



IMAD-Direction des opérations
Unité recherche et développement
Centre des pratiques interprofessionnelles

COMID-Pédiatrique : COMID-PED

Outil d'évaluation de la complexité multidimensionnelle des situations pédiatriques à domicile

Catherine Busnel, Sandrine Bourchanin-Binet, Stéphanie Poio-Paluch, Perrine Rochat,
Estelle Rouillon-Morand, Olivier-Perrier-Gros-Claude, Valérie Boyer

Remerciements

Les auteur-es remercient les personnes ayant contribué de manière directe ou indirecte au développement de du COMID Pédiatrique et à Fanny Vallet pour ses commentaires et sa relecture attentive.

Table des matières

Préambule	4
Modalités d'utilisation	4
COMID-PED version questions	5
COMID.PED version check-list	9
COMID-PED version détaillée	11
Bibliographie	26

Préambule

La **complexité multidimensionnelle** peut se définir comme « une situation dans laquelle la présence simultanée d'une multitude de facteurs, médicaux, psychosociaux, culturels, environnementaux et/ou économiques sont susceptibles de perturber ou de remettre en cause la prise en charge d'un patient, voire d'aggraver son état de santé » (Haute Autorité de Santé, 2014)

L'instrument d'évaluation des situations pédiatriques de la COnplexité Multidimensionnelle pour la pratique Infirmière à Domicile, le COMID Pédiatrique ou COMID-PED se base sur les développements issus du COMID (pour les patients adultes) (Busnel et al., 2018) et du COMID-Patient (Busnel et al., 2022).

- Le COMID-PED vise à identifier les composantes (ou items) qui contribuent à la complexité de la situation de la prise en soin de l'enfant et ainsi à déterminer la complexité multidimensionnelle de la situation en termes d'accumulation.

L'évaluation globale de la situation est la première étape visant l'élaboration d'un plan de soin spécifique et intégré. Le COMID-PED est un l'un des instruments de l'évaluation.

Une deuxième étape nécessitera de réaliser des évaluations plus spécifiques et ciblés en fonction des problématiques rencontrées. Elle nécessitera de mobiliser des compétences, des ressources internes et externes pour personnaliser, spécifier le plan d'intervention (objectifs d'intervention communs et priorisation) et les actions/prestations à mettre en œuvre

Est entendu par **situation pédiatrique** une situation de prise en charge d'un enfant de la naissance à la fin de l'adolescence (de 0 à 18 ans).

L'environnement intègre la dimension proximale (lieu de vie) et distale (liens sociaux), la dimension socioéconomique et matériel en termes financier, et de logement. Est entendu par **environnement de vie familial** : lieu de vie, l'environnement social et matériel

Est entendu par **cellule familiale** le parent, ou les parents, le représentant légal, la personne ayant autorité sur l'enfant, ou toute personne qui s'occupe de l'enfant dans sa vie quotidienne (beaux-parents, frère et sœur, éducateurs)

Modalités d'utilisation

- Le public cible de cette évaluation (la porte d'entrée de l'évaluation) est l'enfant (incluant les termes de nouveau-né, nourrisson, enfant, adolescent).).
- Le COMID-PED est rempli par le·la professionnel·le (niveau Bachelor, professionnel référent, coordinateur) formé·e à l'utilisation de l'instrument et ayant une bonne connaissance de la situation de l'enfant.

Il est proposé dans le présent document :

- une version dans laquelle les items sont présentés sous forme de questions
- une version courte sous forme de check-list pour un usage simplifié dans la pratique
- une version détaillée avec des exemples et des définitions pour une appropriation de l'instrument dans le cadre par exemple de formation et/ou en support pour une future version informatique

COMID-PED - version questions

Instructions de remplissage : Pour la situation pédiatrique qui fait l'objet de votre évaluation, renseignez chaque élément par « OUI » ou « NON » pour qualifier ce qui **contribute ou pas à la complexité de cette situation**. Pour chacun des items suivants, cochez la réponse « OUI » si vous pensez que l'élément décrit est présent et actif ; cochez la réponse « NON » si vous pensez que l'élément est absent ou ne s'applique pas (NSP).

Une réponse « non » est cotée (0) ; une réponse « oui » est cotée (1). Le score de chaque dimension correspond à la somme des valeurs cotées aux items correspondants. Le score total correspond à la somme des valeurs (varie de 0 à 34).

La terminologie utilisée dans l'instrument d'évaluation (ci-après) sera le terme **enfant** (incluant le nouveau-né, nourrisson, enfant, adolescent

La décision motivant chaque réponse doit être le résultat d'une connaissance suffisante de la situation et d'une analyse clinique de la situation. Elle demande au professionnel répondant un positionnement sur les éléments présents et actifs au moment de l'évaluation et pouvant contribuer à la complexité de la situation de la prise en soin de l'enfant. L'accumulation des éléments présents contribuent à définir la complexité de la situation de l'enfant.

COMID-PED (version sous forme de questions)		Non/ NSP = 0	Oui = 1
L'enfant est-il ?			
Un nouveau-né (de la naissance à 27 jours) (âge corrigé à noter pour le nouveau-né prématuré)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Un nourrisson (de 28 jours jusqu'à 2 ans)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Un petit enfant (de 2 ans jusqu'à 6 ans)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Un enfant (de 6 ans jusqu'à 10 ans)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Un-e adolescent-e (de 10 ans jusqu'à 18 ans)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1. Facteurs de santé médicale			
1a. L'enfant a-t-il une ou plusieurs maladies chroniques et/ou présente-t-il un/des symptôme(s) physique(s) inexpliqué(s) et/ou une absence de diagnostic ? Exemples : diagnostic en attente ou explication médicale pas encore trouvée. Symptômes inexplicés : fatigue chronique ; troubles digestifs...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1b. L'enfant a-t-il des douleurs persistantes, récurrentes, réfractaires et/ou chroniques ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1c. L'enfant présente-t-il une intolérance/allergie médicamenteuse, alimentaire, environnementale nécessitant une surveillance et/ou un traitement et/ou un régime spécifique ? Exemples : antihistaminique, lait spécifique sur prescription médicale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1d. L'enfant prend-il 2 médicaments ou plus (oral, aérosol, sous-cutanés...) depuis plus de 2 jours (Médecine conventionnelle, <u>excluant compléments alimentaires (vitamine D)</u>) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1e. L'enfant est-il en situation de handicap, présente-t-il un trouble développemental (cognitif, perceptif, moteur, affectif, social), une déficience intellectuelle ? Exemples : situation de handicap avec déficience cognitive (ex. cas de la trisomie 21 ou du X fragile), sensorielle (auditif, visuel (malvoyance, cécité), neurologique, de type paralysie cérébrale (ou IMOC ou IMC), psychique (autisme et trouble du spectre de l'autisme (TSA), polyhandicap)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sous-score facteurs de santé médicale			/ 5
2. Facteurs socio-économiques et environnement de vie familiale (social et matériel)			
2a. L'enfant vit-il dans un environnement familial présentant des difficultés financières (ressources insuffisantes) impactant sa santé, ses soins ? Exemples : la cellule familiale présente des difficultés à payer les prestations d'aides ou de soins, traitements, moyens auxiliaires, transports ou produits de base (hygiène, vêtements et/ou alimentation), loyer...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2 b. L'enfant évolue-t-il dans un environnement familial dont la barrière de la langue, le niveau de littératie en santé ou d'alphabétisation ne permet pas de répondre, d'assister, de soutenir les besoins de santé, de soins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

et de développement de l'enfant ? Exemples : incompréhensions liées à la langue, au vocabulaire employé, aux capacités de lecture ; immigrants récents ; faible niveau scolaire.		
2c. L'enfant est-il ou vit-il dans un environnement familial ou social isolé, sans relai ou soutien proche, pouvant impacter sa santé et son développement (cognitif, perceptif, moteur, affectif, social) ? Exemples : famille absente, absence de figure de référence, absence de scolarité, faibles ou absence de lien avec l'extérieur nécessaires au développement de l'enfant, absence ou éloignement de l'entourage familial, mineur non accompagné, enfant clandestin...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2d. L'enfant vit-il dans un logement/lieu de vie inadapté ou comportant des obstacles à la mobilité, à la santé, aux soins de l'enfant ? Exemples : encombrement important du logement, sols glissants, seuils, cuisine ou salle de bain inadaptée aux besoins, logement insalubre (moisissures, manque d'isolation thermique, nuisances sonores importantes...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sous-score facteurs socio-économiques et environnementaux		<u> / 4 </u>
3. Facteurs de santé mentale	Non/ NSP = 0	Oui = 1
3a. L'enfant présente-t-il des symptômes, des manifestations récurrentes de mal être, de tristesse, de dépression (dépression de l'enfant/dépression juvénile) ou présente-t-il des idées suicidaires ? (Exemples : tristesse non maîtrisée / non stabilisée par un traitement ; manque d'énergie chronique associée à une perception négative de soi, des autres et de l'avenir ; humeur dépressive avec des répercussions sur la situation et/ou rendant difficile la prise en charge) (Exemples jeunes enfants : pleurs fréquents, perte d'envie de jouer, troubles du sommeil, troubles alimentaires, irritabilité jusqu'au comportement agressif, repli sur soi. Exemples enfants 6 à 18 ans : verbalisation de la tristesse, problèmes de concentration, pensées suicidaires, difficultés scolaires, tentatives de suicides)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3b. L'enfant présente-t-il des manifestations, des symptômes, des troubles ou une maladie psychiatrique (diagnostiquée) ? Exemples : Troubles envahissants du comportement ; crises clastiques c'est à dire crise de colère extrêmement violente avec destruction d'objets de manière impulsive, troubles du comportement alimentaire, trouble de la perception de soi ou de la réalité ; troubles cyclothymiques ; perturbations des relations interpersonnelles ; opération de la pensée perturbée ; délire ; hallucinations (auditives, visuelles) ; trouble de personnalité ;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3c. L'enfant présente-t-il des signes, des manifestations, des symptômes de dépendance, des troubles de toxicomanie ? Le nouveau-né, le nourrisson présente-t-il un syndrome de sevrage ? (Exemples : sevrage néonatal, substances psychoactives) ou L'enfant /adolescent présente-t-il une ou des addictions ou dépendances ? (Exemples jeux vidéo, réseaux sociaux, internet, substances licites ou illicites (Ex. cocaïne, marijuana), médicaments (Ex. codéine, fentanyl, morphine, barbiturique), alcool, tabac, puff)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3d. L'enfant présente-t-il des signes d'anxiété ou d'angoisse ? Exemples de manifestations possibles : craintif, angoisse de la séparation, pleurs, agitation, repli sur soi, maux de tête, maux de ventre, vomissement, respiration rapide, trouble du sommeil, refus d'aller à l'école, Sentiment de malaise, d'étouffement, peur irrationnelle, sentiment de danger imminent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3e. Est-ce que l'état mental / l'humeur de l'enfant varie au cours de la journée ? L'enfant a-t-il des phases alternant de l'agitation, de l'apathie, de la léthargie, des pleurs ? Exemples : changements rapides d'humeur, de concentration d'énergie, agitation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sous-score facteurs de santé mentale		<u> / 5 </u>
4. Facteurs comportementaux	Non/ NSP = 0	Oui = 1
4a. L'enfant sollicite-t-il de manière récurrente, excessive (sur-sollicitation) son et/ou ses parent(s), son entourage (fratrie, famille, amis, voisins) et/ou le réseau de soins (professionnels de la santé : médecin, infirmière, autres) pour de l'aide et/ou des soins ? Exemples : besoins de réassurance, sur sollicitation, besoin intense et répétée d'attention. Sollicitation sélective en lien par exemple avec sa mobilité, sa fatigue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4b. L'enfant est-il en conflit avec la cellule familiale (réseau primaire) et/ou les professionnels (réseau secondaire) ? L'enfant a-t-il une communication ambivalente avec la cellule familiale et/ou les professionnels ?		
4c. L'enfant exprime-t-il, manifeste-t-il de l'inquiétude face à sa santé, ses soins ? Exemples : inquiétudes quant à l'évolution de son état de santé et/ou au sujet d'informations médicales reçues, des soins à venir ou de leur arrêt, signes de comportement inhabituel, pleurs, cauchemars, agitations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4d. L'enfant présente-t-il des comportements agressifs envers lui-même et/ou la cellule familiale (fratrie, parent-s, proches, entourage ou soignants) ? Exemples : agressivité verbale ou physique, mutisme, agitation, délinquance, fugue, comportements à risque pour sa santé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4e. L'enfant refuse-t-il, s'oppose-t-il, résiste-t-il aux soins ? Exemples : négociations fréquentes pour un ou plusieurs soins, ou refus catégorique, ou épisodes répétés de refus, ou mise en place de stratégies d'évitement, renoncement volontaire, mise en échec des propositions et/ou actions d'aide et/ou de soins, annulation injustifiée et/ou réitérée des rendez-vous ; absence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sous-score facteurs comportementaux		<u> / 5</u>
5. Facteurs d'instabilité	Non/ NSP = 0	Oui = 1
5a. L'état de santé physique et/ou psychique de l'enfant s'est-il dégradé...dans les dernières heures (nouveau-né, jeune enfant) ... dans les 2 derniers jours (enfants, adolescents) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5b. La capacité d'indépendance de l'enfant /capacités d'acquisition a-t-elle diminuée au cours du dernier mois ? Exemples : changement d'attitudes et de comportements, régression des acquisitions, perte des acquis (capacité à se déplacer, à réaliser sa toilette, à s'habiller, à s'alimenter seul, à jouer, difficulté à se rendre à l'école, collège/cycle/lycée/gymnase seul..)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5c. L'enfant vit-il une période de transition, de stress ? Exemples : annonce diagnostic, nouveau traitement (chimiothérapie par ex), en attente d'une chirurgie, retour d'hospitalisation, déménagement, maladie d'un proche, décès dans son entourage, divorce/séparation de ses parents, décès animal de compagnie, situations d'exclusion (familiale, scolaire, institutionnelle, amicale), entourage violent, maltraitance actuelle, a subi récemment une agression, harcèlements scolaires et réseaux sociaux, immigration récente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5d. L'enfant a-t-il présenté dans les 3 derniers jours des changements inattendus concernant ses capacités cognitives ou affectives (comportements inattendus, symptômes nouveaux) ? Exemples : distractibilité, langage perturbé, perception modifiée de l'environnement, agitation, irritabilité, impatience, déambulation, manque d'attention, léthargie, apathie, régression cognitive, mutisme, apathie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5e. L'évolution de la santé de l'enfant paraît-elle imprévisible, instable ? Exemples : apparition de symptômes inhabituels, décompensation d'une pathologie chronique, plaies, douleurs, changements fréquents du traitement et /ou des posologies, instabilité physique et/ou psychique, une ou plusieurs hospitalisations en urgence intervention d'un médecin en urgence au domicile au cours des 3 derniers jours	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sous-score facteurs d'instabilité		<u> / 5</u>
6. Facteurs liés à la cellule familiale	Non/ NSP = 0	Oui = 1
6a. La cellule familiale est-elle non-sécurisante, non-protectrice, défavorable au développement (cognitif, perceptif, moteur, affectif, social) de l'enfant ? Exemple : une vulnérabilité psychoaffective : violence conjugale /intrafamiliale, conflits entre parents, dans les modes de garde, antécédents d'expériences négatives vécues par la mère, exposition de l'enfant à des maltraitances ou négligence grave, suspicions d'abus et/ou de maltraitance etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6b. La cellule familiale ou l'un de ses membres exprime-t-elle une fatigue conséquente, un épuisement, des tensions, un stress supplémentaire, un fardeau pouvant questionner dans le quotidien la réponse à apporter, aux besoins et aux soins de l'enfant d'un point de vue de son développement (cognitif, perceptif, moteur, affectif, social) ? Expression verbalisée par un ou les 2 parents ou personnes responsables de l'enfant, assurant le rôle parental/ ayant l'autorité parentale : « je n'en peux plus », « je ne dors plus depuis plusieurs jours », une baisse d'attention pouvant générer du risque vis à vis de la sécurité de l'enfant « je suis épuisée », « je n'y arrive plus », « je n'ai plus de temps pour moi »	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6c. L'un ou les membres de la cellule familiale présente-t-il des troubles, des symptômes de santé mentale et/ou psychiatrique pouvant impacter la santé/ la prise en soin de l'enfant ? Exemples dépression, idées suicidaires, comportements d'addiction, de toxicomanie, difficultés psychologiques ou psychiatriques actuelles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6d. La cellule familiale s'oppose-t-elle aux soins ? Refuse-t-elle des soins à l'enfant (ponctuellement ou durablement) engendrant un impact sur la santé, sur la réalisation des soins? Exemples : manque de littératie en santé, manques d'information de compréhension, perte de sens, croyances, perte de confiance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6e. La cellule familiale sollicite-t-elle de manière récurrente les professionnels ? Exemples : inquiétude, anxiété face à la santé/soins de l'enfant (impactant la prise en soin de l'enfant)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sous-score facteurs liés à la cellule familiale		/5
7. Facteurs relatifs aux intervenants et système de soins		Non/ NSP = 0 Oui = 1
7a. Y-a-t-il une multitude/ diversité de professionnels (>3) qui interviennent régulièrement dans la prise en soins de l'enfant ? Exemples : pédiatre, médecin généraliste/ de famille, médecin spécialiste, infirmière, Assistante en soins et santé communautaire, aide-soignante, physiothérapeute, ergothérapeute, diététicienne, assistante sociale, curateur, travailleurs sociaux ; acteurs du milieu associatif, éducateurs, Service de la protection de l'enfance, Service judiciaire, équipe hospitalière	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7b. La communication entre la cellule familiale et les différents professionnels concernant la prise en soin de l'enfant est-elle insuffisante, difficile, inadéquate, ambivalente et/ou conflictuelle ? Exemples : Absence ou faible degré de partenariat, peu de communication ; prises en charge en silos ; interventions redondantes ; le ou les parents va/vont à l'encontre de la prise en charge proposée par les soignants, le ou les professionnel-s va/vont à l'encontre de la prise en charge souhaité par les parents	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7c. La prise en soin manque-t-elle de cohérence ? Exemples : incompréhensions, incohérence thérapeutique, désaccord entre les différents intervenants du réseau de soins, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7d. Existe-t-il des problématiques d'assurance maladie, des contraintes administratives, géographiques relatives à la prise en soin de l'enfant ? Exemples : problèmes qui limitent la prise en charge des soins, aides et traitements, éloignement des lieux de soins spécialisés, accessibilité problématiques aux soins spécialisés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7e. Est-ce que la prise en soin est ressentie comme lourde émotionnellement ou physiquement (Exemples : Lourdeur émotionnelle : sentiment d'impuissance, tristesse, peine, colère, anxiété, etc.) par le réseau de soin (professionnels de la santé) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sous-score facteurs relatifs aux intervenants et système de soins		/5
Pour chacune des questions renseignées, additionner le nombre de oui par domaine pour obtenir les sous-scores (nombre de « oui »), puis calculer le score total (somme des sous-scores) (score maximal de 34).		Score total _____ / 34

Après avoir rempli le COMID-PED

Estimez-vous cette situation comme : (choisir une seule réponse)				
Pas du tout complexe	Un peu complexe	Moyennement complexe	Très complexe	Extrêmement complexe
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Estimez-vous cette situation comme	Simple <input type="checkbox"/>	Complexe <input type="checkbox"/>
---	---------------------------------	-----------------------------------

Estimez-vous cette situation comme	Stable <input type="checkbox"/>	Instable <input type="checkbox"/>
---	---------------------------------	-----------------------------------

Remarques :

Référence conseillée : Busnel, C., Bourchanin-Binet, S., Poio-Paluch, S., Rouillon-Morand, E., Rochat, P., Perrier-Gros-Claude, O., & Boyer, V. (2025). COMID Pédiatrique: COMID-PED. IMAD.

<https://doi.org/10.26039/e37j-yb12>

COMID-PED – version check-list

La décision motivant chaque réponse doit être le résultat d'une connaissance suffisante de la situation et d'une analyse clinique de la situation. Elle demande au professionnel répondant un positionnement sur les éléments présents et actifs au moment de l'évaluation et pouvant contribuer à la complexité de la situation de la prise en soin de l'enfant. L'accumulation des éléments présents contribuent à définir la complexité de la situation de l'enfant.

Nom/Prénom Enfant :	Date de l'évaluation :	
Date de naissance :		
Instructions de remplissage : Pour la situation pédiatrique qui fait l'objet de votre évaluation, renseignez chaque élément par « OUI » ou « NON » pour qualifier ce qui contribue ou pas à la complexité de cette situation. Pour chacun des items suivants, cochez la réponse « OUI » si vous pensez que l'élément décrit est présent et actif ; cochez la réponse « NON » si vous pensez que l'élément est absent ou ne s'applique pas (NSP).		
La terminologie utilisée sous le terme enfant incluant le nouveau-né, nourrisson, enfant, adolescent		
L'enfant est-il : <ul style="list-style-type: none"> - Un nouveau-né (de la naissance à 27 jours) (âge corrigé à noter pour le nouveau-né prématuré) <input type="checkbox"/> - Un nourrisson (de 28 jours jusqu'à 2 ans) <input type="checkbox"/> - Un petit enfant (de 2 ans jusqu'à 6 ans) <input type="checkbox"/> - Un enfant (de 6 ans jusqu'à 10 ans) <input type="checkbox"/> - Un-e adolescent-e (de 10 ans jusqu'à 18 ans) <input type="checkbox"/> 		
Domaine 1 : Facteurs de santé médicale de l'enfant		
1a. Une ou plusieurs maladies chroniques, symptôme(s) physique(s) inexpliqué(s), absence de diagnostic	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1b. Douleurs persistantes, récurrentes, réfractaires et/ou chroniques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1c. Intolérance et/ou allergie médicamenteuse, alimentation, environnement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1d. 2 médicaments ou plus depuis plus de 2 jours	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1e. Situation de handicap, trouble développemental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Total sous-score de oui		
Domaine 2 : Facteurs socio-économiques et environnement de vie familiale (social et matériel)		
2a. Difficultés financières (ressources absentes, insuffisantes ou fluctuantes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2b. Environnement familial avec barrière de la langue, faible niveau de littératie en santé, ne permettant pas de répondre, d'assister, de soutenir les besoins de santé et de soins de l'enfant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2c. Isolement social	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2d. Logement inadapté et/ou barrière environnementale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Total sous-score de oui		
Domaine 3 : Facteurs de santé mentale de l'enfant		
3a. Symptômes, manifestations récurrentes de mal être, de tristesse, dépression ou idées suicidaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3b. Manifestations, symptômes, troubles ou maladie psychiatrique (diagnostiquée)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3c. Signes, manifestations, symptômes de dépendance, de sevrage, d'addiction	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3d. Signes d'anxiété ou d'angoisse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3e. Fonctions mentales, humeur variant au cours de la journée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Total sous-score de oui		
Domaine 4 : Facteurs comportementaux de l'enfant		
4a. Sollicitation excessive, récurrente de l'enfant (sur-sollicitation) envers son et/ou ses parent(s), son entourage (fratrie, famille, amis, voisins) et/ou le réseau de soins pour de l'aide et/ou des soins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4b. Communication conflictuelle ou ambivalente de l'enfant avec la cellule familiale et/ou les professionnels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4c. Manifestation, inquiétude de l'enfant face à sa santé/ses soins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4d. Comportements agressifs envers lui-même, et/ou envers la fratrie, parents, entourage, soignants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4e. Refus, opposition, résistance aux soins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Total sous-score de oui		

Domaine 5 : Facteurs d'instabilité de l'enfant		
5a. Dégradation récente de l'état de santé de l'enfant : dans les dernières heures (nouveau-né, jeune enfant) ou dans les 2 derniers jours (enfants, adolescents)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5b. Diminution des capacités d'indépendance de l'enfant, d'acquisition au cours du dernier mois	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5c. Période de transition, de stress	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5d. Changements inattendus concernant ses capacités cognitives ou affectives (comportements inattendus, symptômes nouveaux)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5e. Non prévisibilité de l'évolution de l'état de santé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Total sous-score de oui		
Domaine 6 : Facteurs liés à la cellule familiale		
6a. Cellule familiale non sécurisante ne favorisant pas le développement (cognitif, perceptif, moteur, affectif, social) de l'enfant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6b. Fardeau, épuisement de la cellule familiale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6c. Dépression, idées suicidaires, comportements d'addiction d'un ou des membres de la cellule familiale pouvant impacter la santé/ la prise en soin de l'enfant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6d. Opposition, refus aux soins de la cellule familiale engendrant un impact sur la réalisation des soins à l'enfant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6e. Sollicitation récurrente de la cellule familiale envers les professionnels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Total sous-score de oui		
Domaine 7 : Facteurs relatifs aux intervenants et système de soins		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7a. Multitude d'intervenants dans le réseau professionnel (secondaire)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7b. Absence ou faible degré de partenariat/de communication entre la cellule familiale et les professionnels (réseau secondaire)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7c. Incohérence thérapeutique, perte de sens dans la prise en charge du point de vue du professionnel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7d. Problématiques d'assurance, contraintes administratives, géographiques relatives à la prise en soin de l'enfant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7e. Lourdeur émotionnelle et/ou physique de la prise en charge ressentie par les professionnels (membres du réseau secondaire)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Total sous-score de oui		
Score total oui (Score compris entre 0-34)		

Après avoir rempli le COMID-PED**Estimez-vous cette situation comme : (choisir une seule réponse)**

Pas du tout complexe	Un peu complexe	Moyennement complexe	Très complexe	Extrêmement complexe
<input type="checkbox"/>				

Estimez-vous cette situation commeSimple Complexe **Estimez-vous cette situation comme**Stable Instable **Remarques :****Référence conseillée :**

Busnel, C., Bourchanin-Binet, S., Poio-Paluch, S., Rouillon-Morand, E., Rochat, P., Perrier-Gros-Claude, O., & Boyer, V. (2025). COMID Pédiatrique: COMID-PED. IMAD. <https://doi.org/10.26039/e37j-yb12>

COMID-PED - version détaillée

(version avec de questions, définitions, exemples)

La version détaillée propose des exemples et des définitions non exhaustives. Cette version peut être utilisée dans le cadre par exemple de formation et/ou en support pour une future version informatique incluant des aides à la compréhension de chaque item.

Comme pour les versions questions ou checklist, les instructions de remplissages restent les mêmes

Instructions de remplissage : Pour la situation pédiatrique qui fait l'objet de votre évaluation, renseignez chaque élément par « OUI » ou « NON » pour qualifier ce qui contribue ou pas à la complexité de cette situation.

Pour chacun des items suivants, cochez la réponse « OUI » si vous pensez que l'élément décrit est présent et actif ; cochez la réponse « NON » si vous pensez que l'élément est absent ou ne s'applique pas (NSP).

Une réponse « non » est cotée (0) ; une réponse « oui » est cotée (1). Le score de chaque dimension correspond à la somme des valeurs cotées aux items correspondants. Le score total correspond à la somme des valeurs (varie de 0 à 34 (score maximal)).

La décision motivant chaque réponse doit être le résultat d'une connaissance suffisante de la situation et d'une analyse clinique de la situation. Elle demande au professionnel répondant un positionnement sur les éléments présents et actifs au moment de l'évaluation et pouvant contribuer à la complexité de la situation de la prise en soin de l'enfant. L'accumulation des éléments présents contribuent à définir la complexité de la situation de l'enfant.

COMID-PED Version détaillée		Non/ NSP = 0	Oui = 1
<input type="checkbox"/> L'enfant est-il ?			
- Un nouveau-né (de la naissance à 27 jours) (âge corrigé à noter pour le nouveau-né prématuré)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Un nourrisson (de 28 jours jusqu'à 2 ans)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Un petit enfant (de 2 ans jusqu'à 6 ans)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Un enfant (de 6 ans jusqu'à 10 ans)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Un-e adolescent-e (de 10 ans jusqu'à 18 ans inclus)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
L'OMS considère l'enfance comme la période de la vie allant de la naissance à 19 ans. « Pour la prise en charge de sa santé, différents termes vont qualifier l'enfant : nouveau-né (28j-2 ans), enfant (2 ans –puberté) avec distinction entre petits (2-6 ans) et grands (6-puberté) enfants, adolescents (puberté-autonomie). Ces découpages correspondent à des caractéristiques nosologiques spécifiques (maladies, problèmes... fréquents dans la tranche d'âge), et à des tranches juridiques ». (Vernazza-Licht, 2019). L'adolescence est classifiée entre 10 et 19 ans.(World Health Organization, 2025)			
Âge corrigé : âge chronologique moins le nombre de semaines ou de mois de prématurité (le terme étant défini à 40 semaines, pour les besoins du calcul) (p. ex., un nourrisson né à 32 semaines de gestation, âgé de 10 semaines en âge chronologique, n'a que 2 semaines en âge corrigé) (Organisation mondiale de la Santé, 2024)			
1. Facteurs de santé médicale	Non/ NSP = 0	Oui = 1	
1.a Aujourd'hui, l'enfant a-t-il une ou plusieurs maladies chroniques et/ou présente-t-il un/des symptôme(s) physique(s) inexpliqué(s) et/ou une absence de diagnostic ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Codage : coder oui si l'enfant a une ou plusieurs maladies chroniques et/ou s'il présente des symptômes inexplicables et/ou s'il y a une absence de diagnostic, contribuant à la complexité de la situation.			
Définition maladies chroniques : affections transmissible ou non transmissible de longue durée, et qui évoluent lentement.			
Symptômes physiques : atteintes d'ordre général (asthénie, troubles alimentaires pédiatriques), neuro-musculaires, ostéo-articulaires, cutanées et/ou des atteintes plus spécifiques d'organes (respiratoires, rénales, ORL).			
Une maladie chronique « complexe » est une maladie dont on peut raisonnablement s'attendre à ce qu'elle dure au moins 12 mois (à moins que la mort n'intervienne) et qu'elle implique soit différents systèmes d'organes, soit un système d'organe suffisamment grave pour nécessiter des soins pédiatriques spécialisés et probablement une certaine période d'hospitalisation dans un centre de soins tertiaires (Berry et al., 2015).			

Selon l'âge de l'enfant : Les conditions de la maladie sont définies comme chroniques chez l'enfant quand elles persistent depuis plus de 3 mois, affectant son fonctionnement, ses activités et qui nécessitent des soins continus, réguliers par des hospitalisations fréquentes, des soins à domicile et/ou de soins médicaux (Brown et al., 2007).

Une **maladie chronique** peut se définir comme « ayant une durée d'un an ou plus et nécessitant des soins médicaux continus, la gestion des symptômes, des changements de mode de vie et des limites aux activités de la vie quotidienne de l'enfant. Les maladies chroniques comprennent les maladies physiques, psychologiques ou développementales et affectent plusieurs aspects de la vie de l'enfant, entraînant des perturbations des routines quotidiennes et des défis physiques, émotionnels et développementaux qui peuvent mettre à rude épreuve les relations familiales » (Spurr et al., 2023).

Exemples maladies chroniques : cardiopathie ; diabète de type I ou II; cancer ; affection respiratoire, asthme (Organisation mondiale de la Santé, 2018), mucoviscidose ; épilepsie, hépatite ; VIH ; maladie neurodégénérative ; maladie cœliaque ; hémophilie (Brown et al., 2007).

Définition symptômes inexplicables : manifestations exprimées et/ou ressenties par la personne concernée, récurrentes ou présentes dans la durée, liées à des affections que l'on ne peut pas identifier avec certitude au moyen d'un examen physique et/ou d'autres instruments diagnostics (Park & Gilmour, 2017).

Absence de diagnostic : diagnostic en attente ou explication médicale pas encore trouvée

Exemples symptômes inexplicables : fatigue chronique ; troubles digestifs, douleurs.

1b. L'enfant a-t-il des douleurs persistantes, récurrentes, résistantes et/ou chroniques ?

Codage : coder oui si l'enfant présente des douleurs entraînant des conséquences sur ses capacités fonctionnelles, relationnelles, et/ou dans ses activités quotidiennes.

Définition douleur : « Expérience [persistante ou récurrente] sensorielle et émotionnelle désagréable liée à une lésion tissulaire existante ou potentielle, ou décrite en termes l'évoquant, évoluant depuis plus de trois à six mois et/ou susceptible d'affecter de façon péjorative le comportement ou le bien-être du ou de la patient.e. » (Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES), 1999). Expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à des lésions tissulaires réelles ou potentielles, ou ressemblant à celle-ci.(Aydede, 2019)

La **douleur chronique** chez l'enfant et l'adolescent est une douleur persistante pendant plus de 3 mois (Fisher et al., 2022).

Pour les enfants et les adolescents capables de s'auto-déclarer, la douleur peut être évaluée à l'aide d'échelles d'évaluation numériques et de descriptions verbales afin d'explorer l'intensité, la qualité, la durée, l'affect, l'interférence et la signification de la douleur et la manière dont elle affecte leur fonctionnement physique, émotionnel et social.

Pour les enfants plus jeunes ou ceux ne pouvant s'exprimer verbalement, des échelles comportementales spécifiques sont à mobiliser (Echelle FLAAC, EVENDOL, de Lausanne, EDIN).

Pour les enfants présentant de graves déficiences intellectuelles et développementales, l'échelle FLAAC (Faces Legs Activity Cry Consolability Scale) est à utiliser (Stevens, 2021).

1c. L'enfant présente-t-il une intolérance/ allergie médicamenteuse, alimentaire, environnementale nécessitant une surveillance et/ou un traitement et/ou un régime spécifique ?

Codage : coder oui si l'enfant a une allergie à un médicament ou une intolérance à un médicament et une allergie alimentaire pouvant complexifier sa prise en soins.

Origines d'allergène : acariens de poussière de maison, phanères des animaux, pollens (arbre, graminées, herbacées), moisissures, aliments, salive et venin d'insectes (transmis par morsures et piqûres), médicaments, produits chimiques ménager (Fernandez, 2024).

Intolérance alimentaire : réactions de type irritatif, le plus souvent au niveau de l'intestin, dues à des composants de certains aliments. Se traduisent par des maux de ventre, des nausées et des vomissements, des diarrhées, des ballonnements, des réactions de la peau de type rougeur ou boutons, des maux de tête, des sueurs froides ou une sensation de mal-être.

Exemples intolérance médicamenteuse : intolérance subite ; bascule liée à un changement de traitement ; réactions liées à l'arrêt délibéré de la prise du ou des traitements (fenêtre thérapeutique) .

Intolérance sévère au lactose (déficit congénital en lactase (diarrhée grave et rebelle dès la naissance) intolérance au lactose primaire résultant d'un déficit partiel en lactase d'origine génétique, intolérance secondaire résultant d'une maladie intestinale avec lésions histologiques pouvant relever d'étiologies variables (diarrhée chronique, maladie cœliaque, maladie de Crohn, atteinte intestinale médicamenteuse lors de chimiothérapies...) (Benkebil & Roulet, 2017).

Allergie : « réaction anormale et spécifique de l'organisme au contact d'une substance étrangère (allergène) qui n'entraîne pas de trouble chez la plupart des sujets (Larousse, S.d.) ».

Allergies alimentaires se manifestent le plus souvent par des symptômes cutanés (urticaire, eczéma, etc.), respiratoires (œdèmes du larynx, asthme, etc.), manifestations anaphylactiques, et peuvent également se manifester le plus fréquemment chez les petits enfants

par des symptômes digestifs (diarrhées et vomissements profus).(<https://enfants-ados.hug.ch/allergologie-pediatrique/allergies-alimentaires>).

Exemples réactions allergiques du type immédiat : rougeurs ; urticaires ; gonflements de la peau ou des muqueuses (angio-oedème), troubles respiratoires.

Exemples réaction allergiques du type tardif : manifestations cutanées de type rougeole (exanthème maculopapuleux) avec de fortes démangeaisons et partiellement une formation de cloques (forme bulleuse) ; rougeurs parfois douloureuses avec infiltrations de sang (pétéchies) ; sensation générale de maladie avec fièvre et abattement.

1d. L'enfant prend-il 2 médicaments ou plus (oral, aérosol, sous-cutanés...) depuis plus de 2 jours (Médecine conventionnelle, excluant compléments alimentaires (vitamine D))

Codage : coder oui s'il y a polymédication (2 substances ou plus, y compris en réserve ou automédication) ou inadéquation médicamenteuse quel que soit la voie d'abord.

Polypharmacie pédiatrique : la polypharmacie pédiatrique peut se définir comme « la prescription ou la consommation de deux médicaments distincts ou plus pendant au moins une journée » (Bakaki et al., 2018).

Un nombre moyen de médicaments par ordonnance ou par consultation supérieur à deux est considéré comme de la polypharmacie (Sharma et al., 2016). Les risques liés à la polymédication augmentent de manière encore plus importante dès la prise de 4 médicaments ou plus chez des enfants (Sugioka et al., 2020).

Excluant la vitamine D qui est administrée en systématique à tous les nouveau-nés, jeunes enfants à ce jour qu'ils soient nourris au sein ou au lait de substitution.

1e. L'enfant est-il en situation de handicap, présente-t-il un trouble développemental (cognitif, perceptif, moteur, affectif, social), une déficience intellectuelle ?

Codage : coder oui pour la présence d'un handicap et/ou une déficience intellectuelle pouvant complexifier la prise en soin ?

(Troubles du neurodéveloppement (TND), comportementaux, cognitifs survenant au cours du développement et entraînant des difficultés importantes dans l'acquisition et l'exécution de fonctions intellectuelles, motrices, langagières ou sociales spécifiques).

Le handicap n'est pas une caractéristique de la personne, mais le résultat de l'interaction entre une personne ayant une déficience et les obstacles environnementaux, physiques et sociaux, auxquels elle est confrontée (Barral, 2007). Le handicap peut être acquis (ex. : le traumatisme crânien) ou congénital génétique (ex. : trisomie 21) ou non génétique, transitoire (ex. : ostéochondrite de hanche) ou durable (ex. : déficience intellectuelle) .

Exemples : situation de handicap avec déficience cognitive (ex. cas de la trisomie 21 ou du X fragile), sensoriels (auditif, visuel malvoyance, cécité), neurologique, de type paralysie cérébrale (ou IMOC ou IMC), psychique (autisme et trouble du spectre de l'autisme (TSA), polyhandicap.

Le développement de l'enfant (0-6 ans) ; développement sensoriel et perceptif, développement de la motricité globale, de la motricité fine, du langage, cognitif, affectif, social, développement des habiletés d'habillage, d'alimentation et d'hygiène (Ferland, 2014).

Développement phase intermédiaire (6-12 ans) période au cours de laquelle les enfants accèdent à des rôles et à des environnements qui s'élargissent. Les enfants commencent à s'éloigner de plus en plus de leur famille et à passer plus de temps à l'école et à faire d'autres activités (penser de manière plus flexible, développer la conscience de soi, cerner et à comprendre les sentiments ou les émotions des autres), relations interpersonnelles, conscience morale (Anot, 2018; Mohseni, 1981).

Une **déficience intellectuelle** se réfère à « un niveau de fonctionnement cognitif global, significativement inférieur à la moyenne, accompagné d'une réduction des capacités d'adaptation aux exigences quotidiennes de l'environnement social » (Association francophone d'aide aux handicapés mentaux, 2013). Selon le Manuel MSD, « la **déficience intellectuelle** – ou handicap intellectuel – est caractérisé par un fonctionnement intellectuel sensiblement inférieur à la moyenne (souvent défini comme un quotient intellectuel < 70 à 75) associé à des limitations du fonctionnement adaptatif: communication, autonomie, compétences sociales, prise en charge du patient par lui-même, utilisation des ressources sociales et maintien de la sécurité personnelle, ainsi que le besoin démontré de soutien » (Sulkes, 2024a). Selon le DSM-5, « le handicap intellectuel (troubles du développement intellectuel) est caractérisé par un déficit général des capacités mentales, comme le raisonnement, la résolution de problèmes, la planification, la pensée abstraite, le jugement, les apprentissages scolaires et l'apprentissage à partir de l'expérience. Ces déficits entraînent une altération du fonctionnement adaptatif, de sorte que la personne ne parvient pas à répondre aux normes en matière d'indépendance personnelle et de responsabilité sociale, dans un ou plusieurs aspects de la vie quotidienne, notamment la communication, la participation à la société, le fonctionnement scolaire ou professionnel, et l'indépendance personnelle à la maison ou en collectivité » (American Psychiatric Association, 2015).

« Le début du handicap intellectuel se situe dans la période du développement. L'âge et les caractéristiques du début dépendent de l'étiologie et de la sévérité du dysfonctionnement cérébral. Le retard, qu'il soit moteur, du langage ou dans l'accès aux étapes sociales, peut être identifié pendant les 2 premières années chez les sujets porteurs du handicap mental le plus sévère, alors que des handicaps

plus légers peuvent ne pas être identifiés avant l'âge scolaire quand les difficultés d'apprentissage deviennent apparentes » (American Psychiatric Association, 2015).

« Les troubles neurodéveloppementaux sont des troubles comportementaux et cognitifs qui surviennent au cours du développement et entraînent alors des difficultés importantes dans l'acquisition et l'exécution de fonctions intellectuelles, motrices, langagières ou sociales spécifiques (troubles de la communication, troubles du développement, TDA/H, troubles du spectre autistique, troubles spécifiques des apprentissages, troubles moteurs) » (Organisation mondiale de la Santé 2022) nécessitant un repérage, une orientation et une prise en charge spécifique (Haute Autorité de Santé, 2020). Les troubles neurodéveloppementaux « sont un ensemble d'affections qui débutent durant la période du développement. Ces troubles se manifestent typiquement précocement durant le développement, souvent avant même que l'enfant n'entre à l'école primaire ; ils sont caractérisés par des déficits du développement qui entraînent une altération du fonctionnement personnel, social, scolaire ou professionnel. La gamme des déficits développementaux est variable, allant de limitations très spécifiques des apprentissages ou du contrôle des fonctions exécutives, jusqu'à une altération globale des compétences sociales ou de l'intelligence. Les troubles neurodéveloppementaux sont souvent associés entre eux ; par exemple, les personnes présentant un trouble du spectre de l'autisme ont souvent un handicap intellectuel (troubles du développement intellectuel), et de nombreux enfants ayant un trouble déficit de l'attention/ hyperactivité (TDAH) présentent également un trouble spécifique des apprentissages. Pour certains troubles, le tableau clinique comporte des symptômes d'excès aussi bien que de déficit ou de retard dans l'acquisition des étapes normales du développement » (American Psychiatric Association, 2015).

Facteurs de risque : grandes prématuroités, AVC méningite, cardiopathies congénitales complexes, exposition prénatale à des toxiques majeurs (médicaments, produits psychoactifs, alcool sévère) (Haute Autorité de Santé, 2020).

Définition « Troubles du développement et des apprentissages » : Les troubles de l'apprentissage sont des pathologies qui entraînent une discordance entre le niveau potentiel de l'enfant, et ses performances scolaires réelles (Sulkes, 2024b). Les troubles de l'apprentissage comportent les déficiences ou les difficultés de concentration ou d'attention, de développement du langage et de traitement des informations visuelles et auditives. Les troubles de l'apprentissage sont considérés comme un type de trouble du développement neurologique. Les troubles du développement neurologique sont des affections neurologiques qui apparaissent tôt dans l'enfance, généralement avant l'entrée à l'école. Ces troubles altèrent le développement du fonctionnement personnel, social, scolaire et/ou professionnel et comportent généralement des difficultés dans l'acquisition, le maintien ou l'application des compétences ou des ensembles d'informations spécifiques. Les troubles peuvent comporter un dysfonctionnement de l'attention, de la mémoire, de la perception, du langage, de la résolution des problèmes ou des interactions sociales. D'autres troubles du développement neurologique fréquents sont le trouble d'hyperactivité/déficit attentionnel, les troubles du spectre autistique (Sulkes, 2024c), et les déficiences intellectuelles (Sulkes, 2024a).

Définition « trouble du spectre autistique » : Selon le Manuel MSD « les troubles du spectre autistique sont des troubles du développement neurologique caractérisés par une altération de l'interaction sociale et de la communication, des comportements répétitifs et stéréotypés et un développement intellectuel dysharmonieux avec, souvent, un handicap intellectuel. » (Sulkes, 2024c). Selon le DSM-5, « le trouble du spectre de l'autisme est caractérisé par des déficits persistants de la communication et des interactions sociales observés dans des contextes variés. Il s'agit notamment de déficits dans les domaines de la réciprocité sociale, des comportements de communication non verbale utilisés au cours des interactions sociales, et du développement, du maintien et de la compréhension des relations. Outre les déficits de la communication sociale, le diagnostic de trouble du spectre de l'autisme nécessite la présence de modes de comportements, d'intérêts ou d'activités qui sont restreints ou répétitifs. »

Sous-score		___ / 5
2. Facteurs socio-économiques et environnement de vie familiale (social et matériel)	Non/ NSP = 0	Oui = 1
2.a L'enfant vit -il dans un environnement familial présentant des difficultés financières (ressources insuffisantes) impactant sa santé, ses soins ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Codage : coder oui si l'il y a des difficultés financières (avérées ou craintes, dans des situations de pauvreté ou précarité) rendant difficile ou incertaine la prise en charge financière de la santé et des soins de l'enfant.

Définition « entourage familial » : L'entourage familial consiste en l'ensemble des personnes liées à un individu par des liens familiaux (sanguins, légaux ou affectifs), vivant ou non en ménage commun. L'entourage comprend aussi les personnes à charge financièrement ou moralement et les personnes privilégiées (Bonvalet & Lelièvre, 1995).

Est entendu par **cellule familiale** le parent, ou les parents, le représentant légal, la personne ayant autorité sur l'enfant, ou toute personne qui s'occupe de l'enfant dans sa vie quotidienne (beaux-parents, frère et sœur, éducateurs).

Pauvreté : « une personne vit dans la pauvreté extrême si elle ne dispose pas des revenus nécessaires pour satisfaire ses besoins alimentaires essentiels – habituellement définis sur la base de besoins caloriques minimaux [...]. Une personne vit dans la pauvreté

générale si elle ne dispose pas des revenus suffisants pour satisfaire ses besoins essentiels non alimentaires – tels l'habillement, l'énergie et le logement – et alimentaires » (PNUD, Benicourt, 2001).

Précarité : "un ensemble de facteurs de risques et d'incertitude sur l'emploi et les ressources qui conduirait à la pauvreté" (Loisy, 2000).

Exemples de situations / manifestations : difficultés et/ou incapacités à supporter financièrement des prestations d'aide et de soins, de transports et/ou d'alimentation ; difficultés et/ou incapacités à gérer son quotidien administratif, à effectuer ses paiements et éventuellement ceux de sa famille, sans relais social/familial/réseau ; refus de prestations indispensables et/ou commande de matériel ; renoncement aux soins pour des raisons financières (ex : franchise d'assurance ou reste charge trop élevés, prestations non couvertes par l'assurance de base) allocations pour impotence ; observations qui peuvent aider à identifier les difficultés financières : retards dans des paiements, frigo vide, aliments peu variés et en quantité limitée, état buccodentaire altéré, état vestimentaire précaire.

2b. L'enfant évolue-t-il dans un environnement familial dont la barrière de la langue, le niveau de littératie en santé ou d'alphabétisation ne permet pas de répondre, d'assister, de soutenir les besoins de santé, de soins et de développement de l'enfant ?

--	--

Codage : coder oui s'il existe une incompréhension liée à la langue, au vocabulaire employé, aux capacités de lecture impactant la prise en soin de l'enfant et/ou complexifiant la prise en soin (délivrance des soins, des prestations).

L'entourage familial consiste en l'ensemble des personnes liées à un individu par des liens familiaux (sanguins, légaux ou affectifs), vivant ou non en ménage commun. L'entourage comprend aussi les personnes à charge financièrement ou moralement et les personnes privilégiées (Bonvalet & Lelièvre, 1995).

Est entendu comme **cellule familiale** le parent, monoparental, le couple, le représentant légal, la personne ayant autorité sur l'enfant.

La cellule familiale (parent, monoparental...) est un modèle permettant la distance émotionnelle (c'est à dire l'autonomie suffisante de chaque membre la composant), la « flexibilité » (répondre aux demandes de l'environnement et des demandes internes (ex croissance de l'enfant), la communication entre les membres de la famille et la bienveillance émotionnelle (ex empathie) (Favez, 2010).

Littératie : « aptitude à comprendre et à utiliser l'information [...] en vue d'atteindre des buts personnels et d'étendre ses connaissances et ses capacités » (Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), 2000).

La littératie en santé « englobe les connaissances, la motivation et les capacités sollicitées pour trouver, comprendre, soupeser et utiliser de l'information ayant trait à la santé en vue de développer une opinion et de prendre des décisions au quotidien en matière de soins de santé, de prévention de maladie et de promotion de la santé au quotidien et d'ainsi maintenir ou augmenter sa qualité de vie. » (World Health Organization, 2013).

Exemples : incompréhensions liées à la langue, au vocabulaire employé, aux capacités de lecture, problèmes d'alphabétisation et/ou barrière linguistique et/ou culturelle à l'origine de difficultés à comprendre et utiliser l'information ; personnes dont la langue maternelle n'est pas la langue officielle du pays des soins ; immigrants récents ; faible niveau scolaire.

2c. L'enfant est-il ou vit-il dans un environnement familial ou social isolé, sans relai ou soutien proche, pouvant impacter sa santé et son développement (cognitif, perceptif, moteur, affectif, social) ?

--	--

Exemples : famille absente, absence de figure de référence, absence de scolarité, faibles ou absence de lien avec l'extérieur nécessaires au développement de l'enfant, absence ou éloignement de l'entourage familial, clandestin, mineur non accompagné

Codage : coder oui si repli de la cellule famille, ou refus d'aide et de soutien.

Exemples : absence de scolarité, famille absente, faibles ou absence de lien avec l'extérieur nécessaires au développement de l'enfant, absence ou éloignement de l'entourage familial, clandestin, mineur non accompagné, famille absente, absence de figure de référence, impact de la migration avec le syndrome de déracinement.

L'environnement « englobe tous les milieux dans lesquels l'enfant grandit. Ses milieux de vie comme sa famille, son service de garde éducatif ou son école sont inclus dans sa communauté, qui est à son tour incluse dans sa société. Certains facteurs associés à chacun de ces milieux peuvent favoriser le développement socioaffectif, ou inversement, le rendre plus difficile » (Sow et al., 2022).

Exemples : exclusion sociale lié à du harcèlement scolaire, violence psychique : insultes, dénigrement, cyber harcèlement, violence physique.

Isolement : Manque de contacts dû à des facteurs situationnels (i.e. interaction ou participation sociale réduites) ; exclusion volontaire ou non de la vie sociale ; réduction des liens sociaux (famille, amis, voisins, activités sociales, etc.) (Perlman & Peplau, 1981). Une personne qui se retire de la vie sociale par choix ne se sent pas forcément seule (isolement ≠ sentiment de solitude).

Isolement perçu : Insatisfaction exprimée en regard de la qualité ou de la quantité des relations sociales (Perlman & Peplau, 1981)

Développement : cognitif, perceptif, moteur, affectif, social.

Définition « troubles neurodéveloppementaux » : « Les troubles neurodéveloppementaux sont un ensemble d'affections qui débutent durant la période du développement. Ces troubles se manifestent typiquement précocement durant le développement, souvent avant même que l'enfant n'entre à l'école primaire ; ils sont caractérisés par des déficits du développement qui entraînent une altération du fonctionnement personnel, social, scolaire ou professionnel. La gamme des déficits développementaux est variable, allant de limitations

très spécifiques des apprentissages ou du contrôle des fonctions exécutives, jusqu'à une altération globale des compétences sociales ou de l'intelligence » (American Psychiatric Association, 2015).

« Le développement des compétences sociales et émotionnelles est influencé par les caractéristiques et le développement global de l'enfant et par son environnement. Le développement du cerveau entre 0 à 6 ans est la fondation sur laquelle reposent les habiletés de base sur lesquelles se construisent d'autres habiletés (p.ex. la compréhension des états mentaux), qui participent toutes aux compétences sociales et émotionnelles. » (Sow et al., 2022).

2d. L'enfant vit-il dans un logement/lieu de vie inadapté ou comportant des obstacles à la mobilité, à la santé, aux soins de l'enfant ?

--	--

Codage : coder oui pour la présence d'une précarité du logement ou tout type de problème dans le logement et ses abords immédiats qui rendrait la vie de l'enfant difficile ou dangereuse.

Exemples : contexte environnemental ou conditions de vie défavorables (surpopulation dans le logement ; enfants, proches à charge) ; obstacles à la mobilité dans l'environnement ; accès au logement difficile ; absence d'ascenseur, de rampe d'accès ; violence dans le quartier. A l'intérieur du logement : cuisine encombrée ; réfrigérateur qui ne fonctionne pas, présence de souris, de cafards, de punaises de lit, moisissures ; sols glissants ; manque isolation thermique, nuisances sonores importantes, absence (sans abris, situation de rue) ou précarité de logement (sous location officieuse, foyers d'accueil temporaire), tabagisme passif.

L'environnement englobe tous les milieux dans lesquels l'enfant grandit. Ses milieux de vie comme sa famille, son service de garde éducatif ou son école sont inclus dans sa communauté, qui est à son tour incluse dans sa société. Certains facteurs associés à chacun de ces milieux peuvent favoriser le développement socioaffectif, ou inversement, le rendre plus difficile. Exemple : La bonne santé mentale des parents est un facteur de protection de ce développement, alors que des problèmes de santé mentale dans la famille constituent un facteur de risque. (Sow et al., 2022).

Logement défavorable à la santé : le logement peut exposer les individus à un certain nombre de risques sanitaires, en particulier lorsque le logement est surpeuplé, lorsque la température à l'intérieur du logement est inadéquate, lorsque les risques d'accidents domestiques sont importants et lorsque l'accessibilité est restreinte. (Organisation Mondiale de la Santé, 2018) Plus spécifiquement, un logement peut être défavorables à la santé lorsqu'il y a des problématiques d'accessibilité financière (« affordability »), d'adéquation aux besoins physiques et sociaux (« suitability ») et de sécurité (« security ») (Mansour et al., 2022).

Sous-score		<u> / 4 </u>
3. Facteurs de santé mentale	Non/ NSP = 0	Oui = 1
3a. L'enfant présente-t-il des symptômes, des manifestations récurrentes de mal être, de tristesse, de dépression (dépression de l'enfant/dépression juvénile) ou présente-t-il des idées suicidaires ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Codage : coder oui si diagnostic médical établi et/ou symptomatologie objectivable de dépression ou d'humeur dépressive.

(Exemples : tristesse non maîtrisée / non stabilisée par un traitement ; manque d'énergie chronique associée à une perception négative de soi, des autres et de l'avenir ; humeur dépressive avec des répercussions sur la situation et/ou rendant difficile la prise en charge)

(Exemples jeunes enfants : pleurs fréquents, perte d'envie de jouer, troubles du sommeil, troubles alimentaires, irritabilité jusqu'au comportement agressif, repli sur soi. Exemples enfants 6 à 12 ans : verbalisation de la tristesse, problèmes de concentration, pensées suicidaires, difficultés scolaires).

La terminologie de **symptômes** désigne « lorsque les problèmes sont recensés à l'aide d'outils de dépistage (questionnaires, échelles d'appréciation et évaluations subjectives, p. ex.), qui s'avèrent moins exhaustifs et ne respectent pas toutes les règles d'un diagnostic » (Observatoire suisse de la santé, 2025).

Dépression : « La dépression constitue un trouble mental courant, caractérisé par la tristesse, la perte d'intérêt ou de plaisir, des sentiments de culpabilité ou de faible estime de soi, des troubles du sommeil ou de l'appétit, une sensation de fatigue et un manque de concentration. La dépression peut perdurer ou devenir récurrente, entravant ainsi de façon substantielle l'aptitude d'un individu à faire face à sa vie quotidienne. A son paroxysme, elle peut conduire au suicide. » (Organisation mondiale de la santé, 2018).

Exemples : tristesse non maîtrisée / non stabilisée par un traitement ; manque d'énergie chronique associée à une perception négative de soi, des autres et de l'avenir ; humeur dépressive avec des répercussions sur la situation et/ou rendant difficile la prise en charge.

Exemples jeunes enfants : pleurs fréquents, perte d'envie de jouer, troubles du sommeil, troubles alimentaires, irritabilité jusqu'au comportement agressif, repli sur soi, Atonie psychomotrice : Disparition de l'initiative motrice, Latence et lenteur des mouvements, Réduction de la mobilité spontanée réduite aux seules extrémités, Perte de l'ajustement postural.

Atonie psychique : Désintérêt pour le monde extérieur. Altération de la capacité à réagir. Altération de la capacité à interagir. L'atonie psychique est peu différente en apparence du syndrome dépressif. La diminution des interactions = l'altération des capacités à réagir et à interagir. Le désintérêt pour le monde extérieur = diminution de l'intérêt et du plaisir aux activités habituelles. La lenteur est présente

dans les deux situations. Une approche sémiologique fine pourrait démontrer des différences au niveau du ralentissement même, global dans la dépression, différent dans l'atonie psychomotrice où la mobilité des extrémités persiste (Danon, nc),

Exemple 6 à 12 ans : verbalisation de la tristesse, problèmes de concentration, pensées suicidaires, difficultés scolaires (Université des sciences appliquées de Zurich (ZHAW), 2020),

Humeur dépressive ou irritable envahissante et durable (tous les jours, presque toute la journée et pendant au moins 2 semaines et en rupture avec l'état antérieur) (Haute Autorité de Santé, 2014),

+ de 12 ans : doute de soi, retrait de la vie sociale, perte de poids, troubles alimentaires (crise de boulimie), troubles psychosomatiques, idées récurrentes de mort de suicides, troubles du sommeil, projet tentative de fugues. Abus d'alcool ou de substances psychoactives, modifications du fonctionnement scolaire et relationnel (Barbe, 2003; Haute Autorité de Santé, 2014).

Causes principales ; séparation des parents, décès d'un proche, déménagement, mort d'un animal domestique, violences sexuelles, harcèlement scolaire

Comportement suicidaire : Le suicide est la mort causée par un acte autolésionnel conçu pour être mortel. Le comportement suicidaire englobe un éventail de comportements allant de la tentative de suicide à des comportements préparatoires au suicide complet. Les idées suicidaires désignent le processus de réflexion, de considération ou de planification du suicide. (Moutier, 2023).

Idées suicidaires : Désespoir, sentiment d'impasse, d'avenir bouché, de perte du sens de la vie, de culpabilité, de dénégation de soi, Retrait avec désinvestissement des liens (amis, famille, société), agitation, instabilité comportementale, hyperactivité motrice, incapacité à dormir ou hypersomnie, cauchemars, Colère, rage incontrôlée ou sentiment de revanche, prise de risque incontrôlée (non calculée) et libilité importante de l'humeur, Conduite d'alcoolisation aiguë, consommation à risque de substances, psychoactives.

Impulsivité, trouble des conduites, prise de risque incontrôlée. Contexte relationnel favorisant les sentiments de perte, d'injustice, de rejet, d'humiliation, Problèmes sentimentaux (séparation), Situations de tensions chroniques dans la famille : problème disciplinaire, absence de soutien relationnel, entourage violent, maltraitance actuelle ou passée et en particulier abus sexuels (Haute Autorité de Santé, 2014).

3b. L'enfant présente-t-il des manifestations, des symptômes, des troubles ou une maladie psychiatrique (diagnostiquée) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------

Codage : coder oui si diagnostic médical établi et/ou symptomatologie, manifestation objectivable. Exclure les troubles dépressifs et anxieux ?

Exemples : Troubles de l'humeur, troubles du comportement alimentaire, trouble de la perception de soi ou de la réalité ; troubles cyclothymiques ; perturbations des relations interpersonnelles ; opération de la pensée perturbée ; délire ; hallucinations (auditives, visuelles) ; trouble de personnalité ; troubles envahissants du comportement, crises clastiques (crise de colère extrêmement violente avec destruction des objets de manière impulsive , troubles déficit de l'attention, trouble oppositionnel avec provocation).

La terminologie de **symptômes** désigne « lorsque les problèmes sont recensés à l'aide d'outils de dépistage (questionnaires, échelles d'appréciation et évaluations subjectives, p. ex.), qui s'avèrent moins exhaustifs et ne respectent pas toutes les règles d'un diagnostic » (Observatoire suisse de la santé, 2025).

Dans la classification américaine (DSM-5) le terme de « psychose infantile » n'existe pas (Lazaratou et al., 2019).

Il est appelé par la communauté internationale "Troubles envahissants du développement" et depuis 2015 Trouble du spectre autistique" (American Psychiatric Association, 2015) .

Le **spectre de la schizophrénie** est défini comme des anomalies dans un ou plus des 5 domaines suivants : délire, hallucination, pensée désorganisée (langage), comportement moteur grossièrement désorganisé ou anormal (incluant la catatonie) et symptômes négatifs (American Psychiatric Association, 2015).

« Une grande variété d'affections mentales et médicales peut entraîner des symptômes psychotiques qui doivent être pris en compte dans le diagnostic de trouble schizophréniforme. Cela inclut un trouble psychotique dû à une autre affection médicale ou à son traitement, un état confusionnel ou un trouble neurocognitif majeur, un état confusionnel ou un trouble psychotique induit par une substance/un médicament » Les caractéristiques psychotiques de la schizophrénie apparaissent typiquement entre la fin de l'adolescence et le milieu de la 3e décennie ; un début avant l'adolescence est rare. » (American Psychiatric Association, 2015).

3c. L'enfant présente-t-il des signes, des manifestations, des symptômes de dépendance, des troubles de toxicomanie ? Le nouveau-né, le nourrisson présente-t-il un syndrome de sevrage ? (sevrage néonatal, substances psychoactives) ou L'enfant présente-t-il une ou des addictions ou dépendances ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------

Codage : coder oui si l'enfant présente des symptômes liés à un syndrome de sevrage ou associés à une addiction la rendant dépendante à une substance / comportement.

La terminologie de **symptômes** désigne « lorsque les problèmes sont recensés à l'aide d'outils de dépistage (questionnaires, échelles d'appréciation et évaluations subjectives, p. ex.), qui s'avèrent moins exhaustifs et ne respectent pas toutes les règles d'un diagnostic » (Observatoire suisse de la santé, 2025).

Addiction : rapport pathologique qu'entretient une personne à une substance ou à un comportement ; en cours de sevrage ou non, avec un traitement de substitution ou non, avec une réduction et un contrôle de la consommation ou non.

Troubles de toxicomanie : « Les troubles de toxicomanie consistent en un modèle pathologique de comportements dans lequel les patients continuent à utiliser une substance en dépit de problèmes importants liés à son utilisation. Le diagnostic du trouble de toxicomanie repose sur les critères diagnostiques concernant la structure des comportements. Traiter le trouble de toxicomanie est difficile et varie selon la substance et les circonstances. » (Khan, 2022)

Syndrome d'abstinence néonatale : ensemble de symptômes pouvant affecter les bébés nés de mères consommant diverses substances, notamment les opiacés, pendant leur grossesse. Symptômes associés au syndrome de sevrage néonatal : pleurs excessifs et stridents, tremblements, troubles du sommeil, tonicité accentuée, convulsions.

réactions de sursauts fréquentes, fièvre, transpiration, rythme respiratoire plus rapide, allaitement non coordonné ou excessif, vomissements, selles molles ou liquides (Pharmacie des Hôpitaux de l'Est Lémanique (phel), 2024).

Autres symptômes codés dans le score de Finnegan et fréquents. Excoriations marquées, griffures, marbrures, éternuements fréquents, succion excessive (Finnegan et al., 1975).

Exemple de problématique d'usage internet (avoir du mal à s'arrêter lorsqu'on est connecté à internet ; préférer être sur internet au lieu d'être avec d'autres personnes (partenaire, amis, famille); manquer de sommeil à cause d'internet .

penser à la prochaine fois qu'on sera sur internet ; avoir essayé mais ne pas réussir à passer moins de temps.

sur internet ; négliger certaines choses (p.ex. les études, le travail, des activités en famille ou avec des amis) parce qu'on préfère être sur internet; aller sur internet lorsqu'on ne se sent pas en forme (triste, déprimé); se sentir nerveux, frustré ou irrité lorsqu'on ne peut pas utiliser internet.(Gerber, 2025) p73.

Exemples : substances licites ou illicites (Ex. cocaïne, marijuana), médicaments (Ex. codéine, fentanyl, morphine, barbiturique), alcool, tabac, puff, jeux, écrans, plateformes, réseaux sociaux (Blanchon & Schwitzgebel, 2024; Pharmacie des Hôpitaux de l'Est Lémanique (phel), 2024).

3d. L'enfant présente-t-il des signes d'anxiété ou d'angoisse ?

--	--	--

Codage : coder oui si symptomatologie objectivable d'anxiété ou d'angoisse récurrentes ou si diagnostic médical établi .

Définition : sentiment de malaise, d'appréhension et d'inquiétude. Perception d'un danger, réel ou subjectif .

Troubles anxieux : Les troubles anxieux sont caractérisés par une peur et une anxiété persistantes et excessives et par les modifications comportementales dysfonctionnelles qu'un patient peut utiliser pour atténuer ses sentiments. Les troubles anxieux sont différenciés les uns des autres en fonction des objets ou des situations spécifiques qui induisent la peur, l'anxiété et les changements de comportement associés. Ils sont classés comme « trouble d'anxiété de séparation », « mutisme sélectif », « phobie spécifique », « trouble d'anxiété sociale , « trouble panique », « agoraphobie », « trouble anxieux généralisé », « trouble anxieux induit par une substance/un médicament », « anxiété due à une autre pathologie », « autre trouble anxieux spécifié» (Barnhill, 2023).

Exemples de manifestations : attaques de panique ; stress intense ; phobie (invalidante) ; comportements auto-agressifs / d'évitement / mutilations s'ils visent à diminuer l'angoisse, pleurs, d'angoisse de la séparation, d'anxiété sociale, de trouble panique ou d'une association de ces troubles.

La terminologie de **symptômes** désigne « lorsque les problèmes sont recensés à l'aide d'outils de dépistage (questionnaires, échelles d'appréciation et évaluations subjectives, p. ex.), qui s'avèrent moins exhaustifs et ne respectent pas toutes les règles d'un diagnostic » (Observatoire suisse de la santé, 2025).

Les signes et symptômes d'anxiété chez les enfants : Les symptômes des troubles anxieux sont parfois complexes et peuvent survenir longtemps après un événement stressant. Voici quelques-uns des signes et symptômes les plus courants :

Symptômes physiques :

- Souffle court, maux de tête ou sensation de malaise.
- Palpitations, voire hypertension artérielle.
- Agitation, tremblements ou faiblesses dans les jambes.
- Maux de ventre (crampes d'estomac, diarrhées ou visites fréquentes aux toilettes).
- Troubles du sommeil ou manque d'appétit.
- Sécheresse buccale, transpiration excessive ou sensation de chaleur.

Symptômes émotionnels et psychologiques :

- Difficultés à canaliser son attention, manque de concentration.

- Panique, nervosité ou tension.
- Impression d'être submergé(e), sensation d'appréhension.
- Sensation de perte de contrôle dans une situation donnée (Klein et al., 2023)

Exemples : craintif, angoisse de la séparation pleurs, repli sur soi, maux de tête, maux de ventre, vomissement, respiration rapide, trouble du sommeil, refus d'aller à l'école, Sentiment de malaise, d'étouffement, peur irrationnelle, sentiment de danger imminent, agitation

3e. Est-ce que l'état mental/l'humeur varie au cours de la journée ? L'enfant a-t-il des phases alternant de l'agitation, de l'apathie, de la léthargie, des pleurs.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

Codage : coder oui si l'il y a des manifestations comportementales et/ou d'humeurs variant au cours de la journée ou une labilité émotionnelle (changement rapide et important de l'humeur, variabilité et instabilité).

Définition de l'état mental variant : changement rapide du comportement habituel de la personne concernée (Haute Autorité de santé, 2009).

Exemples : débordements de joie ; tranquillité et décharges spectaculaires de colère ou de larmes. changements rapides d'humeur, de concentration, d'énergie, d'agitation, apathie, pleurs, léthargie.

Sous-score		___ / 4
------------	--	---------

4. Facteurs comportementaux de l'enfant

Non/ NSP = 0	Oui = 1
-----------------	---------

4a. L'enfant sollicite-t-il de manière récurrente, excessive, /sur-sollicitation son et/ou ses parent(s), son entourage (fratrie, famille, amis, voisins) et/ou le réseau de soins (professionnels de la santé : médecin, infirmière), autres) pour de l'aide et/ou des soins ?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

Codage : coder oui si l'enfant sollicite /sur sollicitation de manière récurrente ses parents, la fratrie, les proches, son entourage (famille, amis, voisins) et/ou son réseau de soins (professionnels de la santé (médecin, infirmière), autres) pour de l'aide et/ou des soins.

Exemples : besoins de réassurance, sur-sollicitation, besoin intense et répété d'attention. Sollicitation selective en lien par exemple avec sa mobilité, sa fatigue.

4b. L'enfant est-il en conflit avec la cellule familiale (réseau primaire) et/ou les professionnels (réseau secondaire) ? L'enfant a-t-il une communication ambivalente avec la cellule familiale et/ou les professionnels ?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

Codage : Coder oui s'il existe des propos et/ou attitudes objectivés comme contradictoires et/ou variants et/ou conflictuels au sujet des besoins, des problématiques de santé et/ou de ses objectifs de santé ou de vie, envers le réseau primaire ou secondaire pouvant altérer la relation soignant-soigné et la relation avec le réseau primaire.

Conflit : « situations de tensions, de disputes ou de désaccords opposant au moins deux personnes et concernant une décision ou une action » (Studdert et al., 2003).

Différents types de conflits : Conflit latent, aigu ou chronique. Conflit de valeurs, d'opinions, d'intérêt. Conflit éthique, médical ou de succession Problèmes de communication, ambivalence des acteurs, pouvoir, modes de décision, intérêts ,différences des valeurs, déni, effets négatifs, occultations et culture des secrets et de protection mutuelle (Mpinga et al., 2009).

Le terme d'**ambivalence** peut désigner « à la fois les actions et les sentiments résultant d'un conflit défensif où entrent en jeu des motivations incompatibles ; ce qui est plaisant pour un système étant déplaisant pour un autre. Mais le terme peut aussi connoter de façon vague toutes sortes d'attitudes conflictuelles » (Prévost, 2018).

Exemples : souhaite à la fois être soigné et refuse les traitements, les soins.

4c. L'enfant exprime-t-il, manifeste-t-il/ de l'inquiétude face à sa santé/ses soins ?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

Codage : coder oui si l'enfant exprime des inquiétudes sur sa situation.

Exemples de sujets d'inquiétudes : inquiétude sur l'évolution de sa maladie et/ou une récidive (cancer ou autre) par le biais de questionnements auprès du soignant concernant sa pathologie, ses symptômes, son état de santé, qu'elle soit physique ou psychique ; inquiétudes face aux traitements ; inquiétude d'une « stigmatisation » perçue ou potentielle, ou de discrimination ou préjugés des professionnels et/ou de l'entourage, en lien avec un état de santé ou un style ou des conditions de vie.

Exemples. peur, besoin de réassurance, colère, tristesse, pleurs, inquiétudes quant à l'évolution de son état de santé et/ou au sujet d'informations médicales reçues, des soins à venir ou de leur arrêt, signes de comportement inhabituel, peur d'être séparé de ses parents, cauchemars, agitations.

4d. L'enfant présente-t-il des comportements agressifs envers lui-même et/ou la cellule familiale (fratrie, parent-s, proches, entourage ou soignants) ?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

Codage : coder oui pour des modalités de communication et/ou propos et/ou gestes et/ou comportements (actifs ou passifs) menaçants, dévalorisants, disqualifiants, déstabilisants de la part de la personne concernée envers l'entourage, les proches et/ou les professionnels. Auto-agressivité et hétéro-agressivité.

Exemples : opposition, gestes agressifs (griffes, morsures, coups), agressivité verbale ou physique, mutisme, agitation. Délinquance, fugue, comportements à risque pour sa santé.

4e. L'enfant refuse-t-il, s'oppose-t-il, résiste-t-il aux soins ?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

Codage : coder oui pour des négociations fréquentes pour un ou plusieurs soins, ou refus catégorique, ou épisodes répétés de refus, ou mise en place de stratégies d'évitement, renoncement volontaire.

Exemples : mise en échec des propositions et/ou actions d'aide et/ou de soins annulation injustifiée et/ou réitérée des rendez-vous ; absence ; négociations fréquentes pour un ou plusieurs soins, ou refus catégorique, ou épisodes répétés de refus, ou mise en place de stratégies d'évitement, renoncement volontaire.

Agitations de l'enfant face aux soins (aiguille) peut entraîner une contention pour la réalisation du soins (jeune enfant).

Chez l'adolescent plus souvent l'inobservance thérapeutique. Les situations de refus, d'opposition de la part des enfants sont très souvent « source de tensions, de sentiments d'échec et d'impuissance, que ce soit chez les parents ou du côté des soignants, marquent profondément les équipes médicales ». (Rouget, 2017)

Capacité de discernement :

La capacité de discernement est une notion juridique et non médicale. « Il n'y a pas d'âge minimal légal pour la présomption de la capacité de discernement et celle-ci ne dépend pas non plus de la majorité. Les capacités requises pour la capacité de discernement se développent à des rythmes différents, de l'enfance jusqu'à la majorité » (Académie Suisse des Sciences Médicales (ASSM), 2019) « 1. Si l'enfant mineur est capable de discernement, il peut décider seul. En l'absence de cette capacité, ses parents décident à sa place 2. L'opposition de l'enfant doit être d'autant plus prise en compte que :

- le traitement n'est pas nécessaire
- le traitement n'est pas compliqué
- l'intervention est invasive

3. Le droit évolue vers une prise en compte toujours plus importante de l'avis de l'enfant quel que soit son âge

Les droits cantonaux (Suisse) ont tous adopté une solution conforme aux principes exposés dans cet article : le mineur capable de discernement peut consentir seul et il appartient au praticien de trancher, de cas en cas, quant à l'aptitude de l'enfant à décider » (Pelet & Cerghezzi, 2009)

Sous-score		/ 5
------------	--	-----

5. Facteurs d'instabilité	Non/ NSP = 0	Oui = 1
----------------------------------	-----------------	---------

5a. L'état de santé physique et ou psychique de l'enfant s'est-il dégradé dans les dernières heures (nouveau-né, jeune enfant) ? dans les 2 derniers jours (enfants, adolescents) ?

Codage : coder oui si l'il y a la perception d'une dégradation, de son état de santé, verbalisée ou exprimée comme allant moins bien Exemples de signes : l'enfant ne joue plus, ne s'alimente peu ou plus, présente des symptômes respiratoires, digestifs, mictionnels anormaux. Parmi les causes les plus fréquentes de détérioration rapide de l'état clinique chez le nouveau-né : l'ictère (jaunisse).

5b. La capacité d'indépendance de l'enfant ou ses capacités d'acquisition a-t-elle diminuée au cours du dernier mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------

Codage : coder oui si le degré d'indépendance fonctionnelle s'est dégradé (péjoration) au cours du dernier jour (nouveau-né, jeune enfant) au cours de la semaine (enfant, adolescent), pour les activités du quotidien .

La **détérioration** se définit comme une perturbation physiologique grave ou une aggravation soudaine de l'état physiologique d'un patient, souvent précédée d'antécédents identifiables qui, s'ils sont reconnus et traités, peuvent prévenir des événements indésirables majeurs (Fenichel, 2009).

Exemples : capacité à se déplacer, à réaliser sa toilette, à s'habiller, à s'alimenter seul, à jouer, changement d'attitudes et de comportements), régression des acquisitions, perte des acquis, à se rendre à l'école, collège/cycle/lycée/gymnase seul.

5c. L'enfant vit-il une période de transition, de stress ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------

Codage : coder oui en cas de changement(s) majeur(s) dans la période actuelle de vie de l'enfant.

Transition : « Une transition indique qu'il y a un changement dans l'état de santé, les rôles et relations, les attentes, ou les habilitations. Cela signifie qu'il y a changement des besoins de la personne dans tous les systèmes et dimensions. La transition requiert de la personne qu'elle intègre de nouvelles connaissances, d'autres comportements, qu'elle modifie la façon qu'elle a de se définir dans le contexte

social, par rapport à sa santé ou sa maladie, ou de ses besoins personnels et environnementaux qui affectent son état de santé. » (Meleis et al., 2000).

Situation nécessitant une « adaptation aux changements liés à la vie de la famille (mariage, naissance, adolescence, mort, maladie) et aux changements de contextes (perte de revenu, expulsion d'un logement, emprisonnement, immigration, etc.) » (Wats, 2005).

Exemples : annonce diagnostic, retour d'hospitalisation, déménagement, maladie d'un proche, décès dans son entourage (parent, fratrie), divorce/séparation de ses parents, décès animal de compagnie), situations d'exclusion (familiale, scolaire, institutionnelle, amicale) entourage violent, *maltraitance actuelle, a subi récemment une agression, harcèlements scolaires et réseaux sociaux, immigration récente.*

5d. L'enfant a-t-il présenté dans les 3 derniers jours des changements inattendus concernant ses capacités cognitives ou affectives (comportements inattendus, symptômes nouveaux) ?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

Codage : coder oui si les capacités cognitives se sont dégradées cours du dernier mois.

Exemples : troubles récents de la mémoire, de la pensée, distractibilité ; manque d'attention, langage perturbé ; désorientation ; perception modifiée de l'environnement ; agitation ; irritabilité ; impatience ; déambulation ; euphorie ; diminution de la vigilance ; léthargie ; mutisme, apathie.

Capacités cognitives : ensemble d'aptitude, d'attitudes, de processus cérébraux par lesquels l'être humain reçoit les informations sur son environnement, les traite, les manipule, les communique et s'en sert pour agir.

Capacités cognitives (mémoire, attention, raisonnement, langage, fonctions exécutives, perceptions, orientation).

Capacités affectives (émotions, sentiments, relations sociales).

5e. L'évolution de la santé de l'enfant paraît-elle imprévisible, instable ?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

Codage : coder oui s'il y a une incertitude et/ou impossibilité de prévoir l'évolution de l'état de santé et/ou des comportements dans les jours, semaines à venir. L'enfant/ la famille n'arrive pas à se projeter sur ce que sera son (l') état de santé (de son enfant) dans les jours, semaines à venir.

Exemples : apparition de symptômes inhabituels, décompensation d'une pathologie chronique, plaies, douleurs, changements fréquents du traitement et /ou des posologies, instabilité physique et/ou psychique, une ou plusieurs hospitalisations en urgence, hospitalisations fréquentes planifiées ou pas, revolving door, intervention d'un médecin en urgence au domicile au cours des 3 derniers jours.

Imprévisibilité, instabilité : apparition de symptômes inhabituels ; décompensation d'une pathologie chronique y inclus santé mentale ;plaies, douleurs ; l'évolution de l'état de santé paraît imprévisible ou instable, s'il existe des fluctuations de l'indépendance / autonomie, des rechutes ; il y a des changements fréquents du traitement et/ou des posologies ; instabilité physique et/ou psychique ; une ou plusieurs hospitalisations en urgence et/ou séjour en unités d'accueil de courte durée, dans les trois derniers mois. Dans l'affirmative d'un des exemples, la notion d'imprévisibilité est à prendre en compte (HAS, 2014).

Imprévisibilité dans la santé : L'imprévisibilité en santé est à la fois 1) le degré avec lequel les besoins en santé d'une personne fluctuent et créent ainsi des défis pour être gérés et 2) le niveau de risque pour la santé de la personne si des soins adéquats et opportuns ne sont pas fournis. Ainsi, une personne ayant des besoins imprévisibles en matière de soins de santé est susceptible d'avoir un état fluctuant, instable ou qui se détériore rapidement (NHS Continuing Healthcare, 2018, p. 20).

Incertitude dans la santé : Selon Han et al. (2011), l'incertitude dans les soins et la santé inclue trois composantes : 1) l'indétermination du résultat futur (probabilité) ; 2) la présence d'éléments contradictoires et/ou le manque d'information (ambiguïté), et 3) la multiplicité des facteurs de causalité et des indices d'interprétation.

Apparition de symptômes inhabituels, décompensation d'une pathologie chronique, plaies, douleurs, changements fréquents du traitement et /ou des posologies, instabilité physique et/ou psychique, une ou plusieurs hospitalisations en urgence intervention d'un médecin en urgence au domicile au cours des 3 derniers jours.

Sous-score

___ /5

6. Facteurs liés à la cellule familiale

Non/ NSP = 0	Oui = 1
-----------------	---------

6a La cellule familiale est-elle non-sécurisante, non-protectrice, défavorable au développement (cognitif, perceptif, moteur, affectif, social) de l'enfant ?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

Coder : coder oui si présence d'une vulnérabilité socio-économique élevée) et/ou une vulnérabilité psychoaffective .

Exemples : une vulnérabilité psychoaffective : violence conjugale/intrafamiliale, conflits entre parents, dans les modes de garde, antécédents d'expériences négatives vécues par la mère, le père, exposition de l'enfant à des maltraitances ou négligence grave, (Haute Autorité de Santé, 2020), suspicions d'abus et de maltraitance, violence intrafamiliale (sexuelle).

Le milieu familial est le facteur environnemental exerçant le plus d'effet sur le développement de l'enfant (notamment chez les 0-6 ans) (National Institute of Child Health and Human Development (NICHD), 2006; Young-Hyman, 2013).

Sécurité affective de la cellule familiale, capacité des membres de la cellule familiale à remarquer, comprendre et répondre aux signaux de l'enfant en temps opportun et dans un délai approprié (World Health Organization, 2019).

Cellule familiale non protectrice envers l'enfant peut provenir de conflits entre parents (agression verbales, physiques) pouvant affecter directement les enfants (Mullan & Higgins, 2014).

« Le développement des compétences sociales et émotionnelles est influencé par les caractéristiques et le développement global de l'enfant et par son environnement..

Le développement du cerveau entre 0 à 6 ans est la fondation sur laquelle reposent les habiletés de base sur lesquelles se construisent d'autres habiletés (p.ex. la compréhension des états mentaux), qui participent toutes aux compétences sociales et émotionnelles. » (Sow et al., 2022).

6b. La cellule familiale ou l'un de ses membres exprime-t-elle une fatigue conséquente, un épuisement, des tensions, un stress supplémentaire, un fardeau pouvant questionner dans le quotidien la réponse à apporter, aux besoins et aux soins de l'enfant d'un point de vue de son développement (cognitif, perceptif, moteur, affectif, social) ?

Codage : coder oui si l'un ou les des 2 parents ou la/les personne(s) responsable(s) de l'enfant, assurant le rôle parental/ ayant l'autorité parentale est/sont épuisé-s ou qu'il existe des tensions importantes.

Exemples : le ou les parents ou personnes responsables de l'enfant, assurant le rôle parental/ ayant l'autorité parentale ne peuvent pas / plus apporter leur aide ; les tensions sont telles que leur présence compliquent la situation ; épuisement exprimé à travers de la fatigue, de l'atteinte de l'état de santé, d'une détresse psychique, d'un besoin de répit ; Expression verbalisée par un ou les 2 parents ou personnes responsables de l'enfant, assurant le rôle parental/ ayant l'autorité parentale « je n'en peux plus », « je ne dors plus depuis plusieurs jours », une baisse d'attention pouvant générer du risque vis à vis de la sécurité de l'enfant « je suis épuisée », « je n'y arrive plus », « je n'ai plus de temps pour moi ».

Entourage familial : L'entourage familial consiste en l'ensemble des personnes liées à un individu par des liens familiaux (sanguins, légaux ou affectifs), vivant ou non en ménage commun. L'entourage comprend aussi les personnes à charge financièrement ou moralement et les personnes privilégiées (Bonvalet & Lelièvre, 1995).

Est entendu comme **cellule familiale** le parent, monoparental, le couple, le représentant légal, la personne ayant autorité sur l'enfant. **La cellule familiale** (parent, monoparental...) est un modèle permettant la distance émotionnelle (c'est à dire l'autonomie suffisante de chaque membre la composant), la « flexibilité » (répondre aux demandes de l'environnement et des demandes internes (ex croissance de l'enfant), la communication entre les membres de la famille et la bienveillance émotionnelle (ex empathie) (Favez, 2010).

Troubles neurodéveloppementaux « Les troubles neurodéveloppementaux sont un ensemble d'affections qui débutent durant la période du développement. Ces troubles se manifestent typiquement précocement durant le développement, souvent avant même que l'enfant n'entre à l'école primaire ; ils sont caractérisés par des déficits du développement qui entraînent une altération du fonctionnement personnel, social, scolaire ou professionnel. La gamme des déficits développementaux est variable, allant de limitations très spécifiques des apprentissages ou du contrôle des fonctions exécutives, jusqu'à une altération globale des compétences sociales ou de l'intelligence » (American Psychiatric Association, 2015).

« Le développement des compétences sociales et émotionnelles est influencé par les caractéristiques et le développement global de l'enfant et par son environnement. Le développement du cerveau entre 0 à 6 ans est la fondation sur laquelle reposent les habiletés de base sur lesquelles se construisent d'autres habiletés (p.ex. la compréhension des états mentaux), qui participent toutes aux compétences sociales et émotionnelles. » (Sow et al., 2022).

6c. L'un ou les membres de la cellule familiale présente-t-il des troubles, des symptômes de santé mentale et/ou psychiatrique pouvant impacter la santé/ la prise en soin de l'enfant ?

Coder : coder oui si diagnostic médical établi et/ou symptomatologie objectivable de dépression ou d'humeur dépressive. Ne pas coder pour un épisode dépressif passé sur lequel il n'y a plus de manifestations ou de traitement en cours et stabilisant l'humeur..

Dépression : « La dépression constitue un trouble mental courant, caractérisé par la tristesse, la perte d'intérêt ou de plaisir, des sentiments de culpabilité ou de faible estime de soi, des troubles du sommeil ou de l'appétit, une sensation de fatigue et un manque de concentration. La dépression peut perdurer ou devenir récurrente, entravant ainsi de façon substantielle l'aptitude d'un individu à faire face à sa vie quotidienne. A son paroxysme, elle peut conduire au suicide. » (Organisation mondiale de la santé, 2018).

Troubles dépressifs : Les troubles dépressifs sont des troubles de l'humeur (Coryell, 2023a). Ils sont caractérisés par une tristesse suffisamment sévère ou persistante pour perturber le fonctionnement quotidien et souvent par une diminution de l'intérêt ou du plaisir procurés par les activités (anhédonie) (Coryell, 2023b).

Humeur dépressive ou irritable envahissante et durable (tous les jours, presque toute la journée et pendant au moins 2 semaines et en rupture avec l'état antérieur) (Haute Autorité de Santé, 2014).

Exemples : tristesse non maîtrisée / non stabilisée ; manque d'énergie associée à une perception négative de soi, des autres et de l'avenir ; humeur dépressive avec des répercussions sur la situation et/ou rendant difficile la prise en charge.

Idées suicidaires : Désespoir, sentiment d'impasse, d'avenir bouché, de perte du sens de la vie, de culpabilité, de dénégation de soi, Retrait avec désinvestissement des liens (amis, famille, société), agitation, instabilité comportementale, hyperactivité motrice, incapacité à dormir ou hypersomnie, cauchemars, Colère, rage incontrôlée ou sentiment de revanche, prise de risque incontrôlée (non calculée) et labilité importante de l'humeur, Conduite d'alcoolisation aiguë, consommation à risque de substances, psychoactives.

Impulsivité, trouble des conduites, prise de risque incontrôlée. Contexte relationnel favorisant les sentiments de perte, d'injustice, de rejet, d'humiliation, Problèmes sentimentaux (séparation), Situations de tensions chroniques dans la famille : problème disciplinaire, absence de soutien relationnel, entourage violent, maltraitance actuelle ou passée et en particulier abus sexuels (Haute Autorité de Santé, 2014).

Addiction : rapport pathologique qu'entretient une personne à une substance ou à un comportement ; en cours de sevrage ou non, avec un traitement de substitution ou non, avec une réduction et un contrôle de la consommation ou non.

Troubles de toxicomanie « Les troubles de toxicomanie consistent en un modèle pathologique de comportements dans lequel les patients continuent à utiliser une substance en dépit de problèmes importants liés à son utilisation. Le diagnostic du trouble de toxicomanie repose sur les critères diagnostiques concernant la structure des comportements. Traiter le trouble de toxicomanie est difficile et varie selon la substance et les circonstances. » (Khan, 2022).

6d. La cellule familiale s'oppose-t-elle aux soins ? Refuse-t-elle des soins à l'enfant (ponctuellement ou durablement) engendrant un impact sur la santé, sur la réalisation des soins?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------

Coder : coder oui si opposition, refus de la part de la cellule familiale.

« Lorsque les parents refusent un traitement établi et prometteur, il s'agit potentiellement d'une mise en danger de l'enfant. Les équipes médicales doivent alors évaluer sans délai la situation et tout mettre en œuvre pour éviter ce préjudice de l'enfant. Lorsque des entretiens répétés avec les parents n'amènent à aucun consensus, l'implication des autorités de protection de l'enfant et de l'adulte doit être envisagée. La volonté de l'enfant capable de discernement sera toujours respectée » (Lips, 2016).

Exemples : manque de littératie en santé, manques d'information de compréhension, perte de sens, croyances, perte de confiance .

6e. La cellule familiale sollicite-t-elle de manière récurrente les professionnels ? inquiétude, anxiété face à la santé/soins de l'enfant ?		
---	--	--

Coder : coder oui si sollicitation récurrente.

Sollicitations récurrentes du réseau primaire. Demandes d'aide, de soutien, de présence, d'information, fréquentes/ répétées, plus ou moins importantes, exprimées ou non par la cellule familiale auprès des professionnels. Exemples : appels téléphoniques fréquents, besoin de réassurance.

Sous-score		/5
-------------------	--	----

7. Facteurs relatifs aux intervenants et système de soins	Non/ NSP = 0	Oui = 1
--	-------------------------	----------------

7a. Y-a-t-il une multitude/ diversité de professionnels (>3) qui interviennent régulièrement dans la prise en soins de l'enfant ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------

Codage : coder si plus de trois types professionnels (ex : médicaux, soignants, sociaux, éducateurs) interviennent régulièrement et interagissent dans la situation de l'enfant.

Exemples d'intervenants : médecin traitant ; spécialiste, équipe mobile spécialisée, infirmière, ASSC, aide-soignante, physiothérapeute, ergothérapeute, diététicienne, assistante sociale, curateur, soignant ; curateur ; travailleurs sociaux ; acteurs du milieu associatif, éducateurs, Service de la protection de l'enfance, Service judiciaire, équipe hospitalière.

7b. La communication entre la cellule familiale et les différents professionnels concernant la prise en soin de l'enfant est-elle insuffisante, difficile, inadéquate, ambivalente et/ou conflictuelle ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------

Codage : coder oui si absence ou lien faible par un manque de communication ou de connaissance des intervenants, communication contradictoire.

Définition : Absence ou faible degré de partenariat, la communication avec les différents professionnels concernant cette prise en soins / prise en charge n'est pas optimale, pas suffisante, pas adéquate, faible niveau de partenariat.

Définition du partenariat : « relation de coopération/collaboration entre le patient et les intervenants de la santé qui s'inscrit dans un processus dynamique d'interactions et d'apprentissages. Fondée sur la reconnaissance des savoirs de toutes les parties, cette relation

consiste pour les partenaires à planifier, à coordonner les actions et à intervenir de façon concertée, personnalisée, intégrée et continue autour des besoins et du projet de vie du patient » (RUIS de l'Université de Montréal, 2013).

Exemples : peu de communication ; prises en charge en silos ; interventions redondantes ; le ou les parents va/vont à l'encontre de la prise en charge proposée par les soignants, désaccord entre la personne et son réseau (primaire ou secondaire) sur les objectifs ou les modalités de prise en charge ; communication pouvant altérer les relations entre professionnel.les /la cellule familiale ; ambivalences des demandes ; divergence de perception de la situation.

7c. La prise en soin manque-t-elle de cohérence ?

Codage : coder oui si défaut de logique, de compréhension, de continuité, de coordination entre la pensée, l'expression et les actes dans la prise en charge réalisée auprès du patient.

Exemples : désaccords ; contractions ; incompréhension ; différences de point de vue entre les intervenants et la personne ; perte de sens dans la prise en soins ; visions différentes entre la personne, les proches-aidants, le médecin, l'infirmière ou autre ; problématique éthique ; absence de directives anticipées.

Définition « continuité des soins et des services » : La continuité des soins (ou continuité des services) désigne la capacité d'assurer une prise en charge coordonnée, cohérente et ininterrompue du patient dans le temps, malgré la diversité des acteurs, des lieux et des niveaux d'intervention du système de santé. L'OMS (2018) définit la continuité des soins comme « le degré auquel une série d'interventions sanitaires est coordonnée et cohérente à travers le temps, les différents prestataires, et les contextes de soins, de manière à répondre aux besoins de santé d'une personne. » (World Health Organization, 2018).

Définition « coordination des soins et services » : La coordination est une « approche proactive visant à réunir les professionnels et les fournisseurs de soins pour répondre aux besoins des utilisateurs de services afin de s'assurer qu'ils reçoivent des soins intégrés et axés sur la personne dans divers milieux » (World Health Organization, 2018).

La coordination des soins (aussi appelée coordination des services de santé) désigne l'ensemble des processus organisationnels, relationnels et cliniques qui visent à assurer que les différents professionnels et établissements impliqués dans le parcours de soins d'un patient travaillent de manière concertée, cohérente et continue pour répondre à ses besoins globaux. (Haute Autorité de Santé [HAS], 2014; World Health Organization [WHO], 2018).

7d. Existe-t-il des problématiques d'assurance maladie, des contraintes administratives, géographiques relatives à la prise en soin de l'enfant ? problèmes qui limitent la prise en charge des soins, aides et traitements ?

Codage : coder oui s'il y a problème d'assurance maladie ou des contraintes administratives ou géographiques ayant un impact sur la prise en charge

Exemples : problèmes qui limitent la prise en charge des soins, aides et traitements limitation du remboursement de prise en charge ; limitation de la prise en charge posée par l'assurance de la personne concernée ; non-remboursement de frais médicaux ; demande de l'allocation invalidité, non recours aux prestations d'aide sociale, non accès géographiquement aux soins, éloignement des lieux de soins spécialisés, accessibilité problématiques aux soins spécialisés

7e. Est-ce que la prise en soin est ressentie comme lourde émotionnellement ou physiquement (exemples : Lourdeur émotionnelle : sentiment d'impuissance, tristesse, peine, colère, anxiété, etc.) par le réseau de soin (entourage, proche aidant, professionnels de la santé (médecin, infirmière)) ?

Coder : coder oui si les professionnels ont un sentiment de lourdeur que celle-ci soit émotionnelle ou physique.

Définition lourdeur émotionnelle : sentiment d'impuissance, de perte de contrôle, de tristesse, de peine, de colère, d'anxiété, de se sentir agressé ou persécuté, d'envahissement émotionnel dans sa sphère privée.

Définition lourdeur physique : situation nécessitant l'emploi d'une force physique soutenue et récurrente en plus des moyens auxiliaires, passages multiples dans la journée, absence de moyens auxiliaires ou moyens auxiliaires inadaptés, etc.

Exemples : sentiment de lourdeur ; ne voit pas d'issue ; se sent impuissant dans la situation.

Sous-score		/5
Pour chacune des questions renseignées, additionner le nombre de oui par domaine pour obtenir les sous-scores (nombre de « oui »), puis calculer le score total (somme des sous-scores) (score maximal de XX). Score total		<u>34</u> /

Après avoir rempli le COMID-PED

Estimez-vous cette situation comme : (choisir une seule réponse)				
Pas du tout complexe	Un peu complexe	Moyennement complexe	Très complexe	Extrêmement complexe
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Estimez-vous cette situation comme	Simple <input type="checkbox"/>	Complexe <input type="checkbox"/>
------------------------------------	---------------------------------	-----------------------------------

Estimez-vous cette situation comme	Stable <input type="checkbox"/>	Instable <input type="checkbox"/>
------------------------------------	---------------------------------	-----------------------------------

Remarques :

Référence conseillée :

Busnel, C., Bourchanin-Binet, S., Poio-Paluch, S., Rouillon-Morand, E., Rochat, P., Perrier-Gros-Claude, O., & Boyer, V. (2025). *COMID Pédiatrique: COMID-PED*. IMAD. <https://doi.org/10.26039/e37j-yb12>

Bibliographie

- Académie Suisse des Sciences Médicales (ASSM). (2019). *La capacité de discernement dans la pratique médicale*. <https://www.samw.ch/fr/Ethique/Apercu-des-themes/Capacite-de-discriminatio.html>
- American Psychiatric Association. (2015). *DSM-5. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (5e ed.). Elsevier Masson. <http://doctidoc2.blogspot.com>
- Anot, O. (2018). 3. De 6 à 12 ans : conscience morale, imagination, curiosité. In *Montessori au cœur de la vie de famille* (pp. 45-60). Dunod. <https://shs.cairn.info/montessori-au-coeur-de-la-vie-de-famille--9782100782956-page-45?lang=fr>
- Association francophone d'aide aux handicapés mentaux. (2013). La Déficience intellectuelle, Fiche, Agence Wallonne Pour l'Intégration des personnes handicapées. Repéré à : https://www.avig.be/handicap/pdf/documentation/publications/informations_particulieres/fiches_deficiences_emploi/Fiche06-Deficienceintellectuelle.pdf.
- Aydede, M. (2019). Does the IASP definition of pain need updating? *PAIN Reports*, 4(5), e777. <https://doi.org/10.1097/pr9.0000000000000777>
- Bakaki, P. M., Horace, A., Dawson, N., Winterstein, A., Waldron, J., Staley, J., Pestana Knight, E. M., Meropol, S. B., Liu, R., Johnson, H., Golchin, N., Feinstein, J. A., Bolen, S. D., & Kleinman, L. C. (2018). Defining pediatric polypharmacy: A scoping review. *PLOS ONE*, 13(11), e0208047. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0208047>
- Barbe, R. (2003). Les particularités de la dépression à l'adolescence. *Revue Medicale Suisse*, 61(2425), 398-402. <https://doi.org/10.53738/revmed.2003.61.2425.0398>
- Barnhill, J. W. (2023). *Revue générale des troubles anxieux*. Le Manuel MSD. Retrieved 2025/07/21 from <https://www.msmanuals.com/fr/professional/troubles-psychiatriques/anxiété-et-troubles-liés-au-stress/revue-générale-des-troubles-anxieux>
- Barral, C. (2007). La Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé : un nouveau regard pour les praticiens. *Contraste*, 27(2), 231-246. <https://doi.org/10.3917/cont.027.0231>
- Benkebil, F., & Roulet, M. (2017). Intolérance au lactose chez l'enfant: le test génétique va-t-il changer notre approche? *Paediatrica*, 18(1), 19-21.
- Berry, J. G., Hall, M., Cohen, E., O'Neill, M., & Feudtner, C. (2015). Ways to Identify Children with Medical Complexity *The Journal of Pediatrics*, 167(2), 229-237. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2015.04.068>
- Blanchon, S., & Schwitzgebel, V. M. (2024). Les addictions en pédiatrie. *Revue Medicale Suisse*, 20(862), 375-375. <https://doi.org/10.53738/revmed.2024.20.862.375>
- Bonvalet, C., & Lelièvre, E. (1995). Du concept de ménage à celui d'entourage : une redéfinition de l'espace familial. *Sociologie et sociétés*, 27(2), 177-190. <https://doi.org/10.7202/001076ar>
- Brown, R. T., Daly, B. P., & Rickel, A. U. (2007). *Chronic Illness in Children and Adolescents*. Hogrefe Publishing GmbH. <https://books.google.ch/books?id=iJmbEAAQBAJ>
- Busnel, C., Marjollet, L., & Perrier-Gros-Claude, O. (2018). Complexité des prises en soins à domicile : développement d'un outil d'évaluation infirmier et résultat d'une étude d'acceptabilité. *Revue Francophone Internationale de Recherche Infirmière*, 4, 116-123. <https://doi.org/10.1016/j.refiri.2018.02.002>
- Busnel, C., Vallet, F., Ashikali, E. M., & Ludwig, C. (2022). Assessing multidimensional complexity in home care: congruencies and discrepancies between patients and nurses. *BMC Nursing*, 21(1), 166. <https://doi.org/10.1186/s12912-022-00942-x>
- Coryell, W. (2023a). *Revue générale des troubles de l'humeur*. Le Manuel MSD. Retrieved 2025/07/21 from <https://www.msmanuals.com/fr/professional/troubles-psychiatriques/troubles-de-l-humeur/revue-générale-des-troubles-de-l-humeur>
- Coryell, W. (2023b). *Troubles dépressifs*. Le Manuel MSD. Retrieved 2025/07/21 from <https://www.msmanuals.com/fr/professional/troubles-psychiatriques/troubles-de-l-humeur/troubles-dépressifs>
- Danon, G. (nc). *Douleur et dépression du nourrisson et du très jeune enfant*. Pédiadol, . Retrieved 2025 from <https://pediadol.org/douleur-et-depression-du-nourrisson-et-du-tres-jeune-enfant/>
- Favez, N. (2010). *L'examen clinique de la famille. Modèles et instruments d'évaluation*. Mardaga. <https://shs.cairn.info/l-examen-clinique-de-la-famille--9782804700713?lang=fr>
- Fenichel, G. M. (2009). Chapter 5 - Psychomotor Retardation and Regression. In G. M. Fenichel (Ed.), *Clinical Pediatric Neurology (Sixth Edition)* (pp. 119-152). W.B. Saunders. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/B978-1-4160-6185-4.00005-8>

- Ferland, F. (2014). *Le développement de l'enfant au quotidien. De 0 à 6 ans* (2ème ed.). Editions du CHU Sainte-Justine. https://www.editions-chu-sainte-justine.org/media/livre/document/253_Tableau_synthese_Dev_06ans.pdf
- Fernandez, J. (2024, 2024/08). Revue générale des troubles allergiques et atopiques. Le Manuel MSD. <https://www.msdmanuals.com/fr/professional/immunologie-troubles-allergiques/réactions-allergiques-auto-immunes-et-autres-réactions-d-hypersensibilité/revue-générale-des-troubles-allergiques-et-atopiques>
- Finnegan, L. P., Connaughton, J. F. J., Kron, R. E., & Emich, J. P. (1975). Neonatal abstinence syndrome: assessment and management. *Addict Dis* 2(1-2), 141-158.
- Fisher, E., Villanueva, G., Henschke, N., Nevitt, S. J., Zempsky, W., Probyn, K., Buckley, B., Cooper, T. E., Sethna, N., & Eccleston, C. (2022). Efficacy and safety of pharmacological, physical, and psychological interventions for the management of chronic pain in children: a WHO systematic review and meta-analysis. *PAIN*, 163(1), e1-e19. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000002297>
- Gerber, C. (2025). *La santé dans le canton de Genève. Analyse des données de l'enquête suisse sur la santé 2022 et d'autres bases de données (Obsan Rapport 03/2025)*. Observatoire suisse de la santé. https://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/2025-06/obsan_03_2025_rapport_ge.pdf
- Han, P. K. J., Klein, W. M. P., & Arora, N. K. (2011). Varieties of Uncertainty in Health Care : A Conceptual Taxonomy. *Medical Decision Making*, 31(6), 828-838. <https://doi.org/10.1177/0272989x10393976>
- Haute Autorité de Santé. (2014). *Manifestations dépressives à l'adolescence : repérage, diagnostic et prise en charge en soins de premier recours HAS*. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-12/manifestations_depressives_recommandations.pdf
- Haute Autorité de Santé. (2020). *Troubles du neurodéveloppement. Repérage et orientation des enfants à risque. Synthèse*. HAS et Société française de néonatalogie. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-03/fs_tnd_synthese_v2.pdf
- Haute Autorité de Santé [HAS]. (2014). *Coordination des parcours. Comment organiser l'appui aux professionnels de soins primaires ? Note méthodologique et de synthèse documentaire* [Coordination of care paths. How to organize support for primary care professionals? Methodological note and documentation synthesis]. HAS. https://www.has-sante.fr/jcms/c_1764278/fr/comment-organiser-les-fonctions-d-appui-aux-professionnels-de-soins-primaires
- Khan, M. (2022, 2022/10). *Troubles de toxicomanie*. Le Manuel MSD. <https://www.msdmanuals.com/fr/professional/troubles-psychiatriques/troubles-liés-à-l-utilisation-de-substances/troubles-de-toxicomanie>
- Klein, B., Rajendram, R., Hrycko, S., Poynter, A., Ortiz-Alvarez, O., Saunders, N., & Andrews, D. (2023). L'anxiété chez les enfants et les adolescents – partie 1 : le diagnostic. *Paediatrics & Child Health*, 28(1), 37-44. <https://doi.org/10.1093/pch/pxac101>
- Lazaratou, H., Mouselimi, A., Tsipa, N., & Golse, B. (2019). L'évolution à long terme d'un cas de psychose infantile. Plaidoyer pour la réhabilitation du terme de « psychose ». *La psychiatrie de l'enfant*, 62(1), 19-35. <https://doi.org/10.3917/psy.621.0019>
- Lips, U. (2016). Une «nouvelle» forme de maltraitance: le refus de traitements conventionnels par les parents. *Paediatrica*, 27(5), 36-39.
- Mansour, A., Bentley, R., Baker, E., Li, A., Martino, E., Clair, A., Daniel, L., Mishra, S. R., Howard, N. J., Phibbs, P., Jacobs, D. E., Beer, A., Blakely, T., & Howden-Chapman, P. (2022). Housing and health: an updated glossary. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 76(9), 833-838. <https://doi.org/10.1136/jech-2022-219085>
- Meleis, A. I., Sawyer, I. M., Im, E. O., Messias, D. K. H., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: An emerging middle range theory. *Advances in Nursing Science*, 23, 12-28.
- Mohseni, N. (1981). Les relations entre le développement moral et social chez les enfants de 6 à 12 ans *Enfance* 34(1-2), 75-81. https://www.persee.fr/doc/enfan_0013-7545_1981_num_34_1_2750
- Moutier, C. (2023). *Comportement suicidaire*. Le Manuel MSD. Retrieved 2025/07/21 from <https://www.msdmanuals.com/fr/professional/troubles-psychiatriques/comportement-suicidaire-et-automutilation/comportement-suicidaire>
- Mpinga, E. K., Verloo, H., Rapin, C.-H., & Chastonay, P. (2009). Douleurs et conflits : Approche comparative et implications pour la qualité des soins en fin de vie. *Pain Research and Management*, 14(4), 371953. <https://doi.org/https://doi.org/10.1155/2009/371953>
- Mullan, K., & Higgins, D. (2014). *A safe and supportive family environment for children: key components and links to child outcomes* (Vol. 52). Australian Government, Department of sociales services.

https://anrows.intersearch.com.au/anrowsjspui/bitstream/1/18566/1/op52_safe_families_final_accessible_pdf_6_8_14.pdf

National Institute of Child Health and Human Development (NICHD). (2006). *The NICHD study of early and child and youth development*. NICHD.

https://www.nichd.nih.gov/sites/default/files/publications/pubs/Documents/SECCYD_06.pdf

NHS Continuing Healthcare. (2018). *NHS Continuing Healthcare & NHS-funded Nursing Care National Framework*. https://caretobedifferent.co.uk/wp-content/uploads/2018/08/National_Framework_for_CHC_and_FNC - October 2018 Revised.pdf

Observatoire suisse de la santé. (2025). *Santé mentale en Suisse: évolution, promotion, prévention et prise en charge. Rapport national sur la santé 2025*. OFS. https://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/2025-09/ngb2025_fr.pdf

Organisation Mondiale de la Santé. (2018). *Lignes directrices de l'OMS relatives au logement et à la santé. Résumé d'orientation*. OMS. <https://www.who.int/fr/publications/item/WHO-CED-PHE-18.10>.

<https://www.who.int/fr/publications/item/WHO-CED-PHE-18.10>

Organisation mondiale de la Santé (2022). *Troubles mentaux*. Retrieved 16.05.2025 from <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>

Organisation mondiale de la Santé. (2024). *Recommandations de l'OMS relatives aux soins du nourrisson prématuré ou de faible poids de naissance [WHO recommendations for care of the preterm or low birth weight infant]* Organisation mondiale de la Santé. <https://www.who.int/fr/publications/item/978924005262>

Pelet, O., & Cerghetti, A. (2009). Nul n'est censé ignorer...comment réagir lorsqu'un mineur s'oppose à des soins. *Revue Medicale Suisse*, 5, 539-541. <https://doi.org/10.53738/REVMED.2009.5.193.0539>

Perlman, D., & Peplau, L. A. (1981). Toward a social psychology of loneliness. *Personal relationships*, 3, 31-56. <https://peplau.psych.ucla.edu/wp-content/uploads/sites/141/2017/07/Perlman-Peplau-81.pdf>

Pharmacie des Hôpitaux de l'Est Lémanique (phel). (2024). Syndrome de sevrage néonatal. In: phel.

Prévoteau, C. (2018). L'ambivalence: une coexistence des opposés. *Santé mentale*, 10.

Rouget, S. (2017). « C'est pour ton bien. ». Face au refus de soin de l'enfant. *Enfances & Psy*, 73(1), 146-154. <https://doi.org/10.3917/ep.073.0146>

RUIS de l'Université de Montréal. (2013). *Partenariat de soins et de services*. RUIS de l'Université de Montréal. https://md.umontreal.ca/wp-content/uploads/sites/16/2018/05/Figure_Competences_Partenariat_complet_2013.pdf

Sharma, S., Bowman, C., Alladin-Karan, B., & Singh, N. (2016). Antibiotic prescribing patterns in the pediatric emergency department at Georgetown Public Hospital Corporation: a retrospective chart review. *BMC Infectious Diseases*, 16(1), 170. <https://doi.org/10.1186/s12879-016-1512-4>

Sow, M., Bergeron-Gaudin, M.-E., & Melançon, A. (2022). *Le développement socioaffectif de l'enfant de 0 à 6 ans : un outil destiné aux acteurs en petite enfance*. Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). <https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2876-developpement-socioaffectif-enfant-0-6-ans.pdf>

Spurr, S., Danford, C. A., Roberts, K. J., Sheppard-LeMoine, D., Machado Silva-Rodrigues, F., Darezzo Rodrigues Nunes, M., Darmofal, L., Ersig, A. L., Foster, M., Giambra, B., Lerret, S., Polfuss, M., Smith, L., & Somanadhan, S. (2023). Fathers' Experiences of Caring for a Child with a Chronic Illness: A Systematic Review. *Children*, 10(2), 197. <https://www.mdpi.com/2227-9067/10/2/197>

Stevens, B. (2021). Revisions to the IASP definition of pain—What does this mean for children? *Paediatric and Neonatal Pain*, 3(3), 101-105. <https://doi.org/10.1002/pne2.12047>

Studdert, D. M., Burns, J. P., Mello, M. M., Puopolo, A. L., Truog, R. D., & Brennan, T. A. (2003). Nature of conflict in the care of pediatric intensive care patients with prolonged stay. *Pediatrics*, 112(3), 553-558.

Sugioka, M., Tachi, T., Mizui, T., Koyama, A., Murayama, A., Katsuno, H., Matsuyama, T., Aoyama, S., Osawa, T., Noguchi, Y., Yasuda, M., Goto, C., & Teramachi, H. (2020). Effects of the number of drugs used on the prevalence of adverse drug reactions in children. *Scientific Reports*, 10(1), 21341. <https://doi.org/10.1038/s41598-020-78358-3>

Sulkes, S. B. (2024a). *Handicap intellectuel*. Le Manuel MSD. Retrieved 2025/07/21 from <https://www.msdmanuals.com/fr/professional/pediatrie/troubles-du-developpement-et-des-apprentissages/handicap-intellectuel>

Sulkes, S. B. (2024b). *Revue générale des troubles d'apprentissage*. Le Manuel MSD. Retrieved 2025/07/21 from <https://www.msdmanuals.com/fr/professional/pediatrie/troubles-du-developpement-et-des-apprentissages/revue-generale-des-troubles-d-apprentissage>

- Sulkes, S. B. (2024c). *Troubles du spectre autistique*. Le Manuel MSD. Retrieved 2025/07/21 from <https://www.msdmanuals.com/fr/professional/pediatrics/troubles-du-developpement-et-des-apprentissages/troubles-du-spectre-autistique>
- Université des sciences appliquées de Zurich (ZHAW). (2020). *La santé mentale de l'enfant : sensibilisation et détection précoce*. Office fédéral de la santé publique. https://www.zhaw.ch/storage/gesundheit/institute-zentren/ph/projekte/take-care/FR_informations-take-care-enfants6-12-zhaw.pdf
- Vernazza-Licht, N. (2019). The ages of the child: reflections on the use of categorizations. Les âges de l'enfant : réflexions sur l'usage des catégorisations. In Lang, Aujard, D. Gindt, V. Billette de, & et al. (Eds.), *Le dispositif statistique de surveillance et de recherche sur la santé de l'enfant*. <https://hal.science/hal-03586449>
- Wats, N. (2005). Travail en réseau et maltraitance. *Thérapie Familiale*, Vol. 26(1), 7-18. <https://doi.org/10.3917/tf.051.0007>
- World Health Organization. (2013). *Health literacy. The solid facts*. WHO Regional Office for Europe. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/326432/9789289000154-eng.pdf?sequence=1>
- World Health Organization. (2019). *Clean, safe and secure environments to support early childhood development*. WHO & Nurturing Care. https://cdn.who.int/media/docs/default-source/mca-documents/child/early-child-development/clean-safe-and-secure-environments-to-support-ecd.pdf?sfvrsn=d09abfca_1
- World Health Organization. (2018). *Continuity and coordination of care: a practice brief to support implementation of the WHO Framework on integrated people-centred health services*. World Health Organization. <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274628/9789241514033-eng.pdf?ua=1>
- World Health Organization. (2025). Adolescent health Retrieved sept 24 from https://www.who.int/health-topics/adolescent-health/#tab=tab_1
- World Health Organization [WHO]. (2018). *Continuity and coordination of care: a practice brief to support implementation of the WHO Framework on integrated people-centred health services*. WHO. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241514033>
- Young-Hyman, D. L. (2013). National Institute of Child Health and Human Development. In M. D. Gellman & J. R. Turner (Eds.), *Encyclopedia of Behavioral Medicine* (pp. 1289-1290). Springer New York. https://doi.org/10.1007/978-1-4419-1005-9_763

Titre : COMID-Pédiatrique : COMID-PED

Auteurs : Catherine Busnel, Sandrine Bourchanin-Binet, Perrine Rochat, Estelle Rouillon-Morand, Olivier-Perrier-Gros-Claude, Valérie Boyer

Publication : IMAD Grand-Lancy, novembre 2025

DOI : <https://doi.org/10.26039/e37j-yb12>

Disponible sur <https://www.imad-ge.ch/comid-pediatrique/>

Le COMID est une marque déposée(n° d'enregistrement 761384) auprès de l'Institut Fédéral de la Propriété Intellectuelle publié dans Swissreg le 25.03.2021.

Référence conseillée :

Busnel, C., Bourchanin-Binet, S., Poio-Paluch, S., Rouillon-Morand, E., Rochat, P., Perrier-Gros-Claude, O., & Boyer, V. (2025). *COMID Pédiatrique: COMID-PED*. IMAD. <https://doi.org/10.26039/e37j-yb12>