difficultés de relations harmonieuses avec les pairs. Il en ressort que les filles énurétiques présentent un plus grand nombre de comportements immatures que le groupe contrôle, mais pas les garçons.

Hallgren (1957; voir Dostie, 1980) trouve lui aussi une association significative entre retard de langage et énurésie. De plus, Mac Farlane et al. (1954; voir Dostie, 1980), dans leur étude de suivi d'enfants âgés de vingt-et-un mois jusqu'à l'âge de quatorze ans, constatent que les enfants énurétiques primaires sont significativement plus lents à acquérir les divers comportements aux âges appropriés, comparativement aux enfants

non énurétiques. De même, une autre étude longitudinale allant jusqu'à l'âge de onze ans démontre que 6,2% des enfants énurétiques primaires ne marchaient pas à dix-huit mois, comparativement à 3,9% dans la population en général; 10,2% présentaient des retards de langage à deux ans, comparativement à 5,2% (Essen et Packham, 1976; voir Dostie, 1980).

Surtout si elle est secondaire, l'énurésie ou l'encoprésie peut affecter la sociabilité de l'enfant qui risque de devenir la risée de ses camarades. Il peut même en venir à ne plus vouloir sortir, ce qui amène un stress supplémentaire et fait perdurer le problème.

De plus, il arrive souvent que les parents se sentent coupables de l'échec dans l'éducation de leur enfant et passent d'un extrême à l'autre: tolérance ou sévérité. L'enfant peut donc apprendre que l'énurésie ou l'encoprésie est un excellent moyen pour gagner un certain contrôle sur ses parents.

4.4 RECOMMANDATIONS

D'abord, il faut toujours garder en tête qu'il s'agit d'un apprentissage, d'un entraînement qui, de surcroît, relève d'une base physiologique. On doit donc attendre que la maturité soit acquise avant de penser à l'entraînement à la propreté.

Il faut être à l'écoute de l'enfant: le moment idéal pour débuter l'entraînement à la propreté est quand l'enfant tente d'imiter ses parents. A la suite de recherches menées dans ce domaine, il ressort qu'un apprentissage basé sur les besoins de l'enfant plutôt que sur ceux des parents donne lieu à une acquisition plus précoce de la propreté en même temps qu'il favorise un développement affectif plus harmonieux (Newson et Newson, 1965; Sears et al., 1957; voir Dostie, 1980). Ces moments pourraient être vécus dans le jeu et les parents devraient en profiter pour valoriser l'enfant et oublier les accidents éventuels (Thibault et Minville, 1985). C'est ce que certains appellent la méthode permissive (Newson et Newson, 1965; Brazelton, 1962; voir Dostie, 1980).

De plus, Dostie (1980) souligne que les enfants entraînés plus tard apprennent plus vite; le temps requis pour réussir cet apprentissage diminue avec l'âge.

Enfin, il ressort que de nombreux parents gagneraient à être mieux informés sur le moment où l'entraînement peut débuter, sur la façon de procéder.

BIBLIOGRAPHIE

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Diagnostical and Statistical Manual for Mental Disorders (DSM III). Washington D.C., 1980, 484 pages.

DOSTIE, Thérèse. Synthèse critique des connaissances actuelles sur l'enurésie. Univ. de Montréal, Dépt de psychologie, 1980, 265 pages.

GAGNAN-BRUNETTE, M., HOMSKY, Y. "L'enurésie fonctionnelle chez l'enfant". L'actualité médicale, vol. 4, no 221, 16 novembre 1983, p. 31-32.

SCHMITT, B.D. "Enurésie nocturne: mise à jour du traitement". Médecine moderne du Canada, vol. 39, no 8, août 1984, p. 811-818.

5.0 TROUBLES DU LANGAGE ET DE LA PAROLE

INTRODUCTION

Les troubles du langage et de la parole seront abordés d'une façon moins complète, comparativement aux autres concepts à l'étude. En effet, ce relevé de littérature s'adresse avant tout aux intervenant(e)s et en particulier à ceux oeuvrant dans les D.S.C., C.L.S.C. et C.H.; comme il existe divers spécialistes en orthophonie et audiologie dans ces milieux, nous n'avons pas cru nécessaire de définir des troubles de façon très approfondie. De plus, comme il existe plusieurs systèmes de classification de ces troubles, il devenait difficile de présenter une revue complète de ces classifications.

Nous présentons alors quelques définitions de ce qu'on entend par parole et par langage, ainsi que les facteurs de risque et conséquences de ces troubles en s'attardant à leur nature psychosociale plutôt que médicale. Ceci dans le but de compléter les connaissances des intervenants concernés et de mettre en valeur certaines pistes d'intervention.

5.1 DEFINITIONS

En général, lorsqu'on parle de parole et de langage, on se réfère au médiateur servant à exprimer le langage dans un premier cas, et à la symbolisation intérieure de la pensée, dans un deuxième temps.

5.1.1 Trouble de la parole

Pour Lerner (1985), les troubles de la parole sont des anomalies de parole, telles que les difficultés d'articulation, de voix ou de la fluence. Par exemple, l'enfant ne peut prononcer ses "r", il bégaye ou il zézaye. Pour cet auteur, le langage expressif s'apparente à la parole, puisqu'il est le processus par lequel le langage est produit.

Lorsqu'il souffre d'un trouble à ce niveau, l'enfant peut comprendre l'utilisation du langage et saisir ce qu'on lui dit. Il n'a aucune paralysie musculaire l'empêchant de parler et il réussit bien aux tâches non verbales. Toutefois, selon Lerner (1985), il éprouve certains problèmes quant aux habiletés de paroles suivantes:

- Déficience dans la mémorisation de mots ou d'expression;
- Se rappelle du mot, mais ne peut l'articuler;
- Peut utiliser des phrases courtes et simples, mais a de la difficulté à formuler des phrases plus longues et plus complètes.

Dans le DSM III (APA, 1980), on retrouve les troubles du langage (expressif et réceptif) et de la parole dans la catégorie "trouble de développement".

Dans le DSM III (APA, 1980) et Lerner (1985), le trouble de type expressif s'apparente au trouble de la parole et se définit comme suit:

"Echec à développer l'expression vocale (encodage), tandis que la compréhension ou les habiletés de décodage demeurent relativement intactes. Il y a présence de concepts appropriés à l'âge, comme la compréhension de l'utilité et de la signification d'objets domestiques (langage primaire); par contre, l'articulation est immature, les sons les plus difficiles sont omis (r, s, z, y, l), le vocabulaire est restreint et les phrases demeurent courtes".

Un des troubles les plus fréquemment rencontrés parmi ceux relatifs à la parole est le bégaiement, lequel constitue plus précisément un trouble du rythme. Cela se manifeste soit par des répétitions de sons, de mots et même de phrases, soit par la prolongation des sons ou par des arrêts brusques appelés blocages. Au début, le bégaiement n'est pas conscient: de ce fait, l'enfant n'a pas encore développé la peur de parler. Cependant, à la suite de la réaction des gens à son problème, l'enfant prend conscience de son trouble et la peur de parler en vient à modifier sa personnalité.

Enfin signalons que d'après Bax (1976), un retard de parole est souvent, mais pas toujours associé à un quelconque déficit de langage. Plus l'enfant a des troubles de parole, plus ces derniers auront de chance de persister et d'être associés à un trouble de langage. Ceci démontre encore une fois l'importance du dépistage et du traitement précoce. En effet, tandis que des problèmes d'articulation et de prononciation se corrigent habituellement d'eux-mêmes quand l'enfant atteint cinq ans, des retards dans l'utilisation des mots sont généralement accompagnés d'autres difficultés de langage.

5.1.2 Trouble du langage

Plusieurs enfants présentant des difficultés ou des troubles d'apprentissage ne suivent pas le pattern de développement normal

du langage. En effet, quoique chez l'enfant normal le langage semble s'acquérir de façon relativement naturelle et aisée, d'autres enfants éprouvent des difficultés dans l'acquisition d'une ou plusieurs propriétés du langage. Chez les pathologistes du langage, il arrive fréquemment qu'on utilise le terme trouble de langage lorsqu'on se réfère à un enfant présentant soit un retard (difficulté), soit un déficit.

L'enfant souffrant d'un retard de langage peut ne pas parler du tout ou peut n'utiliser que très peu le langage, même s'il se trouve à un âge où l'on devrait normalement s'attendre à ce que le langage soit suffisamment développé; tandis que l'enfant présentant un déficit de langage peut parler mais en employant d'étranges modèles syntaxiques, en mêlant l'ordre des mots ou en se servant de mots inappropriés (Lerner, 1985).

De son côté, Lerner (1985) conçoit le trouble de langage comme étant un concept assez large, regroupant tout le domaine de la communication et du comportement verbal, incluant des problèmes tels que:

- retard de parole;
- trouble de vocabulaire, de signification de mots ou de formation de concepts;
- mauvaise application des règles grammaticales;
- pauvre compréhension du langage.

L'auteur classe les étapes de développement du langage oral en trois catégories dont le langage interne, le langage réceptif et le langage expressif, en soulignant qu'un trouble à l'un de ces niveaux entraînera des conséquences particulières. Ainsi, un trouble du langage interne constitue la forme la plus sévère de trouble de langage, puisque cela indique l'incapacité d'assimiler des expériences. Par exemple, l'enfant n'est pas capable de faire le lien entre le son d'un jappement et le chien.

Le langage réceptif est considéré comme étant le prérequis du langage expressif. Dans ce cas, l'enfant peut s'avérer déficient face à une, plusieurs ou toutes les habiletés suivantes:

- discrimination de tonalité;
- discrimination phonétique;
- discrimination morphémique (COW vs COWS);
- incapacité à comprendre la signification d'un mot simple;
- difficulté à comprendre des phrases plus complexes;

- certains enfants comprennent un mot dans un contexte bien particulier, mais ne peuvent l'appliquer à un contexte différent.

Finalement, le langage expressif s'apparente à la parole, comme il a été expliqué précédemment.

Dans le DSM III (APA, 1980), on définit aussi le trouble de langage comme étant un trouble de type réceptif:

"Echec dans le développement de la compréhension (décodage) et de l'expression vocale (encodage). Les déficits apparaissent dans la perception sensorielle (reconnaissance des sons ou des symboles visuels), l'intégration, le rappel de mémoire et dans les habiletés de reconnaître ou de reproduire des séquences de symboles".

5.1.3 Classification suggérée

Concernant les troubles du langage et de la parole, il existe plusieurs systèmes de classification. Cependant, nous avons décidé de présenter celle proposée par un groupe de spécialistes et qui est incluse dans un rapport remis au ministère de la Santé nationale et du Bien-être social (novembre 1982). Le but de cette démarche est de donner une meilleure idée de la nature des diverses manifestations de ces troubles. Toutefois, il est à noter que pour chaque catégorie, la description détaillée ne sera pas fournie, considérant que cela n'était pas pertinent dans le cadre du présent travail. Cette description serait plus utile pour des fins de diagnostic précis. Le lecteur intéressé pourra se référer au rapport du groupe de spécialistes (1982).

- A. Trouble de langage; langage déviant; retard de langage; trouble phonologique, morphologique, syntaxique et sémantique; aphasie congénitale ou acquise.
- B. Trouble d'articulation; trouble phonétique; trouble au niveau de la production des phonèmes; dysarthrie; apraxie.
- C. Trouble de la voix; trouble de la phonation; déformation de l'onde glottique, problème de vibration laryngienne.
- D. Trouble de la résonnance; problèmes de modulation de la partie antérieure du conduit vocal; trouble d'occlusion vélopharyngienne; difficultés de couplage du conduit nasal.
- E. Bégaiement; bredouillement; trouble du débit et du rythme; trouble de la fluence; trouble prosodique; trouble de synchronisation.

F. Trouble de la parole chez le déficient auditif; trouble du langage chez le déficient auditif; trouble de la parole, du langage et de la voix chez le déficient auditif.

A noter que pour chaque catégorie, la description détaillée n'a pas été fournie, considérant que cela ne serait pas pertinent pour le présent travail.

5.1.4 Caractéristiques particulières à l'enfant de moins de 5 ans

Selon une étude menée par le Service de l'enseignement de la Commission scolaire Le Gardeur (1983), divers troubles ont été relevés chez des enfants de 5 ans, au niveau de la parole et du langage. Voici les résultats généraux.

1. Faiblesse au niveau des prérequis:

- mémoire auditive: se souvenir d'une phrase plus longue, avec plus de détails;
- le rythme: percevoir le rythme dans une phrase ou un mot (ex.: débarbouillette/débouillette);
- discrimination auditive: distinguer des sons qui se ressemblent (ex.: F, V).

2. Les erreurs d'articulation:

- Trois (3) types d'erreurs:
- l'enfant omet un son (ex.: un baon/un ballon);
 - l'enfant substitue un son par un autre (ex.: étureuil/écureuil)
 - l'enfant fait une distorsion mais on peut reconnaître le son.

Les sont touchés sont les V, K, J, R et L. En ce qui concerne le J (CH) et le R, ces "erreurs" sont "normales" pour cet âge.

Quelques termes courants:

- zézaiement: substitution CH-J/S-Z;
- sigmatisme: déformation S et Z;
- déglutition atypique: généralement reliée au sigmatisme;

assourdissement: absence de voisement dans les consonnes sonores B/P, D/T, etc.;
 nasonnement: dépertition nasale:
 b = m, d = n.

3. Les erreurs de parole:

Different du trouble d'articulation où l'enfant accroche toujours sur le même son (ex.: tous les K sont substitués par T). Ici, il s'agit d'une difficulté à dire un son selon sa position dans le mot. Les sons en position finale sont les plus difficiles (ex: bague = baye). Après, ce sont les sons en position médiane, puis enfin ceux qui sont en position initiale (plus facile). Ce genre d'erreurs de parole constitue un retard de parole.

Il y a aussi d'autres types d'erreurs de parole: omission, inversion, substitution ou ajout d'une syllabe ou d'un son dans le mot (ex: tévision, figérateur, pestacle). Ces erreurs sont plus sérieuses si elles sont fréquentes. Il s'agit alors d'un problème de parole.

4. Les erreurs au niveau syntaxe-morphologie:

Ces erreurs sont en fonction de la longueur et de la complexité de la phrase. L'enfant fait des phrases trop courtes et/ou trop simples qui contiennent des omissions (sujet, verbe, article) ou des inversions (complément à la place du sujet): ceci constitue un retard de langage. De pair avec ces erreurs syntaxiques, on retrouve des erreurs dites morphologiques: mauvais accord du verbe (singulier-pluriel ou conjugaison) dans le temps du verbe (ex: verbe mis à l'infinitif en toute occasion: "moi faire comme toi, moi manger"), erreurs de genre, de nombre.

5. Pauvreté du vocabulaire:

2 critères: - l'étendue: le nombre de mots compris et exprimés;
 - la précision du mot employé et l'utilisation qui en est faite.

Généralement, un retard de langage est accompagné d'une pauvreté dans le vocabulaire (ex: un enfant qui désigne tous les animaux par PITOU, qui dit "wouf-wouf" pour un chien ou qui ne peut identifier un grille-pain, un aspirateur, etc...).

6. Le rythme de la parole est perturbé:

Trop rapide: normal à quatre (4) - cinq (5) ans;
 Trop lent: possibilité d'un trouble d'origine neuro-musculaire;
 Perturbations nombreuses: hésitations, blocages;
 Pauses trop fréquentes accompagnées de tics et d'une grande tension nerveuse: bégaiement.

7. Voix altérée: rauque, sans force (extinction de voix):
troubles de voix.

Quelques études rapportant des pourcentages de troubles de la parole et/ou langage:

REFERENCES

Dudley et Delage, 1980

Commission scolaire Laprairie 1981 (Desmarais et Ménard, 1982)

Infante-Rivard, DSC St-Luc 1981 (Desmarais et Ménard, 1982)

Leroux et L'Homme, 1981 (Desmarais et Ménard, 1982)

DSC Hôtel-Dieu St-Jérôme, 1982

RESULTATS

Sur 334 enfants de la maternelle, 1ère et 2e année (Chomedey), 15% souffraient de troubles de la parole et du langage.

13,4% des enfants de maternelle présentent des troubles de la parole et du langage.

Sur 14 enfants de garderies et d'âge moyen de 53, 50 mois, 21,8% fonctionnent en dessous de leur âge pour la compréhension auditive et 33% pour l'habileté verbale (donc à risque)

La prévalence des troubles de langage chez l'enfant de 3 ans peut s'estimer à 21,8% \pm 3,3%.

Sur le territoire de la CECM, on évalue de 10 à 15% les troubles de langage et de la parole.

5.2 FACTEURS DE RISQUE

5.2.1 Reliés au statut socio-économique

D'après Laliberté-Bouliane (1983), le trouble de langage est celui le plus fréquent (80%) chez l'enfant; la cause principale serait le contexte social et familial, puis s'ajouteraient la déficience auditive souvent légère ou modérée et non soupçonnée.

Chacun sait que les enfants qui vivent dans des conditions très défavorables élaborent un langage moins complexe et moins structuré que des enfants de milieux plus favorisés ou "normaux" sur le plan social (Aimard et Morgan, 1983). Alors, l'évaluation des divers troubles et difficultés de langage doit obligatoirement tenir compte de ces facteurs. On ne peut attendre le même langage provenant d'un enfant d'immigrés, vivant dans de pauvres conditions matérielles et celui provenant d'un enfant vivant dans un milieu où les problèmes sont réduits. Selon les auteurs, cette différence ne constitue généralement qu'une variante des innombrables registres possibles du langage oral et les difficultés de ces enfants ne relèvent habituellement pas d'une aide orthophonique.

Plusieurs recherches ont évalué l'impact d'un milieu défavorisé sur le développement du langage. Ainsi, Tulkin et Kagan (1972; voir Papalia et Olds, 1983) ont étudié la façon dont le parent parle à son bébé: la communication parent-enfant diffère selon l'appartenance sociale du parent expliquant la plus grande facilité verbale des enfants issus d'un milieu socio-économique moyen. Les auteurs ont remarqué que certaines mères issues du milieu défavorisé considèrent soit que c'est une perte de temps d'essayer de parler à des jeunes bébés qui ne comprennent pas ce qu'on dit; soit qu'il est important de parler au bébé que lorsqu'il a commencé à parler. Les auteurs ajoutent que plusieurs d'entre elles sont convaincues qu'elles exercent peu d'influence sur le développement de leur enfant. Ces données ont des conséquences importantes lorsqu'il s'agit de créer un programme visant à encourager l'interaction verbale parents-enfant.

D'autres recherches portant sur les corollaires d'une situation socio-économique pauvre ont été menées par Cohen, Glass et Singer (1973; voir Schell et Hall, 1980). Ils ont étudié un groupe d'enfants vivant dans une tour d'habitation de 22 étages, donnant sur une artère très bruyante de Manhattan pour évaluer l'impact du bruit. Ces auteurs ont entre autres remarqué que les enfants qui avaient vécu au moins quatre ans aux étages inférieurs, les plus bruyants, avaient des difficultés à faire une différence entre certains phonèmes pourtant assez contrastés; les enfants des étages supérieurs ne présentaient pas ces difficultés. Les

auteurs en concluent que "bien qu' d'autres facteurs puissent intervenir, ces travaux révèlent que le milieu physique peut influencer de multiples façons les aptitudes physiques et mentales d'un individu".

5.2.2 Reliés au contexte familial

Bee et al. (1982) mentionnent de nombreux auteurs qui ont relevé certaines caractéristiques environnementales qui constituent des facteurs de prédiction du développement intellectuel et du langage. Parmi ces facteurs mentionnés, on retrouve:

- du matériel de jeu suffisant et approprié;
- relation parents-enfant chaleureuse, non restrictive et non punitive;
- stimulation verbale et réceptivité à l'enfant.

Suite à leur étude longitudinale menée auprès de mères et de leur enfant âgé jusqu'à quatre ans, Gee et al. (1982) ont remarqué que l'évaluation de la relation parents-enfant était le meilleur élément de prédiction du développement intellectuel et du langage, durant la première année de vie de l'enfant. De plus, les mesures de l'écologie familiale (niveau de stress, support social, niveau d'éducation de la mère) et la perception parentale vis-à-vis de l'enfant, spécialement à la naissance, étaient étroitement reliées au quotient intellectuel et au langage de l'enfant. Ceci se produisait dans le cas où le niveau d'instruction de la mère était bas, mais non pour les cas où le niveau d'éducation était plus élevé. Malheureusement, cette étude n'a pas tenu compte de la relation du père avec l'enfant.

De même, Siegel (1982) a observé que la qualité de l'environnement familial était plus déterminante que les variables biologiques reliées à l'enfant, en tant qu'élément de prédiction du développement intellectuel et du langage. L'auteur appuie ses conclusions en citant une dizaine d'études effectuées dans ce domaine. Ainsi, les enfants qui présentaient un développement normal à l'âge de deux ans mais qui avaient démontré un retard développemental à 4 mois et à 12 mois, provenaient de familles où l'environnement était stimulant. Inversement, ceux évalués comme étant normalement développés à 4 mois et à 12 mois, mais qui présentaient un retard à l'âge de deux ans, provenaient de familles où l'environnement était moins stimulant. Ces mesures étaient effectuées à l'aide du Home Observation of Measurement of the Environment (HOME).

5.2.3 Reliés à l'enfant

D'après Aimard et Morgan (1983), on retient le plus souvent les situations suivantes parmi celles porteuses de risque et affectant l'enfant:

- notion de surdité héréditaire;
- embryopathie: terme regroupant les malformations congénitales dues à certaines actions exercées sur le produit de la conception pendant les 2 ou 3 premiers mois;
- naissance prématurée et/ou petit poids à la naissance;
- traumatisme néo ou périnatal avec manifestations de souffrance cérébrale plus ou moins nette;
- enfant abandonné ou souffrant de carences et/ou d'abus.

Ces risques n'ont pas tous le même poids sur l'avenir du langage, chaque type de trouble ne répondant pas aux mêmes mécanismes.

Aimard et Morgan (1983) suggèrent que même avant 18 mois, il est toujours possible de repérer des manifestations comportementales qui mettent sur la voie de problèmes sévères précoce. Par exemple, il est primordial que le nouveau-né subisse un examen audiolologique très tôt. Il faut être alerte, car un trouble auditif peut être masqué par les bonnes aptitudes d'un bébé qui est très éveillé et qui semble bien se développer; ceci risque de retarder le diagnostic et aura des conséquences néfastes sur le développement du langage. Chez le nourrisson, l'incapacité ou la capacité fortement réduite d'entendre des sons et des phonèmes a une incidence sur la communication précoce entre les parents et le bébé. Ce dernier n'arrive pas à comprendre le langage parlé ou parvient à une compréhension minimale. Selon le rapport d'un groupe de spécialistes remis au ministère de la Santé nationale et du Bien-être social (1982), "même une perte légère de l'audition a de graves répercussions chez le nourrisson ou le jeune enfant qui, étant moins exposé au langage parlé, éprouvera un retard de langage". De plus, les conséquences d'une déficience auditive couvrent un plus large éventail: le développement des aptitudes personnelles, sociales et cognitives peut être retardé; l'enfant est défavorisé sur le plan scolaire et affectif; vers 2 ans, on observe fréquemment des troubles de comportement.

Enfin, signalons que même si le petit poids et la prématurité sont souvent associés à des troubles ultérieurs du développement, Siegel (1982) a remarqué qu'un environnement familial stimulant et chaleureux peut altérer les effets néfastes de ces conditions de naissance.

D'une façon plus spécifique, voici très brièvement quels seraient les facteurs de risque sous-jacents au bégaiement, un trouble de la parole défini précédemment.

Le bégaiement est un trouble assez fréquent et dont les risques sont plutôt d'ordre psychologique. Ce trouble n'est pas causé par un défaut physique, ni par un manque d'intelligence. On note chez le bégue des moments plus difficiles que d'autres et c'est la réaction négative de son entourage qui en est partiellement responsable. De plus, toute tension émotive chez une personne sujette à l'angoisse ne peut être que néfaste; le bégaiement étant généralement une réaction au stress, ces réactions négatives ne font qu'ajouter un stress supplémentaire et contribuent à la persistance du trouble.

5.3 CONSEQUENCES

Comme l'explique Laliberté-Bouliane (1983):

"Le langage est d'abord et avant tout le véhicule de la pensée qui permet à l'individu d'actualiser son potentiel intellectuel. Le développement du langage permet à la pensée d'évoluer et de se traduire de façon concrète. Le langage est aussi un moyen d'épanouissement, puisqu'il permet d'exprimer les besoins, les sentiments et d'entrer en relation avec le monde qui nous entoure. C'est surtout par le langage que l'on a accès à l'apprentissage et que l'on peut se développer au maximum, puisque c'est l'instrument privilégié de l'enseignement".

Ainsi, tous les niveaux de développement de l'enfant sont grandement influencés, sinon tout à fait dépendants du développement linguistique, si on adopte une perspective psychosociale.

Comme l'explique Sylvestre (1982; Gagné et Malenfant, 1984): "compte tenu du rôle de la communication dans le développement en général (affectif, cognitif, physique et social), on ne saurait négliger l'impact d'un trouble sur l'apprentissage, la personnalité et la capacité à assumer un rôle social".

Un enfant qui éprouve des difficultés au niveau du langage ou de la parole évite les contacts avec autrui et s'il est particulièrement sensible, il peut aussi manifester des problèmes socio-affectifs: baisse de l'estime de soi, difficultés relationnelles, retrait social, agressivité.

Les troubles de langage sont généralement sous-jacents aux troubles d'apprentissage. Des recherches ont démontré que plusieurs adolescents et adultes présentant des troubles d'apprentissage avaient des habiletés de langage et de communication plus faibles que d'autres adolescents et adultes qui réussissaient normalement (Olsen, Wong et Marx, 1983; Blalock, 1982; voir Lerner, 1985).

D'autres études ont démontré que des étudiants qui avaient présenté des types variés de trouble de langage à l'âge préscolaire, semblaient plus tard handicapés par une variété de troubles de langage au niveau de la lecture, de l'écriture et de la communication. On retrouve de plus en plus d'évidences quant au lien associant les problèmes sévères de lecture et les difficultés de langage chez les enfants de niveau élémentaire, ainsi que chez les adolescents. Ces derniers diffèrent des lecteurs normaux dans leurs habiletés concernant la sémantique, la syntaxe et la phonologie (Vogel, 1975, 1977; Wong et Roadhouse, 1978; voir Lerner, 1985).

Allant dans le même sens, Bax, Hart et Jenkins (1980), un retard et un trouble de développement de la parole et du langage semblent précéder des difficultés au niveau de la lecture et de l'écriture; les enfants ayant des difficultés de lecture sont aussi connus comme éprouvant des difficultés tout au long de leur scolarité.

5.4 RECOMMANDATIONS

Faire connaître le développement du langage et de la parole pour qu'ainsi toutes déviations ou retards puissent être dépistés le plus tôt possible, c'est-à-dire avant l'âge de 3 ans ou au plus tard au cours de la 4e année de l'enfant. En effet, plusieurs auteurs déplorent le fait qu'on ne décèle souvent un trouble que lorsque l'enfant entre à l'école et qu'il éprouve des difficultés d'adaptation ou d'apprentissage.

La stimulation du langage et de la parole peut débuter très tôt. On peut encourager l'enfant à faire des exercices pour les muscles et organes de la parole, en l'engageant dans des activités telles que sourire, avaler, rire, mâcher, souffler, siffler, bailler, babiller, gazouiller ou faire des bulles. Selon Lerner (1985), l'encouragement de ces jeux lors du stade oral devient une technique par laquelle l'éducateur ou le parent peut aider l'enfant à récapituler les étapes normales de l'acquisition du langage. L'ensemble des jeux Peabody peut faciliter le développement des activités de langage. Pour stimuler adéquatement le langage de leur enfant, les parents doivent savoir de quelle manière communiquer avec celui-ci, c'est-à-dire en tenant compte de ses capacités.

Papalia et Olds (1983) ajoutent que si les parents encouragent les premiers efforts de leur enfant en répondant à son babillage, celui-ci apprendra à parler plus tôt que si l'on ne tient aucunement compte de ses premiers sons. D'autres programmes de stimulation suggèrent aux parents de lire régulièrement des histoires et des contes à leur enfant, dès qu'il a atteint l'âge de quatre mois.

Johanne Gasse et Louise Roy (1984) proposent certaines activités de stimulation du langage pour les enfants de 0-5 ans:

0-18 mois

- Répéter les sons de l'enfant;
- Parler, chanter, nommer les choses, danser avec l'enfant;
- Réagir aux gestes par des gestes, ex: sourires, bye-bye;
- Reproduire des onomatopées (sons) d'objets ou d'animaux, ex: l'eau coule: glou-glou; le chien jappe: wouf-wouf.

18 mois - 3 ans

- Nommer les choses;
- Indiquer l'âge avec les doigts;
- Lui apprendre des petites comptines;
- Le faire parler de ce qu'il fait.

3 - 5 ans

- Faire raconter à l'enfant des événements récents, passés ou futurs;
- S'amuser à répéter des mots nouveaux et/ou bizarres;
- Montrer des images de métiers, des couleurs, des aliments ou autres objets familiers et les nommer.

BIBLIOGRAPHIE

AIMARD, P. et MORGAN, A. Approche méthodologique des troubles de langage de l'enfant. Masson, Paris, 1983, 194 pages.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorder (DSM III). Washington D.C., 1980, 484 pages.

BAX, Martin. "The assessment of the child at school entry". Pediatrics, vol. 58, no 3, septembre 1976, in A. Lane, Readings in abnormal psychology: the problems of disordered emotional and behavioral development, Special Learning Corporation, Connecticut, 1980, p. 88-91.

BAX, M., HARD, H., JENKINS, S. "Assessment of speech and language development in the young child". Pediatrics, vol. 66, no 3, septembre 1980, p. 350-354.

BEE, H.L. et al. "Prediction of IQ and language skill from perinatal status, child performance, family characteristics, and mother-infant interaction". Child development, vol. 53, 1982, p. 1134-1156.

COMMISSION SCOLAIRE LE GARDEUR, SERVICE DE L'ENSEIGNEMENT. Cliniques de santé pour les enfants du préscolaire: animation en orthophonie, Repentigny, février 1983.

DESJARDINS, Doreen. Programmation en audiologie et orthophonie. DSC-CHRO, Hull, septembre 1984.

GAGNE, J., MALENFANT, R. Quelques défis à relever dans le développement des enfants de 2-5 ans. DSC-CHUL et CLSC Laurentien, novembre 1984.

GASSE, J., ROY, L. Programme d'activités et mini-guide d'attitudes favorisant le développement socio-affectif des enfants, CLSC Hull, 2e éd., mai 1984.

LALIBERTE-BOULIANE, Louise. Programme en orthophonie et en audiologie pour les enfants de 0-5 ans, DSC St-Luc, 1983.

LERNER, J.W. Children with learning disabilities: theories, diagnosis teaching strategies. Houghton-Mifflin, Boston, 1985, 581 pages.

MINISTÈRE DE LA SANTE NATIONALE ET DU BIEN-ETRE SOCIAL. Lignes directrices pour la pratique de l'orthophonie et de l'audiologie; rapport d'un groupe de spécialistes. Ottawa, novembre 1982.

PAPALIA, D.E., OLDS, S.W. (1978). Human Development. New-York, McGraw-Hill; traduction française par Bélanger et Bélanger, Le développement de la personne, HRW, Montréal, 2e éd., 1983, 556 pages.

SCHELL, R.E., HALL, E. (1971). Developmental Psychology To-day. New-York, Random House; traduction française par Chauveau, Claes et Gauthier, Psychologie génétique, éd. du Renouveau Pédagogique, Montréal, 1980, 484 pages.

SIEGEL, L.S. "Reproductive, perinatal and environmental factors as predictors of the cognitive and language development of preterm and full-term infant". Child development, vol. 53, 1982, p. 963-973.

6.0 L'ENFANCE MALTRAITEE

La violence envers les enfants est une problématique fort complexe où il est parfois difficile de se retrouver parmi les nombreuses définitions et les divers facteurs de risque se situant à tous les niveaux. Comme préambule à la définition du concept de l'enfance maltraitée, nous présentons les articles 38 et 39 de la Loi 24 sur la Protection de la jeunesse, émis par le Gouvernement du Québec en 1984. Ceci s'avérera utile par la suite, puisque la majorité des interventions n'étant rendues possibles qu'en vertu de lois semblables, il est préférable d'en avoir une certaine connaissance.

6.1 LA LOI 24, ARTICLES 38 ET 39

L'article 38 stipule que:

"La sécurité ou le développement de l'enfant est considéré comme compromis:

- a) si les parents ne vivent plus, ne s'en occupent plus ou cherchent à s'en défaire;
- b) si un développement social ou affectif est menacé par l'absence de soins appropriés ou par l'isolement dans lequel il est maintenu ou par un rejet affectif grave et continu de la part de ses parents;
- c) si sa santé physique est menacée par l'absence de soins appropriés;
- d) s'il est privé des conditions matérielles d'existence appropriées à ses besoins et aux ressources de ses parents ou de ceux qui en ont la garde;
- e) s'il est gardé par une personne dont le comportement ou le mode de vie risque de créer pour lui un danger moral ou physique;
- f) s'il est victime d'abus sexuel ou est soumis à des mauvais traitements physiques par suite d'excès ou de négligence;
- g) s'il manifeste des troubles de comportement sérieux et que ses parents ne prennent pas les moyens nécessaires pour corriger la situation ou n'y parviennent pas;
- h) s'il est forcé ou réduit à mendier, à faire un travail disproportionné à ses forces ou à se produire en spectacle de façon inacceptable en égard à son âge;

i) s'il quitte sans autorisation un centre d'accueil, une famille d'accueil ou son propre foyer".

Il convient donc que chacune de ces situations nécessite une quelconque intervention de la part de l'Etat ou d'autres intervenants concernés.

Article 39:

Obligation de signaler: Toute personne, même liée par le secret professionnel, qui a un motif raisonnable de croire que la sécurité ou le développement d'un enfant est compromis au sens du paragraphe f de l'article 38 est tenue de signaler sans délai la situation au directeur.

Obligation de signaler: Tout professionnel qui, de par la nature même de sa profession, prodigue des soins ou toute autre forme d'assistance à des enfants et qui, dans l'exercice de sa profession, a un motif raisonnable de croire que la sécurité ou le développement d'un enfant est compromis au sens des paragraphes a, b, c, d, e, g, h ou i de l'article 38 est tenu de signaler sans délai la situation au directeur; la même obligation incombe à tout employé d'un établissement, à tout enseignant ou à tout policier qui, dans l'exercice de ses fonctions, a un motif raisonnable de croire que la sécurité ou le développement d'un enfant est compromis au sens desdits paragraphes de l'article 38.

Pouvoir de signaler: Toute personne autre qu'une personne visée à l'alinéa précédent, qui a un motif raisonnable de croire que la sécurité ou le développement d'un enfant est compromis au sens des paragraphes a, b, c, d, e, g, h ou i de l'article 38 peut signaler la situation au directeur.

6.2 DEFINITIONS

6.2.1 Les mauvais traitements

Johnson et al. (1985) définissent l'enfant maltraité comme étant:

"un enfant de moins de 18 ans qui présente une ou des blessures physiques sérieuses qui lui ont été infligées par des moyens autres qu'accidentels et/ou dont la condition physique, mentale ou émotionnelle a été perturbée ou est en grand danger de l'être, à cause du comportement négligeant ou abusif des parents ou de toute autre personne légalement responsable des soins qui lui sont nécessaires".

6.2.2 Les abus

Sauf mention "contraire", les définitions suivantes d'abus et de négligence ont été tirées de Martin et Messier (1981) et de Paiement (1983), citées par Thibault, Minville et collaborateurs, dans leur document en Famille-Enfance (1985).

On entend par abus "tout acte non accidentel, commis par un parent ou une personne responsable d'un enfant, et qui cause ou menace de causer du tort à la santé physique, mentale ou émotionnelle de l'enfant, ou à son bien-être".

On distingue quatre types d'abus:

- a) L'abus physique où une blessure est infligée;
- b) L'abus verbal où des messages négatifs affectant l'intégrité personnelle de l'enfant sont donnés de façon répétée et fréquente;
- c) L'abus psychologique où des émotions blessantes sont cachées derrière les mots et où des menaces ou des doubles-messages sont préférés de façon répétée et fréquente. De cette forme d'abus, Garbarino et Gilliam (1980) mentionnent quatre aspects principaux: punir des comportements positifs tels que sourire, exploration, vocalisation, manipulation d'objets, mobilité; décourager l'attachement entre l'enfant et la personne qui en prend soin; punir une estime de soi positive ou la rabaisser; punir le développement des habiletés interpersonnelles nécessaires pour une performance sociale adéquate dans des contextes non familiaux, comme à l'école ou avec les pairs.
- d) L'abus sexuel, où l'adulte en tire une satisfaction sexuelle, sans nécessairement utiliser la violence. On y retrouve

l'inceste, l'agression sexuelle, l'attouchement sexuel, les jeux sexuels, l'exhibitionnisme, le voyeurisme et l'utilisation de l'enfant pour des films pornographiques.

Pour leur part, Kempe et Helfer (1980) définissent l'abus sexuel comme étant:

"L'implication d'un enfant ou d'un adolescent dépendant et développementalement immature, dans des activités sexuelles qu'il ne comprend pas complètement, envers lesquelles il ne peut donner un consentement en toute connaissance de cause ou qui viole les tabous sociaux des rôles familiaux. Les abus sexuels incluent la pédophilie, le viol, l'inceste et l'exploitation sexuelle."

Enfin, notons que dans toute situation d'abus sexuel, il apparaît nécessaire de tenir compte des éléments suivants: le lien de la personne abusive avec l'enfant, la pratique sexuelle (type), l'âge de l'enfant, l'âge de l'agresseur, la fréquence, les valeurs culturelles, le degré de contrainte exercé sur l'enfant, la présence de violence, le milieu de vie de l'enfant et sa situation familiale. Ce sont là autant de facteurs qui relativisent la notion d'abus sexuel.

6.2.3 La négligence

Par opposition à l'abus qui se définit par un acte commis, on entend par négligence "tout acte omis ou défaut d'un parent ou d'une personne responsable d'un enfant, de lui assurer un certain niveau de soins."

Les parents peuvent ne pas percevoir la présence d'un problème, à cause d'un manque de connaissance sur le développement normal de l'enfant; par contre, on s'attend à ce qu'ils possèdent certaines connaissances de base ou qu'ils aient la responsabilité de demander de l'aide, lorsqu'ils se sentent dépassés (Kempe et Helfer, 1980).

On distingue deux types de négligence:

- a) Négligence physique où les parents ne répondent pas aux besoins primaires de l'enfant: nourriture, logement, vêtements adéquats, hygiène, soins médicaux, surveillance, stimulation.
- b) Négligence émotionnelle où les parents ne répondent pas aux besoins émotionnels de l'enfant, font preuve d'indifférence et/ou d'un manque de chaleur affective. Ils ne prennent pas l'enfant, ne le touchent pas, ne lui parlent pas, ne montrent pas d'intérêt envers lui, ou oublient facilement de s'en.

occuper quand ils jasent ou s'amusent avec d'autres adultes (Kempe et Helfer, 1980). Ce peut aussi être l'abandon pur et simple.

Micheline Mayer-Renaud (1985), quant à elle, définit la négligence émotionnelle comme étant:

"rejet émotionnel grave et continu caractérisé par une absence d'attention aux besoins affectifs et sociaux de l'enfant qui est assez grave pour que ce dernier ne puisse se définir comme ayant une valeur, une importance, une dignité. L'enfant est privé de tendresse, d'encouragement, de valorisation et d'amour."

Voici quelques études rapportant des pourcentages de mauvais traitements envers les enfants:

Références

Résultats

Martin et Messier, 1981 En 1979, parmi les 4 179 cas signalés à la DPJ, 83% étaient des nouveaux cas et 27,7% étaient du groupe 0-5 ans.

Assemblée nationale du Québec, 1982 (Thibault et Minville, 1985) En 1979, 1980 et 1981, il y a eu respectivement 4 179, 3 697 et 2 999 enfants signalés et retenus au Québec par la DPJ.

Fondation de recherche pour la protection de l'Enfance du Québec, 1983 En 1981, 25 enfants sont morts à la suite de mauvais traitements, avec une projection d'augmentation des décès de 10 à 15%.

Marois et Perreault, 1981

D'après une étude de 6 299 cas d'enfants maltraités recensés par l'Opération 30 000, en 1978, on trouve 50% garçons et 50% filles; le groupe 0-4 ans couvre 15%, tandis que le groupe 5-11 ans couvre 38%.

On retrouve aussi 28% des cas considérés comme à risque élevé de mauvais traitements, dont 49% sont des filles et 51% sont des garçons. La population 0-4 ans représente 17% des cas, tandis que les 5-11 ans représentent 39% des cas.

Quelques études rapportant des pourcentages d'abus envers les enfants:

Références

Marois et Perreault,
1981

Résultats -

- D'après une étude de 6 299 cas d'enfants maltraités recensés par l'Opération 30 000, en 1978, on retrouve:
- 6% d'abus sexuels où 80% des victimes sont des filles et 20% des garçons; la population 0-4 ans couvre 4% tandis que les 5-11 ans couvrent 24% des cas.
 - 12% d'abus physiques où 46% sont des filles et 54% des garçons; la population 0-4 ans représente 16% des cas, tandis que les 5-11 ans représentent 39% des cas.
 - 4% d'abus et négligence où 40% sont des filles et 60% sont des garçons; la population 0-4 ans représente 18% des cas, tandis que les 5-11 ans représentent 44% des cas.

Martin et Messier, 1981

En 1980, les cas d'abus physiques et d'abus sexuels représentent 80% des cas retenus par la DPJ. Les catégories de 14-17 ans et de 0-5 ans sont dominantes (28,9% et 26,6%).

Quelques études rapportant des pourcentages de négligence envers les enfants:

Références

Marois et Perreault,
1981

Résultats

- D'après une étude de 6 299 cas d'enfants maltraités recensés par l'Opération 30 000, en 1978, on retrouve:
- 50% de négligence où 48% des victimes sont des filles, tandis que 52% sont des garçons; la population 0-4 ans représente 14% des cas, tandis que la population 5-11 ans représente 38% des cas.

Martin et Messier, 1981

D'après une étude du nombre de cas et de la nature des services identifiés dans les signalements reçus à la DPJ en 1979, 1980 et 1981, on retrouve respectivement 11,7%, 7% et 4,5% de cas de négligence parmi les totaux respectifs de 4 179, 3 697 et 2 999 cas.

6.3 FACTEURS DE RISQUE

6.3.1 Généraux

Le phénomène de l'enfance maltraitée est la conséquence de situations complexes où l'on retrouve l'interaction de plusieurs facteurs explicatifs. C'est d'ailleurs ce qui ressort de cette citation tirée de Martin et Messier (1981):

"Depuis quelques années, dans les définitions de diverses problématiques, notamment la violence envers les enfants, l'accent est mis sur des facteurs socio-économiques et démographiques; aux traits psychologiques s'ajoutent maintenant le facteur stress relié à des conditions de vie particulières. Ce modèle appelé psychosociologique (écologique) introduit donc des facteurs extérieurs à l'individu et qui, en exerçant de fortes pressions sur lui, le conditionnent au point de perdre le contrôle de lui-même et le font se comporter à l'encontre même des valeurs auxquelles il adhère."

En traitant des facteurs de risque associés à l'enfance maltraitée, il sera donc question de facteurs relevant du statut culturel et socio-économique, ainsi que de ceux reliés à la famille et à l'enfant. De plus, comme pour les autres problématiques, l'enfance maltraitée représente souvent la pointe de l'iceberg, où une complexité de facteurs sont impliqués.

Par contre, un avertissement s'impose: comme pour la majorité des problématiques à l'étude et tel que précisé par Gloria Jeliu (1979), aucun de ces facteurs pris isolément n'est générateur d'abus ou de négligence, mais leur identification précoce peut servir à constituer une grille d'évaluation anticipée de situations à risques élevés."

Dans la littérature, on s'entend pour parler d'un " cercle de la violence" où l'enfant abusé devient parent abuseur; où les conséquences de la violence envers l'un deviennent facteurs de risque pour la violence envers l'autre. Pour mieux illustrer ce concept, Helfer (voir Garant, L., 1981) a produit un tableau qui fut ensuite repris, par une multitude d'auteurs et qui nous fait voir la complexité des interactions présentes entre plusieurs facteurs. Ce tableau est présenté sur la page suivante.

"Le cercle de la violence"

CAUSES RELIEES (PARENTS):

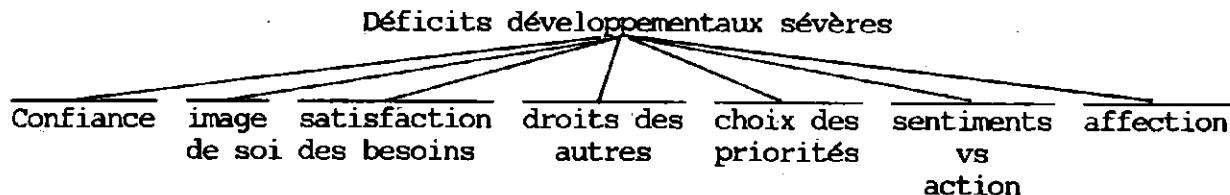
Déficit lors du développement quand était enfant:

- maladie mentale
- retard mental
- fanatisme

Crises personnelles et/ou écologiques sérieuses:

- maladie physique
- enfant difficile (réel ou perçu)
- toxicomanie ou abus
- épouse abusée
- séparation du conjoint
- problèmes légaux
- pauvreté/richesse

CECI RESULTE (CHEZ L'ENFANT):



CECI SE MANIFESTE PAR (CHEZ L'ENFANT):

- | | | | |
|-----|---------------------------|---------------------------|-------------------|
| LE | • Abus physique | • fugue | • délinquance |
| CY- | • négligence physique | • trouble de conduite | • maladie mentale |
| CLE | • échec dans réalisation | • trouble de comportement | • toxicomanie |
| RE- | • hyperactivité | • maladie physique | • etc. |
| | • trouble d'apprentissage | • retard | |

CECI RESULTE (CHEZ L'ADOLESCENT):

- COM- . Futur parent avec de sérieux déficits
- MEN- . Incapacité à faire face aux situations de stress normales en période CE d'adolescence
- Sélection de relations bizarres (amis, conjoint)
- Problèmes de grossesse

CECI SE MANIFESTE PAR (CHEZ LE PARENT):

Voir les causes reliées précitées.

6.3.2 Reliés au statut culturel

Selon Garbarino et Gilliam (1980), il existerait deux conditions nécessaires pour que des parents commettent de l'abus et/ou de la négligence envers leur enfant. La première implique la façon qu'une culture définit les droits des enfants; tandis que la deuxième est l'isolement social vécu par les parents et l'enfant et l'interdépendance qui s'en suit entre une famille et un milieu physiquement et socialement détérioré.

D'après ces auteurs, pour qu'un modèle de mauvais traitement prévale au sein d'une famille, "il doit y avoir une justification culturelle face à l'utilisation de la force envers les enfants, ainsi qu'une croyance généralement forte que les enfants sont la propriété des parents qui peuvent en prendre soin ou en disposer comme bon leur semble." De leur côté, Martin et Tessier (1981) parlent aussi d'un facteur culturel d'acceptation de l'utilisation de la force physique dans les méthodes d'éducation de l'enfant.

De surcroît, dans notre société moderne et grâce aux possibilités toujours grandissantes des médias d'information, la violence fait de plus en plus partie de notre quotidien: toutes les guerres, attaques, meurtres, tragédies ou autres événements à sensation, qu'ils se produisent chez nous ou à l'autre bout du monde, nous sont maintenant accessibles. A chaque jour, nous sommes témoins de violence, en spectateurs indifférents. Insidieusement, l'idée de la violence fait son chemin; jusqu'à maintenant, elle a surtout touché les plus grands centres urbains, mais nous ne pouvons faire autrement que d'en ressentir quelques séquelles.

6.3.3 Reliés au statut socio-économique

La deuxième condition nécessaire soulevée par Garbarino et Gilliam (1980) est l'isolement social qui réduit les ressources à la seule famille, limite les contacts de l'enfant pour appeler à l'aide et empêche un dépistage précoce qui éviterait les pires excès.

L'importance des supports augmente en fonction des stress provenant de l'environnement externe de la famille, des valeurs de chaque individu et des sources de stress émanant de la structure familiale elle-même. On aurait tort de croire que les raisons de l'isolement social ne sont qu'externes à l'individu; une distinction s'impose entre un manque de ressources et une mauvaise utilisation des supports disponibles. En effet, on a remarqué que le recours à des professionnels ou autres intervenants pour solutionner certains problèmes est à peu près inexistant

puisqu'on note que les ressources existantes sont peu utilisées; les familles préfèrent régler seules leurs difficultés ou demander de l'aide à la parenté.

Micheline Mayer-Renaud (1985) soulève aussi le facteur de pauvreté, d'ailleurs régulièrement associé à l'isolement. En effet, dans toutes les recherches, les familles négligentes comportent une surreprésentation de familles pauvres; de plus, parmi les familles pauvres, les familles négligeantes appartiennent au groupe le plus pauvre. Malheureusement, quoique nécessitant plus de soutien, la mère étant souvent chef de famille, ces familles sont de surcroît sujettes à l'isolement social. Cet isolement laisse donc insatisfait leur besoin affectif (dans le cas de mère seule) et bloque l'information sur les normes sociales de conduite et de modèles de comportements parentaux (Mayer-Renaud, 1985).

6.3.4 Facteurs reliés au contexte familial

Comme l'enfant de 0-5 ans est totalement dépendant de ses parents et de son milieu familial, les caractéristiques parentales seront d'abord étudiées.

a) Violence conjugale

Ainsi, considérant le mécanisme régissant le cercle de la violence, si l'enfant est victime ou témoin de la violence entre ses parents, le risque qu'il devienne violent dans ses relations interpersonnelles augmente (Gilles et Steinmetz, 1980; Steinmetz, 1977; Strauss et al., 1977, 1979; voir Thibault et Minville, 1985). Alors, le style spécial de comportement adopté par les parents peut être dû à un conditionnement psychologique où le parent agit comme ses parents agissaient (Martin et Messier, 1981; Johnson et al., 1985; Mayer-Renaud, 1985).

Dans son texte, Gloria Jeliu (1979) fait entre autres mention de facteurs associés aux parents et qui peuvent favoriser la dysharmonie des transactions parents-enfant. Ces facteurs sont aussi traités par différents auteurs et il s'agit de:

- alcoolisme ou toxicomanie aigu;
- maladie mentale grave et non compensée;
- maladie physique ou dépression post-partum.

b) Alcoolisme et toxicomanie

L'alcoolisme aigu ou chronique est susceptible de favoriser l'abus ou la négligence. L'alcoolisme peut aussi être un facteur que l'on retrouve parmi les antécédents familiaux des parents (Klein et Stern, 1971), de même que la toxicomanie de toute nature. L'enfant de parents toxicomanes ou alcooliques ne connaîtra pas la confiance de base et ne pourra établir des relations de confiance à l'âge adulte; plus tard, il sera incapable de chérir son propre enfant qu'il risque de percevoir avec le regard exigeant et dévalorisant de ses propres parents dont il occupe maintenant la place. De plus, Mayer-Renaud (1985) note qu'une mère toxicomane aura plus de chances de négliger son enfant, puisqu'elle vise l'évasion de la réalité et qu'ainsi, elle n'est pas en mesure d'assumer ses responsabilités.

c) Maladie mentale grave des parents

Une maladie mentale grave et non compensée, surtout chez la mère, entraînera des échanges pathologiques mère-enfant. Selon Mayer-Renaud (1985), le retrait social et la perte de contact dont souffre la mère affectent sa capacité de s'occuper adéquatement d'un enfant. Une autre étude effectuée par R. Carrier (1980) auprès de parents maltraitants a relevé un taux élevé de troubles de la personnalité: 76% des mères présentaient de l'immaturité affective et de la dépendance tandis que 64% des pères étaient sociopathes ou psychopathes. Cependant, Heffer et Kempe (1968; voir Jeliu, 1979) affirment que pas plus de 5 à 10% des parents maltraitants présentent des maladies psychiatriques graves et qu'on ne doit pas appliquer à tort un tel diagnostic.

d) Dépression de la mère

La dépression (post-partum ou autre), aussi mentionnée par Mayer-Renaud (1985), ainsi que la maladie physique sont d'autres caractéristiques parentales relevées par Gloria Jeliu lors de ses travaux auprès de parents maltraitants. Ainsi, dans son étude à l'Hôpital Ste-Justine, Jeliu (1979) compte 25% de mères célibataires et 62% de mères ayant eu des grossesses difficiles ou rapprochées parmi les 54 mères maltraitantes.

e) Désorganisation sociale et familiale

D'après une recherche de Klein et Stern (1971), la situation familiale au moment de la naissance du bébé maltraité incluait

une incidence élevée d'alcoolisme, de chômage, de pauvreté extrême et de désorganisation sociale. Ainsi, Martin et al. (1974; voir Pearce et Walsh, 1984) ont remarqué que les enfants maltraités vivant dans les milieux familiaux instables (manque important d'organisation, chômage fréquent, forte mobilité géographique et structure sociale chaotique) avaient un quotient intellectuel moyen de 96,2 comparativement à un Q.I. de 107,4 pour un enfant vivant dans un foyer stable. Ce manque de cohésion familiale a aussi été remarqué par Carrier (1980) où près de 33% des mères étaient célibataires, 15% des mères connaissaient très mal le partenaire avant le mariage et un peu plus de 33% des pères naturels étaient absents, dans le cas de familles maltraitantes.

f) Périodes vulnérables

Comme cela a déjà été mentionné, l'explication de l'enfance maltraitée se fait à partir de l'interaction complexe de plusieurs facteurs étroitement dépendants. Il existe certains moments où la moindre difficulté revêt une importance considérable. On pense alors à des périodes vulnérables telles que la grossesse, une nouvelle naissance, un déménagement, l'adoption, un changement d'emploi, etc.. Les stress psychosociaux intenses alliés à un environnement culturel défavorisé créent un environnement quotidien où le seuil de tolérance à l'égard des activités normales du jeune enfant est rapidement dépassé (Jeliu, 1979). Garbarino et Sherman (1980; voir Lepage, Guay et al., 1983) ont mené une étude auprès de deux communautés similaires du point de vue des indicateurs socio-économiques: c'est par un plus grand nombre de stress environnementaux et individuels, de même que par l'absence d'aide naturelle disponible dans leur quartier, que la communauté avec un taux élevé d'abus contre les enfants se distinguait de celle ayant un faible taux d'abus.

g) Ignorance des parents

Le manque de connaissance quant aux soins de base à prodiguer à l'enfant est régulièrement cité, en particulier lorsqu'il s'agit de négligence. Cette ignorance peut être la conséquence de nombreuses situations: milieu défavorisé, âge, immaturité, bas niveau de scolarisation. D'ailleurs, nous avons presque tous entendu parler de ce bébé mort de faim parce que ses parents, trop jeunes et pauvres, le nourrissaient avec du lait écrémé dilué dans de l'eau. De plus, Carrier (1980) cite une étude selon laquelle les mères maltraitantes auraient en général 4 ans de moins que la moyenne nationale; elles ont des connaissances réduites en matière de développement infantile et des attentes irréalistes.

h) Autres facteurs

D'autres facteurs peuvent s'ajouter, selon les études. Ainsi, Carrier (1980) a relevé, parmi les parents maltraitants, 33% des pères et 11% des mères ayant un casier judiciaire non relié à leur comportement à l'égard de l'enfant.

Un autre facteur de risque, souvent associé à l'âge, est une mère célibataire, particulièrement si elle est âgée de moins de 20 ans. Ce dernier facteur est traité de façon plus approfondie dans le chapitre étudiant les conséquences de la grossesse à l'adolescence.

Pour terminer cette section réservée aux caractéristiques des parents maltraitants, citons quelques résultats:

D'après une étude menée auprès de 54 enfants maltraités de l'Hôpital Ste-Justine (Jeliu, 1979), on retrouve chez les pères et mères, des antécédents personnels d'abus (25% et 35%), de négligence et de placements multiples (51% et 68%), ainsi que de pauvreté, d'alcoolisme ou de maladie mentale dans les familles des parents (50% et 48%).

6.3.5 Reliés à l'enfant

Parfois, l'enfant revêt certaines caractéristiques qui le rendent plus vulnérable. Un des principaux facteurs, une relation d'attachement mère-enfant inadéquate, est considéré comme étant une situation à risque pour les mauvais traitements; cependant, cela doit aussi être interprété en tant que conséquence complexe d'autres facteurs, dont certains seront discutés ci-dessous.

a) Naissance difficile

Les travaux de certains auteurs, dont Klaus et Kennel et de DeChâteau (1972, 1977; voir Jeliu 1979) démontrent une différence dans la qualité et l'intensité des soins prodigués aux nouveau-nés, selon que le contact avec la mère ait été enrichi ou non à la naissance. Allant dans le même sens, des études de B.F. Steele (1977) auprès de familles abusives, suggèrent la présence d'un attachement maternel inadéquat au moment de la naissance de l'enfant: ils ont conclu que les enfants ayant eu une naissance difficile (prématurité, petit poids, maladie) ont majoritairement souffert de négligence en plus d'abus physique, comparativement à ceux qui avaient eu une naissance normale. Ces auteurs ont remarqué que la capacité d'attachement semble reliée aux expériences personnelles de la mère durant ses 3 premières années

de vie, ainsi qu'au toucher de l'enfant au cours de la période post-natale. Une hypothèse a donc été formulée puis testée par Kempe et Helfer (1980), selon laquelle lorsque le contact mère-enfant est interrompu, la relation parentale peut être affectée et provoquer un impact négatif sur le développement futur de l'enfant.

Dans un de ses écrits, Gloria Jeliu (1979) fait état de divers facteurs de vulnérabilité présents chez l'enfant et qui peuvent affecter la qualité de la relation parents-enfant; ces facteurs représentent ce qu'on retrouve le plus souvent dans la littérature traitant de ce sujet. Il s'agit de:

- la prématurité et/ou le petit poids;
- les anomalies congénitales et les handicaps;
- le tempérament de l'enfant.

b) Prématurité et petits poids

Le prématuré et/ou l'enfant de petit poids peut réclamer des soins quotidiens beaucoup plus exigeants, dépassant parfois les capacités des parents qui s'attendent à une évolution plus gratifiante. De plus, on soulève parfois l'hypothèse selon laquelle dans le cas d'une naissance prématurée où l'enfant est gardé plusieurs semaines en incubateur, l'attachement mère-enfant serait imparfait et résulterait en une condition à risque. Par contre, Carrier (1980) a constaté que la prise en charge des enfants en bas âge par des garderies hautement qualifiées ne conduisait pas nécessairement à une privation affective; dans les moments que l'enfant passe avec ses parents, c'est la qualité autant que la quantité qui compte. En conclusion, ces recherches sur la petite enfance aboutissent à mettre en évidence l'importance d'une relation aimante dans la période post-natale.

Plus précisément concernant les enfants maltraités, nombre d'études ont signalé des antécédents fréquents de prématurité et de petit poids à la naissance (Elmer et Gregg, 1967; Martin et al., 1974; Jeliu et al., 1979). Ainsi, Klein et Stern (1971) ont effectué une étude portant sur 51 cas d'enfants battus rencontrés sur une période de 9 ans (1960-1969), au Montreal Children's Hospital. Un taux de 23,5% de petits poids a été enregistré, quand on s'attend habituellement à un taux de 7 à 8% pour le Québec. Des facteurs associés à ces phénomènes de mauvais traitements étaient le degré élevé d'isolation et de séparation du nouveau-né d'avec ses parents, le séjour moyen à l'hôpital étant de 41,4 jours; on a aussi noté une présence importante de carence dans le passé de la mère ainsi que chez l'enfant maltraité.

De plus, non seulement un petit poids à la naissance peut disposer aux mauvais traitements, mais certaines caractéristiques sociales de la mère peuvent prédisposer à l'accouchement de bébés de petits poids. On sait que dans des milieux défavorisés, les soins et cours prénatals sont peu accessibles ou mal utilisés et l'alimentation y est déficiente.

De leur côté, les anomalies congénitales et les handicaps sensoriels (vue, ouïe, motricité, etc.) et intellectuels requièrent des soins accrus pour l'enfant et peuvent aussi entraîner une déception chez les parents ou un rejet, ceux-ci étant frustrés dans leurs espérances face au développement de l'enfant.

c) Tempérament difficile

Le tempérament même de l'enfant constitue une autre variable à considérer. Ainsi, Thomas et Chess (1963; voir Jeliu 1979) ont établi 4 groupes de tempéraments différents: facile, difficile, lent, mixte. L'enfant difficile est irritable, crie souvent, est difficile à consoler, est irrégulier dans ses rythmes biologiques et est peu intéressé dans l'expérimentation de nouvelles situations. Selon les auteurs, cet enfant représenterait environ 10% des nouveau-nés. D'après Johnson et al. (1985) et Haka-Ikse (1986), d'autres conditions telles qu'un enfant agité, énurétique, sale ou ayant des coliques peuvent aussi jouer. Il est donc recommandé de supporter plus spécialement les parents durant cette période frustrante.

d) Autres facteurs

D'autres facteurs indirectement reliés à l'enfant peuvent aussi être considérés comme des risques. Ainsi, Johnson et al. (1985) mentionnent les cas d'un enfant non désiré ou d'un enfant né d'une autre union et rejeté par le nouveau conjoint.

Pour illustrer les multiples interrelations entre ces facteurs de risque et souligner la complexité du phénomène de l'enfance maltraitée, nous vous présentons un modèle conçu dans une perspective écologique qui a été tiré du document en Famille-Enfance émis par les D.S.C. de St-Jérôme et De Lanaudière (Thibault et Minville, 1985) et qui se base sur différents auteurs (Belsky, 1980; Bouchard, 1984; Garbarino, 1977, 1980).

FACTEURS SOCIOCULTURELS

- attitudes face à la violence
- attitudes envers l'enfant
- inégalités sociales et économiques

FACTEURS DE STRESS SUR LE PLAN FAMILIAL

Enfant

- handicap physique
- retard mental
- trouble de comportement
- enfant adopté ou en famille d'accueil

Organisation socio-familiale

- situation socio-économique
 - pauvreté
 - chômage
- relations parentales
 - divorce
 - mésentente
- relations parents-enfants
 - problème d'attachement
 - renversement des rôles
 - éducation inadéquate
 - attitude punitive
- relations famille-milieu
 - isolement, absence de réseau de support social

Parent

- antécédents d'abus
- faible estime de soi
- problème psychiatrique
- ignorance des normes d'éducation

FACTEURS DÉCLENCHANTS

- perte d'emploi
- conflit familial
- problème aigu
- phase critique dans la vie de famille (grossesse, accouchement difficile, etc.)

MAUVAIS TRAITEMENT

Pour clore cette section sur une note plus optimiste, citons cette étude de Hunter et Kilstrom (1979) faite auprès de 49 familles, similaires sous plusieurs aspects et ayant une histoire de mauvais traitements durant l'enfance. Parmi ces familles, 40 n'ont pas reproduit le cercle de la violence, tandis que 9 sont devenues des familles abusives. Les auteurs comparent ces deux groupes à partir de leurs caractéristiques respectives, afin de mieux comprendre ce qui a pu briser le cercle de la violence. Les 40 familles non abusives:

- avaient un réseau social plus riche, incluant des amis importants, la participation à des groupes ou clubs sociaux, des rencontres avec la famille élargie;
- démontraient moins d'ambivalence face à la grossesse, même si elle n'était pas planifiée. Par contre, la majorité des familles abusives avaient sérieusement considéré l'avortement;
- étaient plus portées à obtenir et suivre des cours prénatals;
- visitaient leur enfant à la pouponnière plus tôt après la naissance et plus souvent;
- donnaient plus facilement de détails concernant les mauvais traitements subis durant leur enfance, démontraient ouvertement leur agressivité et exprimaient la résolution de faire mieux avec leurs propres enfants. Par contre, les familles abusives semblaient plus renfermées et plus tolérantes face aux relations malheureuses durables;
- les enfants des familles non abusives étaient en meilleure santé sous plusieurs aspects, à leur naissance: plus gros, moins de déficits ou de problèmes médicaux, moins de prématurité.

6.4 CONSEQUENCES SUR L'ENFANT

Dans le document en Famille-Enfance émis par les D.S.C. de St-Jérôme et De Lanaudière (Thibault et Minville, 1985), les principales conséquences à court terme et à long terme sont énumérées. Nous reprendrons la majorité d'entre elles, mais de façon plus détaillée.

6.4.1 Sur le développement de l'identité et de la personnalité

Même si la négligence se repère moins facilement que les abus envers les enfants, ses conséquences peuvent être tout aussi néfastes. En effet, d'après Carrier (1980), l'importance, pour l'enfant, des stimulations sensorielles dans le développement de la relation affective est réelle. Il importe de toucher l'enfant, de le prendre dans ses bras ou de le bercer. La raison en est que le développement du cerveau n'est pas encore achevé à la naissance, et que pour sa croissance normale, il a besoin de stimuli sensoriels nécessaires à son développement et à celui de ses fonctions. Lorsque l'enfant n'est pas suffisamment stimulé du point de vue sensoriel, le cerveau se développe et fonctionne de façon anormale, prédisposant ainsi l'organisme à un comportement violent.

L'âge de l'enfant, le type de développement qu'il connaît à cet âge précis et la nature des mauvais traitements infligés entraînent des répercussions différentes; cependant, plus l'enfant est jeune lors des sévices et plus les problèmes de développement émotif sont graves (Pearce et Walsh, 1984).

Comme pour les cas de négligence, ceux d'abus ont des conséquences variées. Dès sa naissance, le bébé découvre le monde à l'aide de ses sens. Un enfant devrait apprendre que l'utilisation de ses sens résulte en un feedback positif, une sensation agréable. Pourtant, d'après Kempe et Helfer (1980), celui qui vit dans un environnement abusif apprend très tôt qu'il est beaucoup plus prudent de ne pas entendre, de ne pas voir, de ne pas être touché; chaque jour, il reçoit des messages sensoriels négatifs. Il lui devient donc difficile de communiquer, puisqu'il n'a pas appris à utiliser ses sens à cette fin. Plus tard, toujours selon les mêmes auteurs, il en résultera fort probablement une interaction malsaine entre l'enfant, devenu parent et son bébé, étant donné que ce nouveau parent ne saura pas comment répondre aux besoins de stimulation sensorielle de son bébé.

Au niveau social et personnel, le développement du jeune enfant se fait d'abord et surtout à l'aide de processus de modeling, d'imitation et d'identification. Dans le cas d'un enfant maltraité, les modèles dont il dispose sont ses parents violents. Ceci l'incitera à reproduire les mêmes comportements lorsqu'il aura à faire face à d'autres difficultés ou autres stress, puisqu'il n'aura connu que la violence comme méthode pour maîtriser l'environnement.

Selon Pearce et Walsch (1984), l'enfant maltraité éprouve des difficultés dans ses rapports sociaux avec ses parents et avec ses pairs, des difficultés à nouer des liens et à faire confiance aux autres, ainsi que des difficultés à contrôler ses sentiments.

Il n'est cependant pas toujours aisé, selon ces auteurs, de distinguer la relation de cause à effet, ni de déterminer l'importance d'autres variables telles que structure familiale et rapports entre les membres, situation socio-économique.

On parle donc "d'identification à l'agresseur", où l'enfant tente de faire sienne l'image de ses parents afin de pouvoir les contrôler. Selon Kempe et Helfer (1980), il se protège ainsi de sa peur de l'agression ou de sa peur d'être abandonné. Ironiquement, la motivation de l'enfant à ressembler à ses parents sera d'autant plus impérieuse que le degré de violence ou de menace de la perte d'amour sera intense.

Dans leur texte, Kempe et Helfer (1980) ont relevé quatre "leçons" que l'enfant semble tirer, suite aux mauvais traitements qu'il a subis:

- 1) L'association entre amour et violence s'installe: ceux qui aiment étant aussi ceux qui frappent;
- 2) L'utilisation de la punition physique signifie qu'il est permis de frapper les autres membres de la famille;
- 3) Quand quelque chose est important ou qu'on veut se faire entendre, la violence est justifiée;
- 4) Lorsqu'une personne est sous tension, fatiguée ou fâchée, la violence, quoique mauvaise, est compréhensive.

Au cours des premières années, des acquisitions importantes apparaissent chez l'enfant. L'une de ces habiletés est la satisfaction de ses besoins d'une façon acceptable et au moment opportun. Même très jeune, il fait face à des choix et il doit apprendre l'aptitude à décider; pourtant, dans un environnement abusif, l'enfant n'a que très peu de choix qui s'offrent à lui et on lui demande rarement de prendre une décision (Kempe et Helfer, 1980).

Graduellement, l'enfant doit aussi apprendre qu'il est le seul responsable de ses actions. Chez celui maltraité, il semble se présenter deux extrêmes: ou bien il n'accepte pas la responsabilité de ses actes, ou bien il est forcé à l'accepter face à l'inadéquacité de ses parents, ce qu'on appelle le "renversement de rôle" (Kempe et Helfer, 1980). De plus, suite à l'opinion peu flatteuse que l'enfant a de lui-même (mésestime de soi), il en vient à penser qu'il mérite les mauvais traitements (Pearcy et Walsh, 1984).

Le sentiment d'infériorité engendré par cette baisse de l'estime de soi a parfois comme conséquences un sentiment de tristesse et une tendance dépressive pouvant elle-même résulter en comportements auto-destructeurs ou, à l'adolescence, au repli sur soi, au suicide.

Enfin, l'enfant doit apprendre que ce qu'il ressent et les actions qu'il pose sont deux concepts séparés. Par exemple, s'il se fait bousculer par un autre et qu'il réplique par des coups, sa colère (ce qu'il ressent) peut être compréhensible, mais ses coups (actions) sont une réaction inappropriée et inacceptable. Pour l'adulte qui a été élevé dans un environnement abusif, cette notion est difficile à saisir, puisque sentiment et actions ont toujours été reliés (Kempe et Helfer, 1980).

6.4.2 Sur le développement physique, cognitif et moteur

Les mauvais traitements infligés à l'enfant, tels que les abus physiques, la malnutrition peuvent entraîner un retard de croissance ou même un arrêt, selon la sévérité de la situation.

Egeland et Sroufe (1981; voir Pearce et Walsh, 1984) ont constaté que des séquelles particulières au niveau du développement cognitif sont associées à certaines formes de mauvais traitements. D'après le test Bayley Scales of Infant Development (B.S.I.D.), les enfants de 24 mois ayant une mère hostile (violence verbale, critiques et harcèlements continus) et maltraitante ont obtenu des résultats nettement moins élevés que les enfants de mère hostile et non maltraitante. De même, les notes des enfants de mère désengagée psychologiquement et maltraitante ne différaient pas tellement des résultats des enfants dont la mère était désengagée et non maltraitante. Par contre, ces 2 groupes ont obtenu des résultats inférieurs au test B.S.I.D., comparativement au groupe témoin.

Quoiqu'un facteur de risque précis ne puisse être isolé, il ne fait aucun doute qu'un enfant maltraité démontre un quotient intellectuel (Q.I.) plus bas, un langage plus pauvre et moins de progrès du point de vue de ses résultats scolaires, c'est-à-dire des difficultés d'apprentissage. Ces troubles peuvent être dus à des dommages biologiques chez l'enfant, mais selon Kempe et Helfer, (1980), ils sont le plus souvent une conséquence de l'environnement familial: celui-ci est limité dans ses opportunités, n'offre pas de modèles de stimulation ni de renforcements adéquats et induit chez l'enfant un sentiment de dépendance en affectant son sens de compétence et de contrôle (Aunsted et al., 1984; Pollock et Steele, 1972; voir Appelbaum, 1977).

Dans une recherche auprès de 52 enfants présentant des fractures, Elmer et Gregg (1967; voir Kempe et Helfer, 1980) ont décrit un taux de morbidité de 88%, utilisant les critères de retard mental, défaut physique, trouble de langage et de la parole et perturbation émotionnelle. De plus, 57% des enfants abusés présentaient un Q.I. en deçà de 80, quand la moyenne habituelle est un Q.I. de 100, et 30% démontraient des signes de dommages au cerveau.

Une autre étude a été menée par Hoffman-Plotkin et Twentyman (1984) auprès de 42 enfants, dont 14 avaient été victimes d'abus, 14 autres de négligence et 14 faisaient office de groupe contrôle. Ils ont évalué le développement cognitif de ces enfants à l'aide de 3 mesures: Stanford-Binet, test de vocabulaire Peabody et le test d'échelle mentale Merill-Palmer. Les comparaisons entre les résultats des enfants abusés et négligés différaient de ceux du groupe contrôle, mais ne différaient pas entre eux.

Enfin, une importante étude a été faite par Appelbaum (1977) auprès de 30 enfants abusés et de 30 enfants témoins, dont l'âge variait entre 2 mois et 29,83 mois ($\bar{x} = 14,66$ mois). Trois mesures furent utilisées, soit l'échelle mentale Bayley, le test Denver, ainsi que le Infant Behavior Record.

Tant au niveau du développement mental que du développement moteur, les enfants abusés ont obtenu une moyenne significativement plus basse que celle atteinte par le groupe contrôle.

Selon les termes de classification du Denver, tous les enfants non abusés sont classés "normal", tandis que 53%, 30% et 17% des enfants abusés sont classés "normal", "questionnable", "anormal". Les niveaux d'âge mental obtenus par les enfants abusés étaient significativement plus bas dans trois des quatre sections du Denver: personnel-social, langage et motricité grossière. Ces résultats semblent confirmer l'observation de Kempe (1975) selon laquelle, avec le langage, un retard dans le développement de la motricité grossière est l'une des caractéristiques les plus souvent mentionnées dans les observations cliniques des enfants abusés.

Sur le plan du comportement de l'enfant, on a dénoté relativement peu d'items différents entre les deux groupes. Les enfants abusés ont démontré un comportement d'attachement plus persistant, ainsi qu'une faible coordination au niveau de la motricité grossière, comparativement au groupe contrôle.

D'après les auteurs, ces résultats indiquent que des différences dans le fonctionnement développemental d'un enfant abusé peuvent être détectées dès l'âge de 4 mois.

6.4.3 Sur le développement du langage

Selon kempe et Helfer (1980), on retrouve plus particulièrement chez les enfants maltraités des délais dans le développement du langage, même après le traitement. Ceci résulterait du manque de conversation nécessaire entre l'enfant et ses parents, ainsi que du manque de stimuli verbaux dans son entourage. On note aussi une faiblesse dans la compréhension de directions spécifiques ou

de noms d'objets qu'il devrait maîtriser lors de son entrée à l'école. Johnson et Morse (1968; voir Pearce et Walsch, 1984) remarquent que 25% des enfants victimes de mauvais traitements et âgés de moins de 5 ans se situaient au-dessous de la normale, en ce qui concerne le développement du langage. De plus, près de la moitié montraient des signes d'arrêt du développement.

6.4.4 Sur le comportement

Souvent, les enfants maltraités sont accusés d'avoir un comportement agressif à la maison et dans la collectivité. Il ressort d'articles fondés sur des études de cas que les mauvais traitements représentent le principal agent causal des comportements agressifs et violents. Ainsi, George et Main (1979; voir Pearce et Walsch, 1984) ont signalé que, comparativement aux groupes témoins appariés, les jeunes enfants maltraités avaient plus tendance à attaquer physiquement leurs pairs, ainsi qu'à harceler verbalement ou non verbalement ou à menacer d'attaquer les personnes qui s'en occupaient. De plus, selon Carrier (1980), l'enfant asocial et agressif provient d'un foyer où il ne se sent pas désiré, où il se sent rejeté, ou d'un foyer où il est illégitime.

Garbarino et Gilliam (1980) ont noté chez ces enfants, une absence d'empathie et des relations sociales pauvres, surtout dues à une faible estime de soi et un manque d'empathie qui ne poussent pas le jeune à entrer en contact avec les autres. Quand il le fait, il peut être agressif et manipulateur.

De leur côté, Pearce et Walsch (1984) ont remarqué que les enfants maltraités sont non seulement beaucoup moins enclins à faire les premiers pas vers un adulte, malgré les signes d'encouragement que ce dernier démontre; mais ils sont souvent incapables de réagir à des interactions agréables, choisissant de s'isoler afin d'éviter les échanges sociaux. Ces conclusions proviennent d'études effectuées auprès d'enfants de 12 à 24 mois (Gaensbauer et coll., 1979, 1980, 1982; George et Main 1979, 1980) citées par Pearce et Walsch (1980).

De plus, les enfants négligés démontreraient moins d'interactions que ceux abusés ou ceux du groupe contrôle; cependant, les enfants négligés ou ceux abusés ont moins de comportement prosocial que ceux du groupe contrôle. Les enfants abusés seraient aussi plus agressifs que les autres et auraient moins d'interactions avec leurs pairs. On suppose donc que les enfants abusés ont appris à être agressifs à la maison, tandis que ceux négligés ont appris à être retirés socialement (Pearce et Walsch, 1984).

6.5 RECOMMANDATIONS

Souvent, l'enfance maltraitée est le symptôme d'un malaise au sein de la sphère familiale, ou d'un problème psychologique chez l'un des parents. Il convient alors de bien évaluer les circonstances qui entourent cette situation afin de mieux intervenir.

Dans le document en Famille-Enfance émis par les D.S.C. de St-Jérôme et De Lanaudière (Thibault et Minville, 1985), il est question de plusieurs avenues préventives de nature générale, individuelle ou environnementale et qui rejoignent les trois niveaux de prévention, soit primaire, secondaire et tertiaire. Comme plusieurs travaux ont été produits sur le sujet, nous ne ferons qu'énumérer les principales recommandations en matière de prévention, en insistant sur le niveau primaire. Le lecteur qui n'est pas familier avec la signification des différents niveaux de prévention pourra consulter la section du chapitre 7 sur "Les orientations à privilégier" qui traite du sujet.

Les principales recommandations sont les suivantes:

Faire connaître la réalité des enfants maltraités pour sensibiliser la population qui doit savoir qu'elle a un rôle à jouer dans la prévention et l'intervention auprès des enfants maltraités.

Favoriser la formation de groupes d'entraide tels que Parents Anonymes.

Faire connaître la Loi 24 (articles 38 et 39) qui explique ce qu'on entend par mauvais traitements et qui stipule que tout citoyen est appelé à dénoncer ou à rapporter toute situation de mauvais traitement, même s'il s'agit d'un doute, pour permettre au Comité concerné de faire enquête et de continuer ou de cesser la poursuite.

Conscientiser les professionnels de la santé face à leur attitude envers la violence faite aux enfants. Il importe de reconnaître et de tempérer ses sentiments envers les parents abusifs, avant même de dépister ou d'intervenir.

Sensibiliser ces professionnels quant aux signes précurseurs de mauvais traitements, et quant aux dispositions à prendre dans ces situations. Assurer une meilleure connaissance des intervenants de première ligne quant aux méthodes d'intervention psychosociales possibles envers l'enfant et sa famille.

Amener l'individu à demander de l'aide, qu'il soit maltraitant ou maltraité et assurer un suivi à sa demande.

Intervenir en intégrant davantage les parents à leur environnement communautaire, surtout les parents à risque; intervenir en diminuant leurs stress vécus, ce qui est plus facile lorsque les parents ne sont pas isolés de leur communauté. Principalement lorsqu'on fait de la sensibilisation ou du dépistage, il est primordial de fournir les ressources nécessaires soit de traitement, soit de soutien. Lorsque cela est possible, il est préférable de redonner la responsabilité à l'individu plutôt que de viser une prise en charge par l'Etat ou par le milieu hospitalier. Ceci, dans le but de répondre plus rapidement aux demandes d'intervention qui sont faites à la D.P.J., mais sans que l'on puisse y donner suite à court terme.

BIBLIOGRAPHIE

APPELBAUM, A.S. "Developmental retardation in infants as concomittant of physical abuse". Journal of abnormal child psychology, vol. 5, 1977, p. 417-423.

BAGLEY, Chris. "Santé et abus sexuels chez les enfants et les adolescents de la famille". Santé mentale au Canada, vol. 32, no 2, juin 1984, p. 18-25.

BOUCHARLAT, J. "Prévention de la violence chez les enfants et les adolescents". Annales Médico-psychologiques, vol. 137, no 8, 1979, p. 773-777.

CARRIER, R. "Le premier âge: la période de post-natale et celle de la première enfance", in L'enfant en péril, Ottawa, 1980, p. 35-52.

GARANT, Louise. "Le devenir des enfants maltraités", in L'enfance; revue de recherches, MAS, Québec, 1981, 50 pages.

GARBARINO, J., GILLIAM, G. Understanding abusive families. Health and Co., Toronto, 1980, 263 pages.

GREEN, A.H. "Psychopathology of abused children". J. of Amer. Acad. of Child Psychiatr., vol. 17, no 1, 1978, p. 93-103.

HOFFMAN-PLOTKIN, D., TWENTYMAN, C.T. "A multimodal assessment of behavioral and cognitive deficit in abused and neglected preschoolers". Child development, vol. 55, no 3, 1984, p. 794-802.

HUNTER, R., KILSTROM, N. "Breaking the cycle of abusive families". The Amer. J. of Psychiatr., vol. 136, no 10, 1979, p. 1320-1322.

INTERNATIONAL CONGRESS ON CHILD ABUSE. Canada's Mental health, vol. 32, juin 1984, p. 27.

JELIU, Gloria. "Facteurs de vulnérabilité et prévention psychosociale en pédiatrie". L'union médicale du Canada, vol. 108, no 11, 1979, p. 1273-1283.

JOHNSON, E., LEDUC, G., TREMBLAY, B. Les enfants maltraités. DSC-CHV, CSS-Richelieu et CHV, Valleyfield, avril 1985.

KATZ, S. "Preventing child abuse". Chatelaine, vol. 55, novembre 1982, p. 26.

KEMPE, C.H., HELFER, R.E. The battered child. Univ. of Chicago Press, Chicago, 1980, 440 pages.

KLEIN, M., STERN, L. "Low birth weight and the battered child syndrome". Am. J. Dis. Child., vol. 122, 1971, p. 15.

LEPAGE, L., GUAY, J. et al. L'écologie sociale des parents potentiellement abusifs; rapport préliminaire. DSC-CHUL, Québec, 1983, 145 pages.

MAROIS, M.R., PERREAULT, L.A. L'intervention sociale auprès des enfants maltraités; une pratique à repenser?. Comité de la Protection de la Jeunesse, Québec, 1981, 189 pages.

MARTIN, G.M., MESSIER, C. L'enfance maltraitée... ça existe aussi au Québec. Comité de la Protection de la Jeunesse, Québec, 1981, 321 pages.

MAYER-RENAUD, Micheline. "Les enfants négligés", in Dossier sur la Loi de la Protection de la Jeunesse, Québec, 1985.

PEARCE, J.W., WALSCH, K.L. "Les caractéristiques des enfants maltraités: compte rendu de recherche". Santé mentale au Canada, vol. 32, no 2, juin 1984, p. 2-6.

TESSIER, Réjean. "Les enfants en difficulté d'adaptation et d'apprentissage: analyse des facteurs de risque", in L'enfance; revue de recherche, M.A.S., Québec, août 1981, 62 pages.

7.0 LES ORIENTATIONS A PRIVILEGIER

INTRODUCTION

Une constatation fait l'unanimité parmi les personnes concernées: c'est entre 0 et 5 ans que les interventions pour une meilleure santé sont les plus efficaces. Etant donné que les acquisitions de base apparaissent à cette période, c'est aussi à ce stade que l'enfant est plus vulnérable aux influences autant positives que négatives. De façon générale, les problèmes qui peuvent être prévenus sont liés aux relations avec les parents, au manque d'information des parents et aux conditions de vie (divorce, pauvreté, isolement, chômage, etc.).

7.1 PRINCIPES DE BASE EN PREVENTION

Selon Louise Séguin (1983), il existe certains principes de base régissant les interventions préventives:

1. Les facteurs les plus susceptibles d'influencer le développement et le comportement de l'enfant à long terme sont ceux qui se continuent dans le temps. Tous les éléments qui déterminent la nature de la relation parents-enfant sont déterminants.
2. L'impact des interventions même précoces est limité s'il n'y a pas de suivi; l'adulte peut changer.
3. Tenir compte des facteurs environnementaux qui influencent les parents et l'enfant et qui peuvent modifier la situation.
4. Besoin d'une approche multidisciplinaire et de la coordination des services.
5. Besoin d'études solides pour connaître les besoins en services et l'utilité des programmes.
6. Focaliser sur les groupes défavorisés, plutôt que répartir les services au prorata de la population.

En conclusion de son étude traitant des facteurs de risque psychosociaux de l'enfant, Maziade (1985) nous propose une orientation pour le futur. Ses suggestions sont surtout d'ordre méthodologique et scientifique. Les grandes lignes de ses orientations sont:

1. "L'emphase devant maintenant passer du court terme au long terme, nous devrions favoriser une méthodologie de recherche expérimentale en prévention primaire, ainsi que dans l'étude des effets des traitements en prévention secondaire."
2. "Compte tenu de ce que nous savons de l'addition des facteurs de risque, nous devrons focaliser les interventions sur les enfants chargés de facteurs de risque connus, ce qui nous confrontera nécessairement au problème du non-désir de collaboration des parents de familles à risque."
3. "Mettre l'emphase sur les facteurs de protection et d'invulnérabilité, ce qui nous aidera à comprendre les processus de vulnérabilité et nous conduira plus rapidement à l'application de méthodes efficaces pour contrer les facteurs de risque."

Maziade suggère donc qu'un programme ne soit instauré qu'à la suite d'une multitude de démarches évaluant les besoins, la population-cible, les coûts et les bénéfices, ainsi que le degré de complémentarité possible avec d'autres services déjà existants.

Pour terminer, nous citons des propos de Maziade (1985) qui nous apparaissent fort pertinents et prometteurs:

"Dans les prochaines décennies, la prévention en santé mentale prendra son souffle à deux sources: elle s'auto-évaluera systématiquement et elle sera plus méthodique, standardisée et focalisée dans ses interventions. Au lieu de penser éliminer la maladie mentale ou éliminer les facteurs de risque, qui le plus souvent ont une origine sociale ou écologique profondément enracinée, elle tentera de fournir à l'individu de nouvelles habiletés pour faire face à ces agents stressants."

Les interventions devraient viser à organiser des actions et des programmes ayant pour objectif l'amélioration des compétences et du bien-être de l'individu. Il est de plus en plus important de participer et de se préoccuper de la coordination des ressources et services dans la communauté.

Ainsi, selon Joëlle Lescop (1982), les professionnels de la santé se doivent d'intégrer à l'approche médicale traditionnelle, une approche où l'accent est mis sur la prévention et la promotion de la santé, tant sur le plan individuel que sur le plan communautaire.

Dans le document en Famille-Enfance émis par les D.S.C. de St-Jérôme et De Lanaudière, Thibault et Minville (1985) énumèrent quelques avenues préventives qui sont principalement reliées à l'enfance maltraitée. Certains programmes y sont décrits et certaines orientations à privilégier y sont étudiées.

7.2 NIVEAUX DE PREVENTION

Les méthodes de prévention comportent trois niveaux, mais comme nous l'avons déjà mentionné, nous nous attarderons principalement à la prévention primaire.

Prévention primaire:

Vise à diminuer l'incidence, c'est-à-dire l'apparition de nouveaux cas par l'information, la promotion, l'éducation, la diffusion de messages à grande échelle (radio, T.V., journaux) ou par la stimulation du développement de l'enfant.

Prévention secondaire:

Vise à diminuer la prévalence, c'est-à-dire la durée du problème par une intervention précoce ou par le dépistage des cas à risque ou des cas déjà atteints mais dont les manifestations ne sont pas encore très évidentes.

Prévention tertiaire:

Vise à diminuer la gravité des conséquences du problème par la réhabilitation, la rééducation, la réinsertion ou le suivi à long terme. Ce dernier est nécessaire si l'on veut que la précocité des interventions soit efficace.

En résumé, en ce qui a trait aux troubles de développement de l'enfant, les mots-clés sont:

- stimulation et éducation;
- dépistage et interventions précoces;
- suivi.

7.3 TYPES D'ORIENTATIONS PREVENTIVES

7.3.1 Le contact précoce parents-enfant

A l'hôpital, dès la naissance, il est souhaitable de mettre l'enfant et la mère dans la même chambre, ou du moins de permettre à la mère d'avoir accès aux unités d'enfants prématurés, selon le cas. En laissant la mère nourrir son enfant et en la regardant interagir avec son bébé, le médecin ou l'infirmière est en mesure de détecter si la mère éprouve des difficultés face à son enfant et ainsi lui apporter les informations ou le support nécessaires (Klein et Stern, 1971; Fillion et Thébault, 1984).

Une étude de O'Conner, Wietz et Hopkins (1977; voir Kempe et Helfer, 1980) a démontré que ces bébés étaient moins sujets à des échecs de relations parentales et que les mères se sentaient plus en confiance dans leur rôle.

Sans nul doute, un contact précoce favorise l'apparition de l'attachement entre les parents et l'enfant, ce qui favorisera donc son développement, l'enfant étant plus sujet aux stimulations positives de la part de ses parents.

7.3.2 L'éducation à la parentalité

Selon le Comité de la santé mentale du Québec (1985):

"Agir en tant que parent introduit la notion d'apprentissage, de connaissance, d'attitude et de comportement dans le but d'influencer le développement et le fonctionnement de l'enfant. (...) Le parent, étant le médiateur qui fait le pont entre l'enfant et son milieu, doit être socialement compétent pour permettre chez l'enfant le développement de la capacité à utiliser les ressources sociales nécessaires à son plein épanouissement."

Dans la société actuelle, des changements importants ont amené des modifications majeures à la famille. Entre autres, la dénatalité et la nuclérisation de la famille ne favorisent ni l'expérience préalable des futurs parents avec un bébé, ni l'assurance du réseau de soutien familial.

A travers divers contacts avec les parents d'enfants en difficulté, il ressortait qu'un grand nombre d'entre eux ne connaissaient pas le développement normal de l'enfant, témoignaient d'attentes irréalistes ou éprouvaient de la difficulté à comprendre les réactions de l'enfant, même si celles-ci n'expriment que ses besoins fondamentaux tels que l'amour, la sécurité, etc. (Ferland, 1983).

Comme le souligne Dodson (1972; voir Ferland, 1983):

"Il n'y a pas de travail plus difficile dans notre société que d'être ce polyvalent unique en son genre, travaillant 24 heures sur 24, à la fois psychologue d'enfant et instituteur et qu'on nomme parent."

Boissonneault (1983; voir Hénault, 1985) observe que particulièrement entre deux et cinq ans, "les parents sont aux prises avec des problèmes infantiles d'ordre affectif, comportemental ou relationnel qu'ils doivent régler sans aide extérieure, à moins que ceux-ci ne soient très sérieux." De même que Boissonneault, Hawkins et Taillefer (1983, 1974 et 1978; voir Hénault, 1985) sont convaincus qu'il y a lieu de limiter ces

problèmes en redonnant aux parents les outils nécessaires à leurs tâches d'éducateurs, dans une optique de prise en charge parentale.

Smoyak (1980; voir Hénault, 1985) partage aussi l'avis que les problèmes psychosociaux d'un enfant ne peuvent être diagnostiqués ni traités de façon efficace et valable sans que les parents ne soient considérés comme éléments importants de la situation à cause des normes, valeurs, attentes qu'il communiquent constamment à leur enfant et à cause de leur grand rôle d'agents de socialisation.

Cowen (1977; voir Lepage et Guay, 1983) en vient à la conclusion qu'on ne peut parler de prévention primaire que si l'on fait intervenir l'aide naturelle pour ainsi rehausser la compétence parentale.

C'est pourquoi les parents qui éprouvent déjà des difficultés d'un autre ordre devraient être épaulés dans leur tâche. Voici quels devraient être les principaux objectifs d'intervention:

- 1- Information sur le développement de l'enfant en insistant sur le fait que chaque enfant réagira de façon personnelle, selon ses préférences et son tempérament. Toucher les niveaux psychologique, physique, affectif, social et intellectuel;
- 2- Aider les futurs parents à se préparer à leur nouveau statut, en valorisant leurs capacités pour assumer ce rôle et en les supportant dans leur cheminement. L'éducation des parents devra se faire d'une façon adaptée aux différents milieux;
- 3- Informer et déculpabiliser les parents si l'enfant a des troubles d'ordre relationnel ou de développement affectif, psychomoteur, du langage ou du comportement;
- 4- Rendre compatibles les rôles des parents et des professionnels.

7.3.3 Les rencontres prénatales

Les visites chez le médecin et les cours prénataux sont inadéquats, dans la plupart des cas, quant à la surveillance du développement de l'enfant, de la relation parents-enfant ou de l'éducation à la parentalité et à la promotion du développement.

Chez le médecin, l'accent porte trop sur le côté physique; tandis que les cours prénataux n'atteignent qu'une faible partie de la population à risque et sont surtout consacrés à l'accouchement.

Il faut tenter d'aller chercher les groupes les plus difficiles à rejoindre et penser en termes de continuité, de suivi, avec l'aide de groupes de support et d'entraide. Les adolescentes enceintes, par exemple, sont plus attirées par des méthodes et des approches moins conventionnelles; il faut utiliser des moyens innovateurs pour les atteindre. Ainsi, il a été démontré que lorsque les cours prénataux font partie d'un programme englobant d'autres activités (sports, jeux, artisanat), le taux de participation est plus élevé.

De plus, des nutritionnistes, orthophonistes pourraient participer au cours prénataux et dispenser l'information nécessaire aux parents face aux thèmes ci-haut mentionnés.

7.3.4 La stimulation de l'enfant

La stimulation du développement à tous les niveaux constitue l'un des meilleurs moyens de prévention primaire, car même si l'enfant n'est pas considéré à risque, cela lui permet de développer au maximum ses potentialités.

Par stimulation, on entend des activités, des jeux, des exercices qu'on peut appliquer dès les premiers mois de vie de l'enfant, simplement dans le but de l'aider dans son cheminement de développement ou encore, pour prévenir l'apparition d'un trouble.

Certains programmes sont offerts, chacun ayant comme cible un domaine de prévention bien précis, mais ils sont encore peu nombreux. Notre système de santé s'est beaucoup attardé à soigner les problèmes plutôt qu'à viser le développement optimal et le bien-être de l'individu. Heureusement, un certain équilibre entre ces deux tendances semble s'installer.

7.3.5 Les groupes d'entraide

Comme l'expliquent Chambaud et Denault (1983), les groupes d'entraide représentent une partie de ce qu'on appelle les réseaux d'aide naturelle qui s'étendent à la famille et au voisinage. Les groupes d'entraide se développent à partir d'un besoin de partager des problèmes communs et de trouver des moyens d'y faire face.

Ces groupes d'entraide sont définis (Gottlieb, 1981; voir Chambaud et Denault, 1983) comme étant:

"diverses activités d'aide où des citoyens sans formation ou diplôme en matière de santé mentale se sont organisés seuls ou avec les professionnels(les) pour offrir soutien émotif et services utiles à des groupes démunis ou encore entre eux."

La preuve quant à l'utilité de ces groupes n'est plus à faire. Suite à plusieurs études, Burke et Weir (1981; voir Chambaud et Denault, 1983) supposent que les relations d'aide non professionnelles produisent trois sortes d'effets:

- effets préventifs: atténuation de l'effet du stress;
- effets thérapeutiques: amélioration de la qualité de vie et du bien-être;
- effets protecteurs ou modérateurs: diminution de l'impact du stress sur le sentiment de bien-être.

Plusieurs études (Baldwin et Cain, 1980; Furstenberg et Crawford, 1977; Whitted, 1978; voir Phipps-Yonas, 1980) ont démontré que l'aide apportée par des parents ou l'entourage de la mère adolescente avait une influence majeure sur la possibilité pour celle-ci de terminer son éducation scolaire et d'obtenir un emploi.

De plus, la présence de tout autre adulte auprès de la jeune mère ou de celle célibataire a des effets bénéfiques sur l'enfant. Ainsi, en l'absence du père, des substituts tels les Grands Frères peuvent exercer une influence fondamentale (Filion et Thébault, 1984).

Ces réseaux sont plus utilisés que les services professionnels et ont une importance capitale dans le maintien de la santé mentale et physique d'une population (Lepage et Guay, 1983). Nous avons déjà fait remarquer que les parents abusifs ne sont pas portés à demander de l'aide, préférant régler seuls leurs problèmes; l'utilisation des groupes d'entraide pourrait servir à briser cet isolement social.

7.3.6 Le dépistage

Selon Jeliu (1979), "c'est aux D.S.C. qu'échoit l'élaboration des instruments valides de dépistage et de les appliquer en liaison avec le personnel hospitalier." S'attarder au dépistage signifie se préoccuper plus spécifiquement des groupes à risque tels mère adolescente et/ou célibataire, milieu défavorisé, faible scolarisation des parents, maladie, toxicomanie, etc..

Le dépistage est souvent remis en question, car on craint de manquer au code d'éthique; qu'est-ce qui nous assure que ceux qu'on dépiste sont vraiment à risque? Pourtant, c'est le meilleur moyen mis à notre disposition qui nous permet d'intervenir précocément. Des études pilotes ont été conduites dans certains centres et aboutissent à des conclusions analogues; Gray, Kempe et al., ainsi que Ayoub et Pfeiffer (1977, 1977; voir Jeliu, 1979) ont remarqué que dans le cas de familles à haut risque qui

avaient refusé l'intervention, on observe significativement plus d'incidents d'abus physiques et de négligence, comparativement à celles qui ont accepté l'intervention.

Comme nous l'avons déjà mentionné, les troubles cliniques de l'enfance constituant des facteurs de prédiction de troubles ultérieurs, le dépistage s'avère une méthode de prévention qu'il devient nécessaire d'élaborer et d'améliorer.

Par contre, comme le souligne Maziade (1985), nous devons faire face à certaines limites:

"Le fait qu'une faible partie des parents à risque accepteraient les interventions, et le fait surtout que nous ne connaissons pas encore de techniques éprouvées pour améliorer et prévenir à grande échelle les troubles cliniques, porte à penser que le dépistage généralisé n'est pas encore justifié en dehors d'un programme expérimental."

Maziade (1985) cite une vingtaine d'auteurs qui sont d'avis "qu'aucun programme de prévention généralisé ne doit être entrepris sans un investissement dans la recherche évaluative méthodique du programme." L'auteur ajoute que "nous sommes encore dans une situation de manque de données empiriques. Il n'existe pas d'étude de l'efficacité à long terme des méthodes préventives de désordres psychosociaux de l'enfant."

Etant donné qu'un programme de dépistage ne peut être mis en place sans que des ressources et des programmes d'intervention ne soient offerts, nous devons faire face à d'autres limites. C'est pourquoi la collaboration et la concertation de tous les intervenants oeuvrant dans des milieux différents et offrant des services variés sont devenues des démarches nécessaires. Soulignons encore une fois que le dépistage n'est efficace seulement que s'il est secondé d'un programme d'intervention précoce et si un certain suivi est assuré pour une période donnée.

7.3.7 Les visites à domicile

Les visites peuvent être effectuées par des infirmières, des travailleuses sociales ou des bénévoles qui font l'évaluation de l'interaction parents-enfant et apportent de l'aide et du soutien aux parents et plus particulièrement à la personne qui a la charge du bébé.

L'évaluation de la relation parents-enfant est considérée comme étant le meilleur critère de prédiction des problèmes de développement futurs. Cependant, les programmes de visites à domicile nécessitent plus d'évaluation, puisqu'il semble qu'une seule visite a peu d'impact.

7.3.8 L'éducation sexuelle des jeunes

L'éducation sexuelle des jeunes est un terme fort controversé et on s'entend difficilement sur la façon et le moment le plus approprié pour une telle démarche. Toutefois, plus particulièrement afin de prévenir les grossesses à l'adolescence, certains suggèrent de renforcer l'éducation sexuelle dans les écoles ou en milieux communautaires, où les interventions semblent les plus efficaces. Selon Phipps et Yonas (1980), l'éducation sexuelle devrait débuter dès les premières années de l'adolescence et devrait couvrir la contraception, le développement de l'enfant et l'éducation à la parentalité; ces deux derniers thèmes servant à démontrer que quoiqu'un bébé est souvent une source de joie, il est bon de prendre conscience qu'il est aussi très accaparant.

Selon le Dr. Guuiros (Desjardins, 1983), "on devrait rendre les contraceptifs accessibles aux mineurs et ainsi, modifier la loi; tant qu'il faudra l'autorisation des parents pour les obtenir, on ne pourra jamais envisager de réduire le nombre de grossesses à l'adolescence." Cependant, dans ce cas précis, il nous apparaît extrêmement important de discuter avec le ou la jeune. En effet, on déplore souvent que l'accent soit mis presqu'exclusivement sur la "technicalité" des rapports sexuels et trop peu sur l'aspect affectif.

Une autre suggestion serait d'amener les garçons à assumer davantage leur responsabilité dans les activités sexuelles et dans la contraception (Phipps-Yonas, 1980).

Finalement, il serait bon de donner plus d'information aux parents quant à l'importance de prendre une certaine responsabilité dans l'éducation sexuelle de leur enfant.

BIBLIOGRAPHIE

CHAMBAUD, L., DENAULT, S. Les groupes d'entraide dans le domaine de la santé mentale; pour une véritable collaboration avec les organismes professionnels. DSC-CHHR et CLSC secteur St-Jean, novembre 1983, 16 pages.

COMITE DE LA SANTE MENTALE DU QUEBEC. La santé mentale des enfants et des adolescents; vers une approche plus globale. Direction générale des publ. gouv., Québec, 1985, 251 pages.

DESJARDINS, Marion. "Grossesse chez les adolescentes; un problème qui n'est plus médical". Courrier médical, 2 août 1983.

FERLAND, Francine. "Réflexions sur une intervention éducative et de support à l'intention des futurs parents". Santé Mentale au Québec, vol. 8, no 2, 1983, p. 43-46.

FILION, G., THEBAULT, M. Grossesse et adolescence: revue de littérature et éléments de problématique. DSC-CH St-Luc, octobre 1984, p. 31-48.

HENAUT, Marie. Intervention infirmière auprès des familles d'enfants d'âge préscolaire souffrant d'insécurité à la séparation parentale; rapport de stage de maîtrise. Université de Montréal, janvier 1985.

JELIU, Gloria. "Facteurs de vulnérabilité et prévention psychosociale en pédiatrie". L'union médicale du Canada, vol. 108, no 11, novembre 1979, p. 1273-1283.

KEMPE, C.H., HELFER, R.E. The battered child. Univ. of Chicago Press, Chicago, 1980, 440 pages.

KLEIN, M., STERN, L. "Low birth weight and the battered child syndrome". Amer. J. Dis. Child., vol. 122, 1971, p. 15.

MAZIADE, Michel. Etudes sur le tempérament: contribution à l'étude des facteurs de risque psychosociaux de l'enfant. Division de Recherche de l'Hôtel-Dieu du Sacré-Coeur, Québec, 1985, 40 pages.

PHIPPS-YONAS, S. "Teenage pregnancy and motherhood: a review of the literature". Amer. J. of Orthopsych., vol. 50, 1980, p. 403-431.

SEGUIN, Louise. "Nouveaux problèmes de santé des enfants: rôle des centres et DSC". L'union médicale du Canada, vol. 111, février 1983, p. 168-172.

THIBAULT, L., MINVILLE, H. Eléments préliminaires pour une planification en Famille-Enfance. DSC Hôtel-Dieu St-Jérôme et DSC-CHRDL, Joliette, 1985.

7.4 LES GARDERIES

INTRODUCTION

Nous avons décidé de séparer les garderies des types d'orientations préventives à privilégier pour différentes raisons. D'abord, nous avons voulu clarifier le rôle de la garderie qui était autrefois trop souvent associée à une "crèche" ou du moins, considérée néfaste pour le bon développement de l'enfant.

Ensuite, la garderie est de plus en plus considérée comme un lieu privilégié pour mettre en place des interventions préventives telles que la stimulation de l'enfant, le dépistage et autres. De plus, la garderie a des effets directs sur le développement de l'enfant et ce, à tous les niveaux.

Bref, les garderies occupent une section à part, parce qu'étant déjà en place sur une grande échelle et répondant déjà à un besoin réel, elles ne sont pas "à privilégier" au même titre que les autres orientations préventives. Toutefois, en dehors du service de garde proprement dit, elles peuvent offrir d'autres services bénéfiques pour l'enfant; c'est ce que nous discuterons dans ce chapitre.

7.4.1 Effet sur le développement cognitif

A ce niveau, il apparaît que la garderie n'a ni d'effets positifs, ni d'effets négatifs sur les enfants provenant de milieux non défavorisés (Caldwell, Wright, Honig et Tannenbaum, 1979; Kagan, Kaesley et Zelazo, 1977; Cochran, 1977; voir Cloutier et Tessier, 1981). Il semble toutefois que la fréquentation régulière d'une garderie "à permis" de bonne qualité, peut empêcher la baisse de rendement intellectuel typiquement observée chez les enfants provenant d'un milieu de bas niveau socio-économique. Belsky et collaborateurs (1978, 1983, 1984; voir Belsky, 1984) ainsi que Murray (1981) et Provost (1980; voir Cloutier et Tessier, 1981) ont rapporté qu'une expérience enrichissante en garderie peut réduire certains des effets négatifs associés à des environnements à risque élevé. Dans ce contexte, la garderie apparaît comme un instrument efficace de prévention pour les clientèles provenant de milieux défavorisés.

7.4.2 Effet sur le développement socio-affectif

L'effet des garderies semble encore moins clair. D'une part, les résultats sont nettement contradictoires, d'autre part, certains

n'indiquent aucun effet significatif (Provost, 1980; Belsky et Steinberg, 1978; Murray, 1981), tandis que selon d'autres études, l'enfant élevé en garderie (Cochran, 1977; Ricciuti, 1974; voir Belsky, 1984) ou l'enfant élevé à la maison (Doyle et Somers, 1977; voir Belsky, 1984) a plus de chance de se sentir désemparé lorsqu'il est séparé de la personne qui en prend soin. Suite à ces résultats contradictoires, Kagan et ses collègues (1978; voir Belsky, 1984) ont observé dans leur étude, qu'entre 3 mois et demi et 30 mois, les enfants élevés en garderie et ceux élevés à la maison ne diffèrent pas dans leur réaction face à la séparation de la personne qui en prend soin. Ceci suggère donc que l'angoisse de séparation est un phénomène développemental qui est d'abord régi par la maturation. D'autres auteurs appuyant cette observation sont cités par Belsky (1984); leurs études portaient sur des enfants âgés de 10-12 mois (Brookhart et Hock, 1976), de 5-30 mois (Doyle, 1975), de 6 mois (Roopnarine et Lamb, 1978) et de 41-45 mois (Potnoy et Simmons, 1978).

Il ressort par ailleurs que la garderie n'affecte pas le lien émotionnel de l'enfant avec sa mère, cette dernière demeurant la référence préférée de l'enfant, même si la garde débute pendant la première année (Kagan et al., 1977; Portnoy et Simmons, 1978; voir Cloutier et Tessier, 1981; Belsky et Steinberg, 1978). Toutefois, selon McCartney et al., ainsi que Farber et Egeland (1982, 1980; voir Belsky, 1984), si l'enfant se retrouve dans une garderie de faible qualité ou s'il change trop souvent de garderie avant qu'il n'ait atteint l'âge d'un an, ceci peut avoir des conséquences néfastes sur le développement socio-affectif de l'enfant.

Sous de telles conditions, l'enfant est susceptible de développer des comportements inadaptés dans ses relations et d'être retiré socialement; plus spécifiquement envers la personne qui en prend soin, l'enfant risque de démontrer des comportements d'évitement (Vaughn, Gove et Egeland, 1980; Schwartz, 1984; voir Belsky, 1984). De plus, l'enfant risque de présenter des problèmes d'ordre émotif et social dans les années subséquentes; ainsi, d'après Arend, Gove et Sroufe (1979; voir Belsky, 1984), les relations d'attachement caractérisées par un tel degré d'évitement, et donc insécuries, sont considérées comme de bons éléments de prédiction de problèmes d'ajustement avec les pairs durant les années d'âge préscolaire. Cependant, soulignons que les études portant plus spécifiquement sur des garderies de haute qualité n'ont décelé aucune conséquence négative reliée à un début de gardiennage précoce (Riciutti, 1974; Kagan, Kearsley et Zelago, 1978; Ramey, Dorval et Baker-Ward, 1981; voir Belsky, 1984).

7.4.3 Effet sur le développement des relations sociales

La fréquentation régulière d'une garderie "à permis" augmente la quantité d'interactions avec les pairs, comparativement à des

enfants de même âge demeurant à la-maison (Cloutier et Tessier, 1981). Provost (1980) soulève une question intéressante: le fait d'observer des comportements d'un enfant envers un autre enfant est-il un bon indice de la socialisation? En effet, Belsky et Steinberg (1978) ont remarqué que les enfants en garde-rie interagissent plus avec leurs pairs, mais que ceci se fait autant positivement que négativement.

Dans une étude rétrospective, Barton et Schwarz (1981; voir Belsky, 1984) ont évalué près de deux cents enfants âgés entre huit et dix ans qui avaient été mis en garderie durant leurs années préscolaires. Les résultats suggèrent que les enfants élevés en garderie s'engagent dans plus d'interactions négatives avec leurs pairs; cependant, on peut aussi penser que plus un enfant est mis en présence de pairs, plus il a d'interactions avec eux qui peuvent être autant positives que négatives.

De plus, Ralph et al. (1968; voir Provost, 1980) ont observé une baisse des interactions négatives avec les pairs, mais une hausse de celles-ci envers les adultes. De même, Schwarz et al. (1974; voir Belsky, 1984) ont noté que les enfants d'âge préscolaire qui avaient fréquenté les garderies sur une longue période de temps étaient moins coopératifs avec les adultes, plus agressifs physiquement et verbalement envers ces derniers et un peu moins tolérants face à la frustration. Murray (1981), ainsi que Ralph et al. et Robertson (1964, 1982; voir Belsky, 1984) ont rapporté des conclusions similaires.

Toutefois, lors d'une étude, Vliestra (1981; voir Belsky, 1984) a observé des enfants de 2 ans et demi - 4 ans et demi, en comparant les enfants qui avaient vécu une expérience de gardiennage à temps complet avec ceux qui ne fréquentaient la garderie que durant la moitié d'une journée. L'auteure a remarqué que le premier groupe s'engageait dans plus d'interactions positives avec les pairs et faisait preuve de plus d'agression prosociale, mais non d'agression hostile (attaques verbales ou physiques). Gunnarson (1978; voir Belsky, 1984) en est aussi arrivé à la conclusion que l'éducation en garderie peut favoriser le développement de certaines compétences sociales, en offrant l'opportunité d'une multitude de contacts avec les pairs. D'autres études, telles que celles de Riciutti, Kagan et al., Stewart (1984, 1978, 1979; voir Belsky, 1984) supportent aussi l'idée que la garderie a un impact positif sur le développement des relations sociales de l'enfant.

Comme il existe plusieurs types de garderies, les effets sur l'enfant peuvent varier. Cependant, on peut croire que si les soins donnés à l'enfant sont le moindrement adéquats, une garde-rie même familiale, peut être considérée comme un milieu propice à l'identification préventive des enfants susceptibles de connaître des difficultés dans leur développement psychologique (Collins, Emlen et Watson, 1969; Reinhart et Evans, 1977; voir Cloutier et Tessier, 1981). Une majorité de travaux américains

situent en effet la garderie familiale comme un service de bonne qualité, même s'il fonctionne généralement de manière informelle dans l'organisation sociale.

D'ailleurs, la garderie familiale est de plus en plus utilisée de nos jours. Cependant, les chercheurs doivent faire face à plusieurs problèmes méthodologiques lorsqu'ils tentent d'évaluer l'impact de ces garderies. C'est ce qui explique en partie, les conclusions parfois contradictoires obtenues par différentes recherches.

BIBLIOGRAPHIE

BELSKY, JAY. "Two waves of day care research: developmental effect and conditions of quality" in R. Ainslie (éd.), The child and the day care setting, Praegler Publ., 1984, p. 1-34.

BELSKY, J., STEINBERG, L.D. "The effects of day care: a critical review. Child development, vol. 49, 1978, p. 929-949.

CLOUTIER, R., TESSIER, R. La garderie québécoise; analyse fonctionnelle des facteurs d'adaptation, Univ. Laval, Ecole de Psychologie, Ed. La Liberté, Ste-Foy, 1981, 336 pages.

EVERSON, M.D., SARNAT, L., AMBRON, S.R. "Day care and early socialization: the role of maternal attitude", in R. Ainslie (éd.), The child and the day care setting, Praegler Publ., 1984, p. 63-97.

MURRAY, Roger. "Impact des services de garde sur le développement du jeune enfant", in L'enfance; revue de recherche, MAS, Québec, août 1981, 74 pages.

PROVOST, Marc-André. "L'effet des garderies sur le développement de l'enfant". Santé Mentale au Canada, vol. 28, no 1, mars 1980.

TRUCHON-GAGNON, C., HETU, R., MORISSET, P. Causes, manifestations et solutions aux problèmes de bruit en garderie; actes du colloque sur la qualité de vie dans les services de garde, 1986.

7.5 QUELQUES SUGGESTIONS DE PROGRAMMES

Cette liste de programmes est loin d'être exhaustive. Elle se veut seulement un outil de référence en fournissant un aperçu de ce qui se fait dans divers milieux pour l'enfant âgé de moins de cinq ans et sa famille. Concernant les ressources offertes dans la région de Lanaudière pour cette clientèle, un répertoire a été conçu par Johanne Audette, dans le cadre d'un projet au D.S.C. de Lanaudière.

Nous conseillons aux intervenants intéressés à la mise sur pied d'un programme de prévention, de s'informer sur ce qui est offert dans leur région. Il existe plusieurs répertoires émis par les D.S.C., C.L.S.C. ou par certains groupes gouvernementaux et qui sont souvent sous-utilisés. De plus, concernant une population cible, il existe habituellement une association qui fournit des publications reliées à une problématique particulière.

Nous vous présentons alors les principaux programmes que nous avons relevés au cours de la période de quatre mois allouée pour la rédaction du présent travail.

1. Programme de sensibilisation à la vie familiale (P.S.V.F.) offert depuis 1969 par l'Association canadienne pour la santé mentale. Il s'agit pour les parents d'une expérience d'observation de leur enfant de trois ans, jouant au sein d'un groupe, suivie d'une période de discussion avec animateur. Cela vise le renforcement de la relation parents-enfant, avant que les problèmes n'apparaissent.
2. Formation Parents efficaces mise sur pied par Gordon (1976) et donnée sous forme de laboratoire de communication où les parents discutent de leur vécu quotidien et sont familiarisés à de nouveaux procédés pour améliorer la relation avec leur enfant.
3. Parents d'enfants de 0 à 5 ans offert par la C.E.C.M. qui consiste en un partage d'expériences entre parents, dirigé par un animateur. Ce programme est aussi dispensé dans plusieurs C.L.S.C. et garderies.
4. L'enfant: un défi? offert dans quelques C.L.S.C. dans le but d'éviter les luttes de pouvoir et de miser sur le respect de l'enfant.
5. Guide de rencontres sur la relation parents-enfant, élaboré par Boissonneault (1983). Cet outil de travail est à la disposition de tous les intervenants désirant promouvoir l'éducation parentale de cette façon.

6. Programme d'intervention précoce enfant-famille (PIPEF) du C.L.S.C. Hull offert aux enfants de 2 ans et demi à 5 ans et à leurs parents dans le but de stimuler au maximum le développement de l'enfant. Les parents sont rencontrés et l'enfant est observé et évalué pour dépister un trouble possible.
7. Parents anonymes offert depuis 1981 et qui est une association visant la prévention secondaire et tertiaire des abus et de la négligence vis-à-vis de l'enfant. Des parents, dont un parent-responsable et une personne ressource se rencontrent pour discuter des problèmes qu'ils ont avec leurs enfants et y trouver support et amitié. L'association offre une ligne d'écoute, un service de bénévoles actifs, des publications, des réunions, de l'animation.
8. De la visite offert depuis 1985 dans les quartiers de Montréal-Nord, Ville Emard, Côte St-Paul et du Vieux Lachine. Ce programme vise la prévention primaire des problèmes d'abus et de négligence à l'égard des enfants en intervenant principalement sur l'isolement social de la famille et l'incompétence parentale. Les interventions sont faites par deux mères visiteuses par quartier dont la durée minimum d'intervention est de 6 à 8 heures, pouvant aller jusqu'à 20 heures.
9. Barbaparents est une association qui existe depuis environ 1981 et dont le but est d'organiser des activités pour les parents afin de se regrouper et de se donner des services tels que garderie, loisir, cours de formation, animation.
10. Dépistage et soutien de famille à risque élevé, (1979), mis en place par Nicole David, au C.H. Maisonneuve-Rosemont et qui s'adresse aux nouveau-nés et aux parents à risque élevé de mal soigner leur enfant, de le négliger ou de le maltraiter.
11. Projet Pointe-Calumet (1984) offert au C.L.S.C. Jean-Olivier de St-Eustache. L'objectif est de développer des outils pour le dépistage multiple d'enfants de 0-5 ans et des groupes défavorisés; ainsi que de trouver des moyens d'intervention pour rejoindre la population qui ne se rend pas aux rencontres périnatales conventionnelles. Les observations et dépistages sont effectués lorsque les parents se rendent au centre pour la vaccination.
12. Comment rejoindre les mères adolescentes (15-20ans) et les jeunes couples (1984), offert au C.L.S.C. Partage-des-Eaux de Rouyn-Noranda. L'objectif est de rejoindre cette clientèle spécifique, d'adapter les informations à ses besoins et niveaux de compréhension, de supporter la clientèle dans son vécu, de l'informer sur les ressources du milieu. Les contacts sont faits par téléphone et rencontres à domicile.

13. Intervention de quartier (1983) offert au C.L.S.C. Basse-Ville de Québec, afin de rejoindre et supporter les femmes enceintes présentant des risques particuliers, tels que les adolescentes et les "décrocheuses" des rencontres prénatales formelles. Les objectifs sont d'apporter des services préventifs et un suivi personnalisé de la grossesse; l'évaluation et le repérage des réseaux d'aide naturelle informelle et formelle, de favoriser des rencontres, des groupes d'entraide.
14. Les soins aux nouveau-nés dans les milieux défavorisés (1985) offert au Centre de santé de St-Jean-Eudes de Havre-St-Pierre. Ce sont les nouvelles mères, avec une monitrice, qui se partagent les tâches. L'approche se fait par recrutement téléphonique et visite systématique postnatale. Les objectifs principaux sont d'améliorer les soins aux nouveau-nés tout en contribuant à la sécurisation des femmes et des couples à l'égard de leur rôle de parents. Ce programme sert d'amorce du sentiment de compétence parentale.
15. Le jardin d'enfants de l'Association Action-Plus Farnham Inc. (1981) offert au C.L.S.C. de Farnham, auprès des familles à faibles revenus et de leurs enfants (0-5 ans). Ce programme en postnatal vise à offrir un milieu stimulant; à favoriser le développement de l'enfant par des activités spécifiques; à permettre au gardien habituel de l'enfant d'acquérir les outils nécessaires au développement de celui-ci; à permettre aux parents de se libérer un après-midi par semaine puisque le programme est donné sous forme d'une halte-garderie.
16. Recherche et formation pour les intervenantes en périnatalité: relation d'aide auprès des jeunes parents (1985) offert au C.L.S.C. Basse-Ville de Québec, sous la supervision du D.S.C. du CHUL à Ste-Foy. La démarche s'inspire d'une approche analytique propre à la psychiatrie. Elle a pour objectif de dépister les parents susceptibles d'avoir des difficultés dans leurs relations avec leurs jeunes enfants et de développer une relation d'aide auprès d'eux. Une grille de dépistage sert à identifier le problème et l'impact de l'intervention est mesuré par une grille d'évaluation.
17. Programme d'intervention précoce (PIP) (1982), offert par le Groupe de recherches en adaptation scolaire et sociale de l'UQAM pour dépister et corriger les difficultés d'adaptation scolaire et sociale, dès l'âge de quatre ou cinq ans. L'intervention des animateurs se fait par le jeu pour aider l'enfant à se développer. Le programme dure trois mois à raison de 3 demi-journées par semaine et la participation des parents est essentielle.

18. Programme de prévention des troubles de parole et de langage (1983) offert au D.S.C. de Roberval, auprès des enfants de 0-5 ans et de leurs parents. Les objectifs sont de rendre les parents aptes à communiquer adéquatement avec leurs enfants; de former les intervenants à être de bons conseillers en matière de parole et de langage; d'assurer que les enfants présentant un trouble soient dépistés, référés et suivis.
19. Prévention des troubles de l'audition et du langage chez les 0-5 ans (1984). Matériel conçu par le D.S.C. Hôtel-Dieu de Roberval, pour les parents et qui devrait être utilisé à l'intérieur des cliniques d'immunisation. Le programme comprend cinq brochures: "l'otite moyenne"; "pour parler, il faut s'entendre" chez l'enfant de 0 à 6 mois; "parle-moi, j'écoute" chez l'enfant de 6 à 12 mois; "écoute-moi, je te parle", chez l'enfant de 12-18 mois; "parlons ensemble", chez l'enfant de 1 an et demi à 5 ans, comprenant "guide pour améliorer mon langage" et "bientôt, je parlerai comme toi". Contient aussi un protocole de dépistage des troubles d'audition et de langage chez l'enfant de 5 ans.
20. Protocole d'accueil et de suivi pour les enfants et adolescents à risques de mauvais traitements (1984) offert au C.H. Hôtel-Dieu de Lévis. Ce protocole fait état des signes de dépistage, de l'obligation de signaler tout cas présumé de mauvais traitement; présente le cheminement des cas et le rôle des intervenants de l'équipe multidisciplinaire. Y est aussi inclus un exemple de "fiche de liaison PEM" (problématique enfance maltraitée) qui assure une liaison interdépartementale.
21. Institut de formation et d'aide communautaire à l'enfant et à la famille (IFACEF). Organisme à but non lucratif dont le but est d'assister les enfants en difficulté en offrant des services aux familles et aux éducateurs. L'organisme oriente les familles vers les ressources pertinentes et offre des services de thérapies, une école des parents, des sessions de formation pour les éducateurs et un camp thérapeutique et éducatif pour les enfants en difficulté (1013 Laurier Ouest, Outremont).
22. Vidéo intitulé "Quant toi tu veux pas", réalisé par Jean Romain Clark et disponible chez Parlimage à Montréal. Traite du harcèlement sexuel chez les jeunes et vise à interroger les attitudes quotidiennes. Le document propose aussi des alternatives au silence.
23. Participating in language under the sun (PLUS), (1983), offert au Département de santé de Vancouver, auprès d'enfants d'âge préscolaire présentant un retard ou un problème au niveau du développement du langage. C'est un programme de

stimulation offert durant l'été, à raison de trois avant-midi par semaine, pendant 5 semaines. La participation des parents est encouragée. L'enfant est évalué avant et après le programme et est référé si nécessaire. (Audiology and Speech pathology), B.C. Children's Hospital, 4480 Oak Street, Vancouver, BC, V6H 3V4

24. Evaluation of televised anticipatory guidance to premiparae (1976), par E.R. Broussard. Ce programme vise à produire chez la mère une perception positive de son nouveau-né, dans le but de favoriser une meilleure relation; vise aussi à augmenter ses habiletés en ce qui a trait aux soins du nouveau-né et à améliorer son propre sentiment de compétence. Consiste en 3 émissions télévisées, présentant des femmes discutant en présence d'un animateur, trois à six jours après l'accouchement; les variations normales dans le comportement du nouveau-né et les soins à lui prodiguer; le comportement de l'enfant lorsqu'il a faim, ses cris, la régurgitation, etc.. (Community Mental Health Journal, vol. 12, no 2, 1976).
25. Reduced incidence of parenting inadequacy following rooming-in (1980) par O'Connor et al. Ce programme a pour but d'améliorer l'habileté parentale de la mère et la relation mère-enfant afin d'intervenir plus spécifiquement au niveau des pratiques d'abus et de négligence envers les enfants. Le nouveau-né est installé dans la chambre de sa mère dès l'âge de 7 à 21 heures; cette dernière a aussi la possibilité de recevoir en tout temps la visite du père de l'enfant ou de sa grand-mère maternelle. (Pediatrics, vol. 66, no 2, 1980).
26. Effectiveness of a home-based early intervention program with infants of adolescent-mothers (1982), par Cappleman et al.. Vise le développement d'enfants de mères adolescentes au statut socio-économique faible et plus particulièrement l'établissement d'une relation positive entre eux. Consiste en visites mensuelles échelonnées sur deux ans, par une infirmière qui offre des activités favorisant le développement physique, social, moteur, perceptuel, cognitif et linguistique de l'enfant. Des consultations sont aussi offertes à la mère pour l'aider au plan personnel. (Child Psychiatry, vol. 13, no 1, 1982).
27. Educational intervention for preschool children in a Pediatric clinic (1976) par Morris, London et Click. Programme éducationnel adressé aux mères afin de favoriser le développement cognitif d'enfants de milieu économique pauvre et éviter le déclin des performances académiques. L'intervention est faite auprès d'enfants de 2 et 3 ans, avec qui les mères devaient travailler en utilisant du matériel et des activités fournis par le programme, à raison de 15 à 20 minutes par jour. La relation mère-enfant était aussi observée lors des visites au centre. (Pediatrics, vol. 57, no 5, 1976).

28. Treatment and education program for parents and children who are at risk of abuse and neglect (1981), par Armstrong. Vise à réduire les cas de mauvais traitements dans les familles; à réduire le stress; à améliorer les relations parents-enfant; à prévenir la détérioration mentale du jeune enfant. Ce programme se divise en trois parties: interventions à domicile, participation à une école de parents, formation de groupes d'appui par des personnes du voisinage. (Child abuse and neglect, vol. 5, 1981).
29. Rehabilitation of socially withdrawn preschool children through mixed-age and same age socialization (1979) par Furman, Rahe et Hartop. Vise à augmenter les interactions sociales d'enfants isolés, retirés. Chaque enfant est jumelé à un autre non isolé; les deux vivent dix sessions de jeux d'environ vingt minutes durant quatre à six semaines. Les auteurs en concluent que c'est une intervention simple, peu coûteuse et efficace. (Child development, vol. 50, 1979)
30. Preventive intervention for families of divorce: the divorce adjustment project (1983), par Stolberg. Vise à réduire l'intensité et la durée des difficultés cognitives et de développement des enfants vivant un divorce; à en prévenir les difficultés par l'amélioration de l'adaptation et la promotion d'habiletés sociales, scolaires, de groupe et individuelles. Ce programme a été offert à des enfants de 7 à 13 ans, à l'aide de trois types d'intervention; groupe de support pour les enfants à l'école; groupe de support pour les mères; ces deux groupes de support ensemble. Les résultats indiquent que l'intervention n'est efficace que lorsque la population-cible est composée d'enfants. (Children and divorce, new directions for child development, no 19, San Francisco, 1983)
31. Bien grandir chez vous (1983), par Gasse et Rox, offert au C.L.S.C de Hull. Programme d'activités et mini-guide d'attitudes favorisant le développement socio-affectif des enfants.
32. Parle: un jeu à deux (1985), par Ayala Manolson du Centre de ressources Hanen pour l'apprentissage du langage à Toronto. Guide préparé à l'intention des parents participant au programme Hanen. Le document se divise en deux parties principales: "Laissez votre enfant amorcer la communication" et "Prenez l'initiative des jeux et créez des occasions de poursuivre l'apprentissage du langage". Propose plusieurs activités, recommandations, exemples et exercices.

Concernant les programmes qui suivent, il nous a été impossible de les consulter ou de lire un rapport traitant de leur impact, compte tenu du manque de temps. Cependant, nous avons cru bon d'en faire la liste puisqu'ils ont été cités dans les textes consultés pour la rédaction du présent travail.

AUTRES PROGRAMMES

BEAUSOLEIL, B. et al. "L'évaluation d'un programme de formation parentale, C.H. St-Sauveur". Revue de modification du comportement, vol. 14, no 3, 1984, p. 123-130.

BOISSONNEAULT, M. L'enfant d'âge préscolaire: guide de rencontres des parents sur la relation parents-enfant, Comité de la protection de la jeunesse, Québec, 1983.

BOUCHARD, C. "L'intervention psychosociale et la violence envers les enfants". Santé mentale au Québec, vol. 8, no 2, novembre 1984.

BOUCHARD, J.M. Projet d'intervention à la maison; rapport de recherche pour 1979-1980. UQAM, 1981.

BROUILLET, C. Créer un cadre de vie en garderie; guide d'élaboration d'un programme d'activités, Office des Services de garde à l'enfance, Montréal, 1984.

COHN, Anne Harris. "Stopping abuse before it occurs". Child abuse and neglect, vol. 6, 1982, p. 473-483.

DAVID, Nicole. Programme de stimulation. C.H. Maisonneuve-Rosemont, Montréal, 1981.

ESCALONA, S. "Programme d'intervention pour les enfants à haut risque psychiatrique: contributions de la psychanalyse des enfants et de la thérapie du comportement" in J. Anthony, C. Koupernic, L'enfant dans sa famille, vol III, L'enfant à haut risque psychiatrique, P.V.F., 1980.

HERST, J., WOLFE, S. et al. Social early education development program, Centre de réhabilitation Sewall, Denver, Ontario.

HIVON, M., BARRETTE, G. et al. Les ateliers préscolaires. CLSC Brandon et CS Nord-Joli, document inédit, janvier 1982.

JOBIN, L. Le support social dans des milieux à risque élevé d'abus et de négligence; rapport-synthèse. DSC, CH Régional de Beauce, août 1985.

LALIBERTE-BOULIANE, L. Programme en orthophonie et en audiologie, DSC-CH St-Luc, Montréal, 1983.

MEILLEUR, G., TETRAULT, J. Programme de prévention et de dépistage des troubles de parole et de langage pour une population d'enfants d'âge préscolaire, DSC Maisonneuve-Rosemont, avril 1981.

QUESNEL, G.T., LEDUC, F. Programme de promotion de l'utilisation de dispositifs de retenue pour enfants 0-5 ans, DSC Valleyfield, mars 1984.

TERRISSE, B., BOUTIN, G. "Intervention précoce et prévention, implantation du programme d'intervention précoce (PIP) à Laval". Apprentissage et socialisation, vol. 6, no 1, mars 1983, p. 13-23.

THEROUX-ST-LAURENT, L. Les barbaparents: les objectifs spécifiques des activités pour l'année 83-84, CLSC Longueil-Est, document inédit, 1984.

CONCLUSION

En étudiant les troubles de développement de l'enfant âgé de moins de cinq ans, nous nous sommes aperçus que si certains sont plus fréquents de nos jours, d'autres relèvent de sources, de facteurs de risque différents et reliés à notre société moderne. En insistant sur les nouvelles morbidités, nous avons voulu évaluer l'impact des changements amenés par la modernisation, l'éclatement de la famille, la liberté sexuelle, ainsi que par l'évolution qu'a connu notre société du point de vue économique, culturel et technologique.

La perception des adultes de l'enfant a aussi évolué. Ce dernier est maintenant un individu à part entière qui se développe par les contacts avec autrui, ce qui en fait un être social. C'est pourquoi, même s'il existe des facteurs de risque reliés à l'enfant, la majorité sont extérieurs à lui et reliés soit au statut culturel, social, familial ou encore aux caractéristiques des parents ou de la relation parents-enfant.

Tous les troubles étudiés sont des troubles d'adaptation qui nuisent à la socialisation de l'enfant et donc, à son développement. Lorsqu'on arrive à bien saisir un trouble et à cerner les sources possibles, on est en mesure de mieux intervenir que si on le fait de façon intuitive. Un trouble est généralement multicausal et dépend rarement d'un seul facteur; habituellement, plus c'est grave et plus c'est complexe. C'est pourquoi il importe de considérer toutes les facettes du problème pour intervenir plus efficacement.

Les orientations à privilégier pour un meilleur développement de l'enfant devraient viser principalement la prévention primaire telle que l'éducation, l'information, la promotion du développement et la stimulation. Le dépistage, qui est plutôt axé sur la prévention secondaire, peut aussi s'avérer fort utile s'il est effectué précocement et efficacement.

Il existe plusieurs programmes de prévention et de traitement, certains plus efficaces que d'autres. Toutefois, avant de procéder à l'implantation d'un quelconque programme, il est important de bien cerner et définir la problématique, puis de s'assurer des besoins de la communauté, afin de travailler en collaboration.

Les principaux objectifs devraient viser l'amélioration de la qualité de la relation parents-enfant, l'éducation à la parentalité dès l'adolescence, ainsi qu'une meilleure connaissance de l'enfant et de ses besoins. Les populations cibles sont principalement les familles monoparentales, les adolescentes et les familles défavorisées socio-économiquement et qui doivent faire face à plusieurs sources de stress.

Les réseaux de garderies constituent un nouveau système de prévention qui, dans certains cas, a su faire ses preuves. Domaine en pleine expansion, on assiste à l'émergence de garderies familiales, privées ou publiques. Dans les années à venir, il reste encore du chemin à parcourir quant à l'évaluation de l'impact d'un tel programme, cependant il apparaît prometteur.

Il nous reste à souhaiter qu'à la suite de la lecture de ce document, les personnes intéressées à développer un programme de prévention auront su acquérir une meilleure connaissance de la problématique en question et auront pu relever les principales pistes d'intervention.

BIBLIOGRAPHIE

AIMARD, P., MORGAN, A. Approche méthodologique des troubles de langage de l'enfant, Masson, Paris, 1983, 184 pages.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders (DSMIII), Washington D.C., 1980, 494 pages.

ANDERSON, L.S. "The aggressive child". Children today, vol. 7, no 1, 1978, in A. Lane (éd.), Readings in abnormal psychology: the problems of disordered emotional and behavioral development, Special Learning Corporation, Connecticut, 1980, p. 112-115.

APPELBAUM, A.S. "Developmental retardation in infants as a concommittant of physical abuse". Journal of Abnormal child psychology, vol. 5, 1977, p. 417-423.

APRIL, Nicole. Relation entre le petit poids de naissance et les problèmes d'apprentissage scolaire, DSC-CHRR, Rimouski, avril 1984.

BAGLEY, Chris. "Santé et abus sexuels chez les enfants et les adolescents de la famille". Santé Mentale au Canada, vol. 32, no 2, juin 1984, p. 18-25.

BAX, Martin (1976). "The assessment of the child at school entry". Pediatrics, vol. 58, no 3, 1976, in A. Lane (éd.), Readings in abnormal psychology: the problems of disordered emotional and behavioral development, Special Learning corporation, Connecticut, 1980, p. 88-91.

BAS, M., HART, H., JENKINS, S. "Assessment of speech and language development in the young child". Pediatrics, vol. 66, no 3, septembre 1980, p. 350-354.

BEE, H.L. et al. "Prediction of IQ and language skill from perinatal status, child performance, family characteristics, and mother-infant interaction". Child development, vol. 53, 1982, p. 1134-1156.

BELSKY, Jay. "Two waves of day care research: developmental effects and conditions of quality", in Ricardo C. Ainslie (éd.), The child and the day care setting, Praeger Publ., 1984, p. 1-34.

BELSKY, J., STEINBERG, L.D. "The effects of day care: a critical review". Child development, vol. 49, 1978, p. 929-949.

BILLER, Henry B. "Father absence, divorce, and personnalité development", in M.E. Lamb (éd.), The role of the father in child development, John Wiley and sons, New-York, 1981, p. 489-552.

BOIS, Yves. Le développement de l'enfant de 0 à 6 ans, CEGEP St-Jérôme, 1982.

BOUCHARLAT, J. "Prévention de la violence chez les enfants et les adolescents. Annales médico-psychologiques, vol. 137, no 8, 1979, p. 773-777.

BOUCHER, Hélène. "La mère adolescente chef de famille; une vie de solitude et de dépendance. L'infirmière canadienne, vol. 27, no 1, janvier 1985, p. 32-37.

BRAZELTON, T.B., GAMER, B., KREISLER, L., SCHAPPI, R., SOULE, M. La dynamique du nourrisson. Paris, Editions ESF, 1982, 175 pages.

CALDWELL, B.M. "Agression and hostility in young children". Young Children, vol. 32, no 2, 1977, in A. Lane (éd.), Readings in abnormal psychology: the problems of disordered emotional and behavioral development, Special Corporation, Connecticut, 1980, p. 47-55.

CAMPBELL, S.B., CLUSS, P. "Peer relationships of young children with behavior problems", in K.H. Rubin et H.S. Ross (éd.), Peer relationships and social skills in childhood, Springer Verlag, New-York, 1982, p. 323-351.

CARRIER, R. "Le premier âge: la période de post-natale et celle de la première enfance", in L'enfant en péril, Ottawa, 1980, p. 35-52.

CHAMBAUD, L., DENAULT, S. Les groupes d'entraide dans le domaine de la santé mentale; pour une véritable collaboration avec les organismes professionnels, DSC-CHHR et CLSC Secteur St-Jean, novembre 1983, 16 pages.

CLOUTIER, Richard, DIONNE, Louise. L'agressivité chez l'enfant. Canada, Edisem, 1981, 126 pages.

CLOUTIER, R., TESSIER, R. La garderie québécoise; analyse fonctionnelle des facteurs d'adaptation, Université Laval, Ecole de psychologie, éd. La Liberté, Sainte-Foy, 1981, 336 pages.

COMITE DE LA SANTE MENTALE DU QUEBEC. La santé mentale des enfants et des adolescents; vers une approche plus globale, Dir. gén. des publ. gouv., Québec, 1985, 251 pages.

COMMISSION SCOLAIRE LE GARDEUR. SERVICE DE L'ENSEIGNEMENT. Cliniques de santé pour les enfants du préscolaire; animation en orthophonie, Repentigny, février 1983.

CONSEIL DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA FAMILLE. Objectif: santé, Québec, 1984, 217 pages.

DAVID, Myriam. L'enfant de 0 à 2 ans: vie affective, problèmes familiaux. Toulouse, Edouard Privat, 1976, 125 pages.

DAVID, Myriam. L'enfant de 2 à 6 ans: vie affective, problèmes familiaux. Toulouse, Edouard Privat, 1976, 118 pages.

DAVID, Nicole. "Programme de soin et d'enseignement; dépistage et soutien de famille à risque élevé". L'infirmière canadienne, vol. 21, no 5, 1979, p. 23-25.

DESJARDINS, Doreen. Programmation en audiologie et orthophonie, DSC-CHRO, Hull, septembre 1984.

DESJARDINS, Marion. "Grossesse chez les adolescentes; un problème qui n'est plus médical". Courrier Médical, 2 août 1983.

DESMARAIS, S., MENARD, S. Dossier sur l'évaluation des besoins en orthophonie au niveau de la population infantile desservie par les CLSC, Cité de la Santé de Laval; Service d'orthophonie, janvier 1982.

DOSTIE, Thérèse. Synthèse critique des connaissances actuelles sur l'enurésie, Université de Montréal, Département de psychologie, 1980, 265 pages.

DOUGLAS, V.I., PETERS, K.G. "Toward a clearer definition of the attentional deficit of hyperactive children" in R.C. Ainslie (éd.), The child and the day care setting, Praeger Publ., New-York, 1984, p. 63-97.

FANNING, F.W., CEVASCO, P. "The effects of allergy and chemical susceptibility on children's behavior". Amer. Secondary Education, vol. 7, no 3, 1977, in A. Lane (éd.), Readings in abnormal psychology: the problems of disordered emotional and behavioral development, Special Learning Corporation, Connecticut, 1980, p. 15-18.

FERLAND, Francine. "Réflexions sur une intervention éducative et de support à l'intention des futurs parents". Santé mentale au Québec, vol. 8, no 2, 1983, p. 43-46.

FESHBACH, N., FESHBACH, S. "Children's aggression", in Witlard W. Hartup (éd.), The young child, National Assoc. for the Educat. of Young children, 2e éd., 1976, p. 284-319.

FILION, G., THEBAULT, M. Grossesse et adolescence: revue de littérature et éléments de problématique, DSC-CH St-Luc, octobre 1984, p. 31-48.

GAGNAN-BRUNETTE, M., HOMSKY, Y. "L'enurésie fonctionnelle chez l'enfant". L'actualité Médicale, vol. 4, no 22, 16 novembre 1983, p. 31-32.

GAGNE, J., MALENFANT, R. Quelques défis à relever dans le développement des enfants de 2-5 ans, DSC-CHUL et CLSC Laurentien, novembre 1984.

GARANT, Louise. "Le devenir des enfants maltraités", in L'enfance revue de recherche, MAS, août 1981, 50 pages.

GARBARINO, J., GILLIAM, G. Understanding abusive families, Heath and Compagny, Toronto, 1980, 263 pages.

GARDENER, Richard A. Les enfants du divorce. Ramsay "image", Paris, 1977, 269 pages.

GARN, S.M., PETZOLD, A.S. "Characteristics of mother and child in teenage pregnancy", Amer. J. of Dis. Child., vol. 137, 1983, p. 365-368.

GASSE, J., ROY, L. Programme d'activités et mini-guide d'attitudes favorisant le développement socio-affectif des enfants, CLSC Hull, 2e édition, mai 1984.

GOTTMAN, J.M. "Toward a definition of social isolation in children". Child development, vol. 48, 1977, p. 513-517.

GOUPIL, G., COMEAU, M. Les problèmes de comportement à la garde-rie, Univ. du Québec à Montréal, Département de psychologie, 1986.

GREEN, A.H. "Psychopathology of abused children", J. of Amer. Aca. of Child Psychiat., vol. 17, no 1, 1978, p. 93-103.

HAKA-IKSE, Katerina. "Management of common behavioral difficulties in children". Pediatric medicine, vol. 1, été 1986.

HENAUT, Marie. Intervention infirmière auprès de familles d'enfants d'âge préscolaire souffrant d'insécurité à la séparation parentale: rapport de stage de maîtrise, Univ. de Montréal, janvier 1985.

HETHERINGTON, E.M., DEUR, J. "The effects of father absence on child development", Young children, vol. 26, 1971, p. 233-248.

HOFFMAN-PLOTKIN, D., TWENTYMAN, C.T. "A multimodal assessment of behavioral and cognitive deficits in abused and neglected preschoolers", Child development, vol. 55, no 3, 1984, p. 794-802.

HOUDE, Laurent. "Etre parent: un vécu pluridimensionnel", texte de conférence: Les parents des êtres de ressources, Colloque régional DSC St-Luc, mai 1987.

HUNTER, R., KILSTROM, N. "Breaking the cycle of abusive families". The Amer. J. of Psychiat., vol. 136, no 10, octobre 1979, p. 1320-1322.

INTERNATIONAL CONGRESS ON CHILD ABUSE. Canada's Mental health, vol. 32, juin 1984, p. 27.

JELIU, Gloria. "Facteurs de vulnérabilité et prévention psychosociale en pédiatrie". L'Union médicale du Canada, vol. 108, no 11, novembre 1979, p. 1273-1283.

JELIU, Gloria. Carence affective et troubles de développement chez l'enfant. Univ. de Montréal, Département de pédiatrie, Hôpital Ste-Justine, Montréal, novembre 1977, 17 pages.

JOHNSON, E., LEDUC, G., TREMBLAY, B. Les enfants maltraités, DSC-CHV, CSS-Richelieu et CHV, Valleyfield, avril 1985.

KATZ, S. "Preventing child abuse". Chatelaine, vol. 55, novembre 1982, p. 26.

KEMPE, C.H., HELFER, R.E. The battered child, Univ. of Chicago Press, Chicago, 1980, 440 pages.

KLAUS, M., KENNEL, J. Maternal infant bonding. St-Louis, Mosby, 1976.

KLEIN, M., STERN, L. "Low birth weight and the battered child syndrome". Amer. Dis. Child, vol. 122, 1971, p. 15.

KRYMBO-BLETON, Irène. "La malprise des pères". Santé mentale au Québec, vol. 10, no 1, 1985, p. 15-19.

LALIBERTE-BOULIANE, Louise. Programme en orthophonie et en audiologie pour les enfants de 0-5 ans, DSC Saint-Luc, 1983.

LAROSE, J., BRISSETTE, Y., ROBITAILLE, A.M. "La vie prénatale: prédispositions et vulnérabilité". Psychologie préventive, no 3, 1983, p. 7-25.

LEPAGE, L., GUAY, J. et al. L'écoologie sociale des parents potentiellement abusifs; rapport préliminaire, DSC-CHUL, 1983, 145 pages.

LERNER, J.W. Children with learning disabilities: theories, diagnosis and teaching strategies, Houghton-Mifflin, Boston, 1985, 581 pages.

LESCOP, Joëlle. "Les problèmes de santé des enfants d'aujourd'hui". L'Union médicale du Canada, vol. 111, no 9, 1982, p. 743-746.

MAROIS, M.R., PERREAULT, L.A. L'intervention sociale auprès des enfants maltraités: une pratique à repenser, Cahier 2, Comité de la Protection de la Jeunesse, Québec, 1981, 189 pages.

MARTIN, G.M., MESSIER, C. L'enfance maltraitée... ça existe aussi au Québec, Cahier 1, Comité de la Protection de la Jeunesse, Québec, 1981, 321 pages.

MARTINAT, Sophie. "Exploration de quelques aspects cliniques de la problématique paternelle québécoise". Santé mentale au Québec, vol. 10, no 1, 1985, p. 20-26.

MAYER-RENAUD, Micheline. "Les enfants négligés, in Dossier sur la loi de la Protection de la Jeunesse, Québec, 1985.

MAZIADE, Michel. Etudes sur le tempérament: contribution à l'étude des facteurs de risque psychosociaux de l'enfant, Division de Recherche de l'Hôtel-Dieu du Sacré-Coeur, Québec, 1985, 40 pages.

MINDE, K. "Bonding of mothers to premature infants: theory and practice". in Taylor, Yrune and Stratton (Ed.), Parent-infant relationships.

MINISTÈRE DE LA SANTE NATIONALE ET DU BIEN-ETRE SOCIAL. Lignes directrices pour la pratique de l'orthophonie et de l'audiologie; rapport d'un groupe de spécialistes, Ottawa, novembre 1982.

MURRAY, Roger. "Impact des services de garde sur le développement du jeune enfant", in L'enfance; revue de recherche, MAS, Québec, août 1981, 74 pages.

PAPALIA, D.E., OLDS, S.W. (1978). Human development. Mc-Graw Hill, New-York; traduction française par Bélanger et Bélanger, Le développement de la personne, HRW, Montréal, 2e éd., 1983, 556 pages.

PEARCE, J.W., WALSH, K.L. "Les caractéristiques des enfants maltraités: compte rendu de recherche". Santé Mentale au Canada, vol. 32, no 2, juin 1984, p. 2-6.

PHIPPS-YONAS, S. "Teenage pregnancy and motherhood: a review of the literature". Amer. J. of Orthopsych., vol. 50, 1980, p. 403-431.

PICARD-MAYER, Ghislaine. "La monoparentalité". Psychologie préventive, no 6, 1984, p. 19-29.

PROVOST, Marc-André. "L'effet des garderies sur le développement de l'enfant". Santé mentale au Canada, vol. 28, no 1, mars 1980.

RUBIN, Kenneth H. "Nonsocial play in preschoolers: necessarily evil?". Child devpt, vol. 53, 1982, p. 651-657.

RUBIN, Kenneth H. "Social and social-cognitive developmental characteristics of young isolate, normal and sociable children", in K.H. Rubin et H.S. Ross (éd.), Peer relationships and social skills in childhood, Springer-Verlag, New-York, 1982, p. 353-374.

SCARLETT, N.G. "Social isolation from agemates among nursery school children". J. Child Psychol. and Psychiat., vol. 21, 1980, p. 232-240.

SCHELL, R.E., HALL, E. (1971). Developmental psychology To-day, Random House, New-York, Traduction française par Chauveau, Claes et Gauthier, Psychologie génétique, éd. du Renouveau Pédagogique, Montréal, 1980, 484 pages.

SCHINTO, J. Is our diet driving us crazy?. The Progressive Inc., Wisconsin, 1978, in A. Lane (éd.), Readings in abnormal psychology: the problems of disordered emotional and behavioral development, Special Learning Corporation, Connecticut, 1980, p. 4-5.

SCHMITT, B.D. "Enurésie nocturne: mise à jour du traitement". Médecine moderne du Canada, vol. 39, no 8, août 1984, p. 811-818.

SEGUIN, Louise. "Problématique de l'identification des enfants à risque élevé ou vulnérables". L'Union médicale du Canada, vol. 109, octobre 1980, p. 1409-1414.

SEGUIN, Louise. "Nouveaux problèmes de santé des enfants: rôle des centres et D.S.C.". L'Union médicale du Canada, vol. 111, février 1983, p. 168-172.

SIEGEL, L.S. "Reproductive Perinatal and environmental factors as predictors of the cognitive and language development of pre-term and full-term infants". Child development, vol. 53, 1982, p. 963-973.

STERN, Daniel. The first relationship: infant and mother. Cambridge, Harvard University Press, 1977, 149 pages.

TESSIER, Réjean. "Les enfants en difficulté d'adaptation et d'apprentissage: analyse des facteurs de risque", in L'enfance: revue de recherche, MAS, Québec, août 1981, 62 pages.

THIBAULT, L., MINVILLE, H. Eléments préliminaires pour une planification en Famille-Enfance. DSC-Hôtel-Dieu de St-Jérôme et DSC-CHRDL, Joliette, 1985.

THIFFAULT, Jacques. Les enfants hyperactifs; les deux visages de l'hyperactivité, Québec/Amérique, Montréal, 1982, 347 pages.

TROWER, P. et al. Social skills and mental health, Methuen and Co Ltd, London, 1978, 306 pages.

TRUCHON-GAGNON, C., HETU, R., - MORISSET, P. Causes, manifestations et solutions aux problèmes de bruit en garderie; actes du colloque sur la qualité de vie dans les services de garde, 1986.

ZIGLER, E.F., LAMB, M.E., CHILD, I.L. Socialization and personality development, Oxford Univ. Press, New-York, 2e éd., 1982, 347 pages.

H 4063
ex.2 Martin, F.

Troubles de développement chez
l'enfant de 0-5 ans: facteurs de
risque et prévention.

DATE

NOM

H 4063
ex.2

