

LE DIAGNOSTIC PSYCHOLOGIQUE DE L'ENFANT : DE NOS PRINCIPES SCIENTIFIQUES À NOS PRATIQUES PROFESSIONNELLES

Serge Sultan et Marie-Julie Béliveau

Groupe d'études de psychologie | « Bulletin de psychologie »

2019/1 Numéro 559 | pages 9 à 18

ISSN 0007-4403

Article disponible en ligne à l'adresse :

<https://www.cairn.info/revue-bulletin-de-psychologie-2019-1-page-9.htm>

Distribution électronique Cairn.info pour Groupe d'études de psychologie.

© Groupe d'études de psychologie. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

Le diagnostic psychologique de l'enfant : de nos principes scientifiques à nos pratiques professionnelles

SULTAN Serge ^{a, b}

BÉLIVEAU Marie-Julie ^{a, c}

Résumé : Cet article vise à identifier les grands défis qui sont posés par le diagnostic psychologique de l'enfant et à formuler des recommandations pour le développement de la pratique dans ce domaine. À partir des données probantes et de l'usage actuel de l'examen multiméthodes multi-informants, nous soutiendrons donc que le grand défi actuel n'est pas tant de faire appel à des techniques validées, mais d'intégrer les informations de l'examen dans une formulation de cas fidèle et valide. Étant donné le rôle majeur des biais de jugement auxquels nous sommes soumis, nous devons, en conséquence, développer une pratique probe de l'examen, fondé sur des garde-fous. Ces garde-fous s'appuient sur des compétences et une expérience autoréflexive que nous devons acquérir et maintenir en formation initiale et enrichir au cours de formations continues. Les cliniciens ont un grand rôle à jouer pour que les progrès scientifiques permettent une amélioration de la qualité du diagnostic psychologique de l'enfant.

^aUniversité de Montréal, Québec, Canada.

^b CHU Sainte-Justine, Montréal, Québec, Canada.

^c CIUSSS du Nord-de-l'île-de-Montréal – site Hôpital Rivière-des-Prairies, Montréal, Québec, Canada.

Correspondance : Serge Sultan, CHU Sainte-Justine, Bureau 3.12.17, 3175, Chemin de la Côte-Sainte-Catherine, Montréal, Québec, H3T 1C5, Canada.

Courriel : serge.sultan@umontreal.ca

Texte reçu le 20 septembre 2016 et accepté le 5 février 2018

<http://www.bulletindepsychologie.net>

The psychological diagnosis of children: From scientific principles to professional practice

Abstract: This article aims to identify the main issues raised by psychodiagnosis in children. We formulate recommendations designed to develop psychological practice in this area. Based on a selective review of the evidence and current practice of multi-informant multi-method child assessment, we suggest that the main challenge we are facing is not to ascertain the validity of tools and procedures per se but to warrant a reliable and valid case conceptualization. Given the pervasive role of our judgment biases, we need to use efficient safeguards to conceptualize cases. Interestingly, these safeguards are all based on reflective experience and practice, which clinicians should acquire and develop in initial and professional training. Clinicians should play a central role to help translate scientific knowledge into practice improvements in psychodiagnosis of the child.

Dans un contexte où l'exigence de mesure et de productivité s'accroît, les psychologues sont de plus en plus confrontés à des tensions importantes entre deux positions. L'une, traditionnelle, vise à conceptualiser le cas clinique dans sa complexité, pour comprendre et expliquer le fonctionnement de l'individu. L'autre, plus récente, vise à fonder le discours des psychologues sur « les données probantes » (*Evidence-Based Practice*). Si certains professionnels résolvent ces tensions par le choix de l'une ou de l'autre position, sans possibilité de compromis ou de discussion, nous pensons qu'il est indispensable de poser les conditions d'une articulation entre elles. C'est cette articulation, ce qu'on pourrait appeler « la conceptualisation du cas fondée sur les données probantes », que nous nommons le *diagnostic psychologique*. Par *diagnostic psychologique*, nous désignons une description valide du fonctionnement psychologique (Sultan, 2004 ; Sultan, Chudzik, 2010). Notre objectif est de montrer et illustrer quelles conditions favorisent cette articulation, en nous appuyant sur l'identification préalable des défis de l'évaluation psychologique de l'enfant et des solutions qui ont été proposées jusqu'à présent (examen multi-informants, multiméthodes). Ces solutions souffrent encore de limites, pour lesquelles nous proposerons des solutions techniques et suggérerons des progrès dans les pratiques professionnelles. Nous nous fondons, dans ce processus, sur nos expériences dans les domaines socio-affectifs.

LES DÉFIS DU DIAGNOSTIC PSYCHOLOGIQUE DE L'ENFANT

Si la tension mentionnée plus haut est réelle en psychologie de l'adulte, elle est exacerbée en psychologie de l'enfant, principalement pour des raisons méthodologiques. La première est que la rapidité du développement de l'enfant est extrêmement élevée. L'âge préscolaire, par exemple, est marqué par le développement du langage, les capacités d'autorégulation et de prise de perspective de l'autre, ainsi que de meilleures compétences motrices qui permettent plus d'autonomie à l'enfant et transforment ses interactions. En conséquence, c'est une illusion de penser que l'on peut évaluer, à des âges différents, systématiquement, les mêmes domaines et concepts. La détresse émotionnelle ou l'anxiété ne se manifestent pas de la même manière chez des enfants d'âge scolaire en comparaison avec des jeunes adolescents, et des mots comme « détresse » ne sont pas non plus compris de manière uniforme par les intéressés. De ce fait, les difficultés

méthodologiques sont décuplées quand il s'agit de décrire le fonctionnement affectif de l'enfant, car chaque âge exige une adaptation à de nouveaux concepts et l'élaboration de nouvelles méthodes. Par exemple, certaines activités ou tâches développementales touchant le réseau social sont presque inexistantes avant la grande enfance (être en groupe, dormir chez des amis, etc.). Un autre défi concerne l'accès aux informations de nature psychologique chez des enfants qui ne communiquent pas verbalement ou qui n'ont pas développé un concept de soi suffisamment mûr pour pouvoir s'autodécrire. On a aussi montré que plus des deux tiers des enfants atteints de difficultés émotionnelles ou comportementales présentent aussi des difficultés de langage (Benner, Nelson, Epstein, 2002). Une grande partie des mesures psychologiques dans le domaine du comportement ou des aspects socio-affectifs repose, en effet, sur des descriptions verbales. C'est le cas de domaines aussi divers que l'estime de soi ou des pensées pouvant habiter l'enfant, des descriptions de ce qu'il vit et de ses symptômes de son propre point de vue, descriptions traditionnellement fondées, on le sait, sur des entretiens. Si ces informations ne sont pas disponibles auprès de l'enfant lui-même, peut-on obtenir les mêmes éléments d'une autre manière (jeu, dessin, etc.) ? Serait-il indiqué d'interroger des membres de l'entourage sur le vécu de l'enfant et, dans ce cas, quelles sont les conditions de validité de ces informations ? Cela soulève un troisième type de défi, le fait que l'évaluation de l'enfant s'inscrit toujours dans un contexte social, au moins celui de la famille. Proposer un diagnostic psychologique de l'enfant, au sens d'une description du fonctionnement psychologique de l'enfant, c'est prendre en compte des acteurs variés, leur fonctionnement, leur système, afin d'identifier les ressources ou difficultés de ceux qui ont le plus d'influence sur son développement. En résumé, le psychologue désirant décrire le fonctionnement psychologique de l'enfant est placé devant une tâche particulièrement complexe s'il souhaite poser un discours valide et partageable sur l'enfant.

Faire appel à plusieurs informants

Lorsqu'il s'agit d'un enfant, les informations provenant des adultes significatifs qui le côtoient sont inévitables. Non seulement ses parents, mais également son enseignant, sont à même de fournir des informations précieuses sur son fonctionnement dans différents contextes et ils fournissent, par la même occasion, des informations sur la façon dont ils le perçoivent. Or, un enfant en construction est

dépendant des perceptions qu'entretiennent envers lui ces personnes. Ces perceptions sont également fondamentales pour comprendre le type de relation qu'ils ont tissée. Dans une récente recherche, nous avons évalué la dépression, l'anxiété, et le niveau de détresse subjective d'enfants ayant été traités pour un cancer, en utilisant des instruments autodescriptifs remplis par l'adolescent (âges 12-18 ans) et ses deux parents ($N=62$, *Beck Youth Inventory et Distress Rating Scale*) (Abate et coll., 2018). Les coefficients d'accord absolu parent-enfant étaient extrêmement bas (Min-Max Coefficient de corrélation intraclasse ICCs = 0,17-0,47), ce qui souligne que la réalité décrite par les parents était très différente de celle décrite par l'enfant. Dans les désaccords observés, la majeure partie des parents estimait la détresse des enfants comme plus élevée que ceux-ci ne la rapportaient. Une minorité de parents avaient des scores éloignés de l'enfant, parce qu'ils sous-estimaient ses réponses. Dans ce cas, les désaccords sont d'autant plus attendus qu'il s'agit de symptômes intériorisés, en comparaison à des symptômes extériorisés. Pour le psychologue, fonder des interprétations sur les seules évaluations des enfants équivaldrait probablement à s'exposer à de nombreux biais, comme la tendance qu'ont les enfants à surnormaliser leur expérience. Cela ne veut pas dire que les évaluations des parents sont la seule référence, car eux aussi sont soumis à des biais, comme l'influence de leur propre état psychologique sur leurs évaluations de l'enfant. C'est pourquoi, il est d'usage de prendre en compte les divers informants pertinents pour décrire le statut de l'enfant (enfant lui-même, parents, enseignants, pairs, etc.), en les considérant comme l'expression de réalités différentes, cette différence étant elle-même l'objet d'interprétation dans la suite de l'examen. Bien sûr, on sait que les meilleurs informants, pour les symptômes intériorisés, sont les enfants eux-mêmes, alors que, pour les symptômes extériorisés, ce sont les parents ou les enseignants (Mash, Hunsley, 2005). Dans notre exemple, ce qui est notable, ce n'est pas le cas général de la supposée « surestimation » de la détresse de l'enfant par le parent, mais plutôt le cas spécifique d'une minorité d'enfants pour lesquels nous notons une importante non-reconnaissance de la détresse de l'enfant par le parent. On pourrait penser que l'intérêt de l'examen multi-informants réside principalement dans la triangulation ou contre-validation des données observées chez l'enfant. En réalité, inclure plusieurs sources de données, c'est aussi obtenir des données complémentaires, car le fonc-

tionnement de l'enfant n'est souvent pas le même dans ses différents milieux de vie. L'entretien avec les parents ou avec les enseignants nous renseigne, d'une manière unique, sur les comportements ou la gestion des émotions, alors que, seul, un examen approfondi de l'enfant nous renseigne sur ses intérêts, l'estime de soi ou comment il perçoit ses relations amicales. Cet argument est bien étayé par une étude montrant que les évaluations des cliniciens et des parents de l'enfant à l'âge de 4 ans peuvent être utilement combinées pour prédire avec succès la présence et la sévérité d'un trouble d'hyperactivité et d'attention, lorsque l'enfant atteint l'âge de 6 ans (O'Neill, Scheiderman, Rajendan, Marks, Halperin, 2014). La stratégie de recueil multi-informants a été proposée pour répondre aux limites importantes des évaluations isolées des enfants et cherche à répondre au défi, que nous avons identifié, de situer l'enfant dans son environnement pour décrire son fonctionnement.

Utiliser des méthodes différentes et valides

Pour dresser un portrait clinique fidèle du fonctionnement de l'enfant, la plupart des situations requièrent l'utilisation de plusieurs méthodes. Ce besoin découle de l'observation selon laquelle l'entretien, les tests, les tâches ou exercices qui sont proposés à l'enfant ou à son entourage, doivent être considérés comme des situations plus ou moins contrôlées, dans lesquelles certaines informations peuvent (ou ne peuvent pas) être recueillies. Par exemple, l'entretien nous permet d'établir une relation de confiance, d'observer l'enfant, de clarifier certains thèmes, mais il se limite à recueillir des conduites communicables ou observables. Des exemples de domaines, où l'entretien apporte des informations précieuses, sont les domaines des émotions et du jugement (voir exemples, tableau 1).

Dans cette même ligne d'idée, nous utilisons souvent des méthodes dites « projectives » pour cerner certaines organisations psycho-affectives, sans prendre réellement en compte en quoi les différences de méthode de recueil modifient la nature même des informations et descriptions de l'enfant. Ce qui fait la richesse de l'examen multi-méthodes, c'est la variété des modes d'expression, par exemple, la description de soi dans un questionnaire, confrontée à la manière dont l'enfant structure une histoire et la position des protagonistes au *Children Apperception Test* (CAT). Dans ces situations contrôlées que sont les tests « projectifs », l'originalité du dispositif est que l'enfant participe à la définition de sa propre tâche. Il donne une réponse,

Émotions	L'enfant exprime-t-il une palette d'émotions ? Les émotions sont-elles réprimées, non contrôlées, émoussées ? L'intensité de l'expression est-elle typique ? Les émotions sont-elles stables dans le temps ou changeantes ? Quelle est l'émotion prédominante dans l'entretien ? Est-elle appropriée ? L'enfant se met-il en colère, est-il frustré ou impatient pendant l'entretien ? L'enfant exprime-t-il de l'anxiété ?
Insight et jugement	Conscient de la situation ou des problèmes qui amènent à la consultation ? Est-il facile/difficile pour lui de prendre des décisions ? Mots utilisés pour se décrire ? Mesure la conséquence de ses comportements ? A-t-il des plans pour l'avenir ? Quelle relation fait-il entre les événements passés et ses difficultés actuelles ?

Tableau 1. Exemple d'investigations possibles avec l'entretien dans les domaines des émotions et de l'*insight* et du jugement.

dont l'organisation et les détails dépendent de lui. Il a sûrement moins le sentiment de contrôler la situation, mais il peut être soutenu et renforcé dans la relation à l'examineur et, surtout, il ne contrôle pas vraiment le dévoilement qui s'opère. Enfin, un niveau d'*insight* élevé de sa part, c'est-à-dire une bonne qualité de regard sur soi, n'est pas nécessaire dans ces situations, alors qu'il l'est dans les tâches d'autodescription. En conséquence, les différences et contradictions entre méthodes sont autant de sources d'information sur la capacité à organiser, à contrôler, sur le niveau d'*insight*, etc. Pour une démonstration « par l'exemple », nous renvoyons le lecteur à l'étude d'un cas d'enfant ayant eu un traitement pour un cancer et montrant que l'examen projectif, associé aux données des parents permet de mieux décrire les difficultés émotionnelles réelles de l'enfant que la simple autodescription (Hermann, 2015). Une littérature abondante est disponible sur ce thème de l'intégration (Sultan, Chudzik, 2010). Les auteurs interprètent les informations convergentes et divergentes à l'aune des différences de méthodes, dans la logique de la traditionnelle matrice multitraits multiméthodes (Campbell, Fiske, 1959).

Jusqu'à ce point, nous avons supposé implicitement que les méthodes utilisées étaient fidèles et valides, par exemple, que le rôle que l'enfant donne à la poule, à la fameuse planche 1 du CAT, était révélateur de la figure maternelle. Dans bien des cas, cela veut dire que nous sommes capables de nous référer à des normes pour pouvoir dire ce qui est typique et ce qui est atypique. De même, le codage que nous faisons de la réponse doit être approprié pour refléter le phénomène que nous souhaitons cerner et, enfin, nous devrions être

fondés à étendre les observations réalisées pendant la situation contrôlée (par exemple, le CAT) à la vie réelle : la figure maternelle mise en scène est un marqueur de la relation à la mère réelle. Ces qualités de validité interne et externe semblent acquises : puisque ces tests sont connus et enseignés, ils doivent être valides. En fait, il n'en est rien. Le psychologue curieux et exigeant sera surpris de la pauvreté des données qui soutiennent l'utilisation que nous faisons de tel ou tel instrument couramment employé dans nos batteries, notamment dans les domaines socio-affectifs.

Plusieurs enjeux complexes portent sur les outils utilisés. L'utilisation d'outils en langues étrangères et non normalisées, pour la population à laquelle appartient l'enfant, est l'un des premiers écueils auquel se heurte le clinicien (Béliveau, Smolla, Breault, Lévesque, 2014). Dans le cas d'enfants présentant des troubles cognitifs, les outils validés auprès de la population générale ne sont souvent pas directement utilisables, surtout auprès des plus jeunes. Ceux-ci ont souvent besoin de plus de renforcements, d'encouragements et de démonstrations que ceux ayant servi au développement de l'outil qui, eux, ne sont pas placés d'emblée devant leurs angoisses d'échec ou d'incomplétude, car ils ne sont pas en situation d'évaluation clinique. Ainsi, ce n'est certainement pas, avec ces enfants, une attitude stricte de suivi des consignes d'administration qui assurera la validité de la démarche évaluative, mais plutôt une attitude compréhensive et soutenante envers l'enfant, l'encourageant à continuer, le félicitant pour son labeur, en faisant valoir ses réussites, mais aussi en relevant ses difficultés sans complaisance. Il est pertinent de chercher la participation des parents, pour qu'eux aussi s'approprient les éléments se dégageant de la

démarche au fur et à mesure qu'elle se construit, qui est garante de l'intégrité du processus et donc de sa valeur et, surtout, en s'assurant du sens que l'examen prend pour cet enfant et ses parents. Dans ce travail, le professionnel n'est pas un expert qui explique aux parents ce qu'ils doivent faire ou ne pas faire, mais quelqu'un qui partage avec eux ses observations, ce qui permet aussi une nouvelle co-construction de l'enfant à ce moment précis de son histoire. La proposition émanant de la Division 12 (*Society of Clinical Psychology*) de l'APA sur la formation à une pratique fondée sur les données probantes, telle que le clinicien se conçoit comme un « vérificateur d'hypothèse » (Beck et coll., 2014), dans une perspective orientée vers la résolution de problème, est cohérente avec cette attitude de collaboration. Une évaluation ainsi conçue est dynamique et vivante et se construit entre partenaires véritables, qui respectent la place centrale des parents, ainsi que nous l'avons expliqué plus haut.

Comment garantir que nos outils soient les plus à jour et les plus valides pour les conditions dans lesquelles nous souhaitons les utiliser ? Il existe pour cela de multiples lignes directrices ou guides, des revues de littérature systématiques et critiques que nous devons prendre en compte avant de nous engager. En psychologie pédiatrique, la discipline qui s'intéresse aux enfants ayant des maladies physiques, plusieurs revues de littérature publiées récemment établissent des critères clairs pour classer les outils disponibles selon leur niveau de validité et de fidélité (voir numéro spécial de 2008 du *Journal of Pediatric Psychology* et son introduction par Cohen, La Greca, Blount, Kazak, Holmbeck, Lemanek, 2008). Nous avons procédé à une telle revue dans le domaine de l'évaluation développementale et cognitive chez l'enfant d'âge préscolaire (Béliveau et coll., 2014). Ce travail a abouti aux conclusions suivantes : nous avons identifié 181 mesures de développement général, cognitif, langagier et des fonctions sensorimotrices. Après consultation d'un panel d'experts, seules 67 % des mesures étaient connues et 7 % étaient recommandées par dix experts ou plus. Ces données révélaient une très forte concentration de l'expertise sur un tout petit nombre d'instruments. Surtout, une partie des instruments connus ou recommandés n'était pas valide ou désuète ou était validée uniquement en anglais. Le choix des procédures doit être informé par de tels résultats.

Il existe donc un écart important entre l'idéal et le possible dans la pratique de l'examen. En clinique,

nous sommes souvent confrontés à des situations qui nous semblent tellement spécifiques, que nous n'avons pas la procédure donnée pour en faire une évaluation appropriée, nous n'y avons tout simplement pas été formé ; en témoigne ce cas, auquel nous avons été confronté. Le pédopsychiatre nous a envoyé un enfant de 4 ans, adopté depuis l'âge de 3 ans par un couple de Canadiens, mais provenant d'un pays du Sud et ayant auparavant vécu en orphelinat. Il est bien connu maintenant que les enfants ayant connu de telles conditions peuvent éprouver des difficultés à tisser des liens avec leurs nouveaux parents, même si un nombre significatif forge finalement un lien d'attachement sécurisant (van IJzendoorn, Juffer, 2006). L'âge de l'enfant, au moment de l'adoption, est évidemment un facteur important (Julian, 2013), mais également la sensibilité parentale (McGoron et coll. 2012). Dans ce cas précis, les parents, observant de l'opposition chez leur enfant, se demandaient si celui-ci ne présenterait pas des difficultés ou même un trouble dans le développement du lien affectif avec eux. Cette question nous a été ensuite transmise par le pédopsychiatre. La première difficulté, dans ce cas, est que les outils les plus courants, comme le CAT et le Rorschach, sont souvent difficiles à utiliser avec d'aussi jeunes enfants et ne disposent pas d'échantillons de référence. Bien que très utiles pour décrire le monde interne de l'enfant, ils ne pourront pas, pour autant, répondre à la question spécifique qui est posée : cet enfant est-il en train de construire un lien significatif et sécurisant avec ses parents d'adoption ou bien est-il en train de se refuser à la construction de ce lien. Pour être en mesure d'adopter une position ferme dans ce débat, une démarche multiméthode, nous est apparue obligatoire. Dans un souci de nous appuyer sur les données probantes, nous avons procédé à une recherche d'outils adaptés. Les écrits relatifs à ces problématiques sont nombreux dans toutes les bibliographies consacrées à la psychologie du développement et la plupart possèdent une certaine validité. Au cours de la recherche d'un outil approprié pour ce garçon de 4 ans, nous avons identifié un format d'entrevue mis au point par une équipe de recherche s'intéressant aux indices de trouble d'attachement parmi les enfants en institution (DAI-*Disturbances of Attachment Interview*, Smyke, Zeanah, Gleason, Drury, Fox, Nelson, Guthrie, 2012). Une recherche rapide sur Internet nous a permis d'obtenir la version complète du questionnaire avec son manuel d'utilisation. Le DAI facilite le recueil des informations très pertinentes auprès des parents sur des comportements en analysant des situations très précises, comme la manière de se référer à eux dans

de nouvelles situations, se comporter différemment avec eux et avec les étrangers, et aide à repérer l'expression de détresse de l'enfant, etc. Cet outil, complété de stratégies d'observation conseillées dans la littérature (par exemple, observation en présence soit des parents soit d'étrangers ; Lyons-Ruth, Bureau, Riley, Atlas-Corbett, 2009), nous a guidé dans la construction d'un protocole d'évaluation soutenant le recueil de nos observations et, par là, l'étayage des conclusions qui s'ensuivent. Grâce à ce protocole, nous avons décelé plusieurs indices d'une relation privilégiée en construction entre ce garçon et ses parents d'adoption. Une intervention, visant au renforcement de la relation parent-enfant a, par la suite, été mise en place, cette intervention étant, elle aussi, éclairée par les données probantes disponibles (Berlin, Ziv, Amaya-Jackson, Greenberg, 2005). Cet exemple illustre la mobilité nécessaire à notre action. Nous devons, en effet, sortir de nos cadres habituels pour nous adapter aux situations que nous rencontrons. Dans de nombreux domaines, comme celui de l'attachement, la recherche a produit des stratégies d'évaluation rigoureuses importables dans le domaine de la clinique.

Quand bien même, la validation de nos procédures, garantit-elle pour autant une validité de jugement ? Des recherches récentes, réalisées sur l'utilisation du Rorschach, indiquent justement que les données psychométriques, les preuves de validité, sont des aspects nécessaires, mais non suffisants, s'agissant de l'utilisation valide du test : la manière dont les scores sont interprétés joue, ici, un rôle central (Meyer, Mihura, Smith, 2005). La validité des interprétations du clinicien est, en soi, un domaine, qui n'a pas été étudié de manière systématique. La validité des interprétations, de l'intégration et de la démarche menant à la conceptualisation du cas et à sa description écrite ne se trouve pas garantie par la validité individuelle des procédures et des tests. Comme aurait pu le dire maître Yoda : « Un erroné jugement peut être, sur des données de qualité, fondé ! », autrement dit : même si nous nous fondons sur des données valides, l'utilisation que nous faisons des procédures, c'est-à-dire notre jugement clinique, doit répondre à des critères de rigueur. Nous pouvons commettre de très grosses erreurs de jugement ou d'interprétation.

Faire des interprétations et porter un jugement valide

En effet, le grand défi du diagnostic psychologique, n'est pas de disposer d'outils valides, mais bien de combiner et peser avec précision les informa-

tions pour formuler un jugement clinique pertinent (Hunsley, Mash, 2007). Plusieurs auteurs, heureusement, se sont intéressés au jugement clinique, depuis les fameux débats sur les jugements actuariels opposés à cliniques (Dawes, Faust, Meehl, 1989). Garb a été l'un des premiers à offrir une synthèse complète de la littérature empirique sur le jugement clinique (Garb, 1998). Sa revue critique aboutit à des résultats forts, toutes procédures confondues. Elle montre que : 1° les cliniciens ont tendance à surestimer le degré de gravité des difficultés ou des déficits rencontrés ; 2° la formation est plus importante que l'expérience clinique dans la formulation d'un jugement clinique valide ; 3° les inférences causales qui sont émises lors de la conceptualisation du cas sont le plus souvent des hypothèses faibles ; 4° la prédiction des risques futurs (par exemple, les conduites agressives) doit prendre en compte les conduites passées ; 5° on ne peut pas vraiment se prononcer sur la validité des recommandations thérapeutiques, étant donné la rareté, après évaluation, des informations de suivi disponibles aux cliniciens auteurs des évaluations. Ces résultats sont à rapprocher des grands biais de jugement que la psychologie sociale a identifiés et qui n'épargnent en rien les professionnels, fussent-ils psychologues (Leyens, Scaillet, 2012). L'un de ces biais majeurs est le biais d'autoconfirmation. Ce biais fait référence à la tendance à prendre une décision prématurément dans le processus d'interprétation et à la maintenir sans prendre en compte les résultats qui viendraient contredire ces impressions initiales. Nous sommes plus ouverts aux informations congruentes, celles qui confirment nos hypothèses, qu'à celles qui les remettent en cause. Dans l'intégration des données du cas clinique, il sera alors indispensable de rester ouverts aux données contradictoires ou nouvelles. Facile à dire. Une manière simple est de se « forcer » en quelque sorte à donner, à chaque procédure, une chance d'offrir des informations nouvelles jusqu'au bout. Dans un ouvrage précédent, nous avons proposé une grille simple, dans laquelle le clinicien enregistrerait indépendamment les résultats contradictoires ou non de chaque source d'information, avant le processus d'intégration/interprétation (Sultan, 2004 ; voir tableau 2). Dans le cadre de l'examen psychologique, pour mieux contrôler ce biais d'autoconfirmation, il semble qu'il ne faille pas trop se presser pour conceptualiser le cas.

Un autre biais très répandu dans notre domaine est celui de familiarité. Ce biais renvoie à la tendance à interpréter toutes les situations selon une orientation théorique ou des mécanismes avec lesquels

	Entretien	Beck Youth Inventory	WISC V	Synthèse
Logique de la pensée, performance				
Attention, concentration				
Gestion de l'anxiété				
Synthèse				
Recommandations				

Tableau 2. Exemple de grille permettant l'intégration des données de différentes sources d'information et visant à contrôler le biais d'autoconfirmation.

nous sommes particulièrement familiers. Dans l'interprétation des données, il sera particulièrement utile de prendre de la distance avec notre propre référentiel théorique et de considérer, par exemple, d'autres hypothèses. La place que nous accordons aux données, aux verbalisations, aux réponses brutes, comparée à l'importance de notre théorie est probablement à considérer. Un bon exemple vaut plus que dix bonnes recherches. Nous devons, en effet, nous méfier aussi de notre expérience. Des recherches mettent en évidence que c'est la formation et non l'expérience qui permet de formuler un jugement plus valide (Beck et coll., 2004). Enfin, un biais, qui est souvent cité pour désigner certaines erreurs de jugement des psychologues, est l'erreur fondamentale. Cette erreur désigne le fait que des relations causales sont exprimées de manière erronée ou abusive. Très proche de ce phénomène, se situe l'emploi de termes causalistes pour, hypothétiquement, décrire un fonctionnement. Plusieurs termes du registre couramment employé par les cliniciens sont présumés décrire le cas, alors qu'ils expriment une identification de la cause des difficultés observées : le terme « faille narcissique » est un bon exemple. Dans ce cas, la frontière entre description et explication est floue. Pour circonscrire ce biais, on souhaitera employer des termes descriptifs et, si nous émettons une hypothèse causale, il sera bénéfique de la formuler comme telle, explicitement. Sachant que la recherche montre que nos formulations causales sont faibles, nous devons les présenter avec probité, comme des hypothèses.

PISTES D'AMÉLIORATION DE NOS PRATIQUES PROFESSIONNELLES

Plusieurs recommandations et listes de bonnes pratiques ont été proposées depuis 30 ou 40 ans pour optimiser la validité de la formulation du cas et nous pouvons aisément les transférer au diagnostic psychologique de l'enfant. Holt conseille ainsi de faire face au biais de familiarité en formulant

des interprétations principalement guidées par des données, des observations, plutôt que par une théorie prédéfinie (Holt, 1970). Cette orientation est partagée par Edelson pour la formulation des cas, même si l'orientation théorique est psychodynamique : « séparez systématiquement les faits et les interprétations » (Edelson, 1985). Ces auteurs conseillent aussi de formuler des hypothèses explicites, ce qui permettrait de mieux faire face au biais d'autoconfirmation dans le processus d'interprétation. Enfin, ils sont en faveur de l'utilisation d'une procédure systématisée pour intégrer les données, plutôt que de se reposer sur la seule intuition. De telles procédures sont couramment employées dans le cadre de tests omnibus (*Child Behavior Check List - CBCL*, *Behavior Assessment System for Children - BASC*). Les conseils de Garb (1998) rejoignent ceux de ces auteurs. Celui-ci recommande surtout de prêter attention aux résultats empiriques et de développer des méthodes claires pour contrôler les biais de jugement. Un aspect original est l'argumentation des étapes du jugement clinique dans un « journal de bord ». Cette méthode est conseillée aux chercheurs utilisant des méthodes d'analyse qualitative, afin de pouvoir contrôler les biais de mémoire et de raccourci, qui entachent les interprétations. Ce conseil rejoint l'un des quatre principes guidant la mise au point des formations supérieures en psychologie clinique aux États-Unis d'Amérique, à savoir l'enseignement de l'esprit critique. Pour satisfaire à ce principe, il est important que les formateurs transmettent aux futurs psychologues les habiletés scientifiques nécessaires au test d'hypothèses. Ces habiletés sont considérées comme essentielles dans la pratique de l'évaluation et de l'intervention. En formulant, de manière explicite, nos hypothèses (par exemple, dans un journal de bord), nous pouvons les confronter honnêtement aux données qui vont dans le sens d'une confirmation ou d'une infirmation (Beck et coll., 2014). Une façon de lutter contre l'erreur fondamentale est

aussi de « trianguler » les sources de données, en faisant appel au jugement de personnes tierces sur les inférences sur la causalité. Constance Fischer, par exemple, conseille de recueillir l'avis de l'intéressé (dans notre cas, l'enfant et le parent), lorsque cela est possible (Fischer, 1994). De plus, une association active du parent, dès le départ du processus d'évaluation, qui pourra être conçu comme collaboratif, permet de discuter des enjeux soulevés au fil des rencontres et de replacer les différentes observations dans leur contexte, en obtenant leur point de vue. Le contexte d'une telle « évaluation collaborative » permet ainsi une discussion ouverte de la compréhension de l'enfant et une certaine validation de ce qui est observé dans le contexte clinique (Dubé, Noël, 2015 ; Finn, Chudzik, 2013).

CONCLUSION

La qualité du diagnostic psychologique dépend de la rigueur apportée dans la réalisation de plusieurs étapes du travail de l'examineur. Si le choix de procédures fidèles et valides est une condition nécessaire à une observation rigoureuse, il n'est pas une condition suffisante, étant donné que les étapes d'interprétation et d'intégration, puis de formulation du cas, sont soumises à des biais de jugement puissants. L'ensemble des conseils que nous avons formulés font référence, en réalité, à des capacités très élaborées, de nature autoréflexives, notamment les stratégies que nous avons suggérées pour contrôler ses propres biais de jugement. En tant qu'examineur, nous devons faire... et nous regarder faire. Bien sûr, le clinicien peut s'aider de « petits trucs », comme le carnet de bord ou la grille d'interprétation. Ces techniques, si elles sont insérées dans la pratique, facilitent la décomposition des tâches et une distanciation vis-à-vis de son propre fonctionnement, afin de limiter les biais. Cette pratique autoréflexive est une condition essentielle à la rigueur du diagnostic psychologique et place cette activité, visant la conceptualisation valide du cas, en contraste avec la pratique mécanique du

test. Le diagnostic psychologique intégré de l'enfant étant d'une extrême complexité en raison de la multiplicité des protagonistes et des spécificités des phases développementales, le savoir-faire technique et les qualités personnelles du psychologue y sont particulièrement sollicités et doivent se mettre au service de la conceptualisation du cas, autrement dit de la formulation du portrait de la personne qu'est l'enfant. Des initiatives récentes visent justement à systématiser des procédures pour permettre une meilleure intégration des données du cas (Shernoff, Hill, Danis, Leventhal, Wakschlag, 2014). La méthode du consensus intégratif a ainsi démontré sa supériorité pour l'intégration des données dans l'examen psychologique de l'enfant avec troubles extériorisés. Cette méthode donne la priorité aux informations écologiquement valides, afin de résoudre des écarts entre méthodes ou entre informants dans le processus d'intégration. Par exemple, on donnera un poids supérieur aux observations de l'enfant dans le contexte naturel de vie, à l'avis des parents, etc.

Formuler un portrait qui reflète fidèlement la réalité est du ressort de l'éthique professionnelle. Ainsi, nous ne pouvons faire l'économie de l'utilisation de techniques éprouvées pour améliorer notre jugement clinique et notre processus d'interprétation. Nous devons utiliser des garde-fous, quand ils existent (par exemple, journal de bord justifiant nos interprétations). Nous devons donc prendre en compte les données probantes existantes sur les meilleures manières de circonscrire les biais de jugement. Nous ne pouvons, non plus, faire l'économie de l'amélioration de ces techniques. C'est pourquoi nous avons besoin d'une formation autoréflexive au jugement clinique dans le contexte de l'évaluation, et d'une recherche appliquée sur les conditions qui améliorent notre jugement sur la situation de l'enfant. Les cliniciens sont dans une position centrale pour motiver et promouvoir de telles améliorations des pratiques dans le domaine du diagnostic psychologique.

RÉFÉRENCES

- ABATE (Cybelle), LIPPÉ (Sarah), BERTOUT (Laurence), DROUIN (Simon), KRAJINOVIC (Maja), RONDEAU (Émélie), SINNETT (Daniel), LAVERDIÈRE (Caroline), SULTAN (Serge).— Parental ratings and children's self-ratings of anxiety, depression, and distress after childhood cancer, *Pediatric Blood and Cancer*, 65, 1, 2018, p. 1-9.
- BECK (J. Gayle), CASTONGUAY (Louis G.), CHRONIS-TUSCANO (Andrea), KLONSKY (E. David), MCGINN (Lata K.), YOUNGSTROM (Eric A.).— Principles for Training in Evidence-Based Psychology: Recommendations for the Graduate Curricula in Clinical Psychology, *Clinical Psychology: Science and Practice*, 21, 4, 2014, p. 410-424.
- BÉLIVEAU (Marie-Julie), SMOLLA (Nicole), BREAU (Chantale), LÉVESQUE (Alain).— L'évaluation développementale et cognitive de l'enfant d'âge préscolaire en clinique psychiatrique, *Revue québécoise de psychologie*, 35, 1, 2014, p. 65-108.
- BENNER (Gregory J.), NELSON (J. Ron), EPSTEIN (Michael H.).— Language Skills of Children with EBD: A Literature Review, *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 10, 1, 2002, p. 43-56.
- BERLIN (Lisa J.), ZIV (Yair), AMAYA-JACKSON (Lisa), GREENBERG (Mark T.).— *Enhancing early attachments: Theory, research, intervention, and policy*, New York, The Guilford Press, 2005.
- CAMPBELL (Donald T.), FISKE (Donald W.).— Convergent and discriminant validation by the multitrait-multimethod matrix, *Psychological Bulletin*, 56, 2, 1959, p. 81-105.
- COHEN (Lindsey L.), LA GRECA (Annette M.), BLOUNT (Ronald L.), KAZAK (Anne E.), HOLMBECK (Grayson N.), LEMANEK (Kathleen L.).— Introduction to Special Issue: Evidence-Based Assessment in Pediatric Psychology, *Journal of Pediatric Psychology*, 33, 9, 2008, p. 911-915.
- DAWES (Robyn M.), FAUST (David), MEEHL (Paul E.).— Clinical Versus Actuarial Judgment, *Science*, 243, 1989, p. 1668-1674.
- DUBÉ (J. Éric), NOËL (Raphaële).— Les représentations mentales de l'enfant chez les parents : situations, illustrations et réflexion sur les catalyseurs de changements en évaluation thérapeutique de l'enfant, *Pratiques psychologiques*, 21, 2015, p. 375-388.
- EDELSON (Marshall).— *Hypothesis and evidence in psychoanalysis*, Chicago, University of Chicago Press, 1985.
- FINN (Steven E.), CHUDZIK (Lionel).— L'évaluation thérapeutique pour enfant : théorie, procédures et illustration, *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 61, 2013, p. 166-175.
- FISCHER (Constance T.).— *Individualizing psychological assessment*, Hillsdale, NJ, Lawrence Erlbaum, 1994.
- GARB (Howard N.).— *Studying the Clinician: Judgment Research and Psychological Assessment*, Washington, DC, American Psychological Association, 1998.
- HERMANN (Scott D.).— Distress screening in childhood cancer patients: A focused case study examination involving projective drawings, *Journal of Infant, Child, and Adolescent Psychotherapy*, 14, 2015, p.129-142.
- HOLT (Robert R.).— Yet another look at clinical and statistical prediction: Or is clinical psychology worthwhile? *American Psychologist*, 5, 1970, p. 337-349.
- HUNSLEY (John), MASH (Eric J.).— Evidence-based Assessment, *Annual Review of Clinical Psychology*, 3, 2007, p. 29-51.
- JULIAN (Megan M.).— Age at Adoption from Institutional Care as a Window into the Lasting Effects of Early Experiences, *Clinical Child and Family Psychology Review*, 16, 2013, p. 101-145.
- LEYENS (Jacques-Philippe), SCAILLET (Nathalie).— *Sommes-nous tous des psychologues ?*, Wavre (Belgique), Mardaga, 2012.
- LYONS-RUTH (Karlen), BUREAU (Jean-François), RILEY (Riley), ATLAS-CORBETT (Alisha F.).— Socially Indiscriminate attachment behavior in the Strange Situation: Convergent and discriminant validity in relation to caregiving risk, later behavior problems, and attachment insecurity, *Development and Psychopathology*, 21, 2009, p. 355-372.
- MASH (Eric J.), HUNSLEY (John).— Evidence-Based Assessment of Child and Adolescent Disorders: Issues and Challenges, *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 34, 3, 2005, p. 362-379.
- MEYER (Gregory J.), MIHURA (Joni L.), SMITH (Bruce L.).— The inter-clinician reliability of Rorschach interpretation in four data sets, *Journal of Personality Assessment*, 84, 3, 2005, p. 296-314.
- MCGORON (Lucy), GLEASON (Mary Margaret), SMYKE (Anna T.), DRURY (Stacy S.), NELSON (Charles A. III), GREGAS (Matthew C.), FOX (Nathan A.), ZEANA (Charles H.).— Recovering From Early Deprivation: Attachment Mediates Effects of Caregiving on Psychopathology, *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 51, 7, 2012, p. 683-693.
- O'NEILL (Sarah), SCHEIDERMAN (Robyn L.), RAJENDRAN (Khushmand), MARKS (David J.), HALPERIN (Jeffrey M.).— Reliable Ratings or Reading Tea Leaves: Can Parent, Teacher, and Clinician Behavioral Ratings of Preschoolers Predict ADHD at Age Six?, *Journal of Abnormal Child Psychology*, 42, 2014, p. 623-634.
- SHERNOFF (Elisa S.), HILL (Carri), DANIS (Barbara), LEVENTHAL (Bennett L.), WAKSCHLAG (Lauren S.).— Integrative Consensus: A systematic approach to integrating comprehensive assessment data for young children with behavior problems, *Infants & Young Children*, 27, 2, 2014, 92-110.
- SMYKE (Anna T.), ZEANA (Charles H.), GLEASON (Mary Margaret), DRURY (Stacy S.), FOX (Nathan A.),

NELSON (Charles A. III), GUTHRIE (Donald).— A randomized controlled trial comparing foster care and institutional care for children with signs of reactive attachment disorder, *American Journal of Psychiatry*, 469, 5, 2012, p. 508-514.

SULTAN (Serge).— *Le diagnostic psychologique. Théorie, éthique, pratique*, Paris, Éditions Frison-Roche, 2004.

SULTAN (Serge), CHUDZIK (Lionel).— *Du diagnostic au*

traitement : Rorschach et MMPI-2, Wavre (Belgique), Mardaga, 2010.

VAN IJZENDOORN (Marinus H.), JUFFER (Femie).— The Emanuel Miller Memorial Lecture 2006: Adoption as intervention. Meta-analytic evidence for massive catch-up and plasticity in physical, socio-emotional, and cognitive development, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47, 2006, p. 1228-1245.