Chez le même éditeur

Dans la collection Les Âges de la vie

Psychopathologie de la périnatalité et de la parentalité, par J. Dayan, G. Andro, M. Dignat, 2014, 2e édition, 448 pages.

Psychopathologie transculturelle. De l'enfance à l'âge adulte, par T. Baubet, M.R. Moro, 2013, 304 pages.

Crise et urgence à l'adolescence, par P. Duverger, M.-J. Guedj, 2013, 352 pages.

Psychopathologie de l'intersubjectivité, par N. Georgieff, M. Speranza, 2013, 272 pages.

Enfance et psychopathologie, par D. Marcelli, D. Cohen. 2012, 9e édition, 688 pages.

Adolescence et psychopathologie, par D. Marcelli, A. Braconnier, 2013, 8e édition, 688 pages.

Psychopathologie en service de pédiatrie, par P. Duverger, 2011, 656 pages.

Le geste suicidaire, par V. Caillard, V. Chastang, 2010, 376 pages.

Psychopathologie de la scolarité. De la maternelle à l'université, par N. Catheline. 2012, 3e édition, 432 pages.

L'attachement. Approche théorique, par N. Guédeney, A. Guédeney. 2010, 3e édition, 256 pages.

L'attachement. Approche clinique, par N. Guedeney, A. Guedeney. 2010, 3e édition, 256 pages.

Introduction à la psychopathologie, par A. Braconnier, E. Corbobesse, F. Deschamps et coll. 2006, 352 pages.

Autres ouvrages :

Manuel de psychologie et de psychopathologie clinique générale, par R. Roussillon et coll. 2007, 720 pages.

Manuel de psychiatrie, coordonné par J.-D. Guelfi et F. Rouillon. 2012, 888 pages.

Le développement psychique précoce, de la conception au langage, par B. Golse, M.R. Moro. 2014. 360 pages.

Petite enfance et psychopathologie

Antoine GUEDENEY

Avec la collaboration de :
Julie Le FOLL
Laure VANNIER
Sylvie VIAUX-SAVELON
Jaqueline WENDLAND

ELSEVIER
MASSON

Ce logo a pour objet d'alerter le lecteur sur la menace que représente pour l'avenir de l'écrit, tout particulièrement dans le domaine universitaire, le développement massif du « photo-copillage ». Cette pratique qui s'est généralisée, notamment dans les établissements d'enseignement, provoque une baisse brutale des achats de livres, au point que la possibilité même pour les auteurs de créer des œuvres nouvelles et de les faire éditer correctement est aujourd'hui menacée.
Nous rappelons donc que la reproduction et la vente sans autorisation, ainsi que le recel, sont passibles de poursuites. Les demandes d'autorisation de photocopier doivent être adressées à l'éditeur ou au Centre français d'exploitation du droit de copie : 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris. Tél. 01 44 07 47 70.

Tous droits de traduction, d'adaptation et de reproduction par tous procédés, réservés pour tous pays.
Toute reproduction ou représentation intégrale ou partielle, par quelque procédé que ce soit, des pages publiées dans le présent ouvrage, faite sans l'autorisation de l'éditeur est illicite et constitue une contrefaçon. Seules sont autorisées, d'une part, les reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective et, d'autre part, les courtes citations justifiées par le caractère scientifique ou d'information de l'œuvre dans laquelle elles sont incorporées (art. L. 122-4, L. 122-5 et L. 335-2 du Code de la propriété intellectuelle).

© 2014, Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.
ISBN : 978-2-294-73420-5
e-book ISBN : 978-2-294-73491-5

Elsevier Masson SAS, 62, rue Camille-Desmoulins, 92442 Issy-les-Moulineaux cedex
www.elsevier-masson.fr

Liste des collaborateurs

Antoine Guedeney, chef du service de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent de l'hôpital Bichat Claude Bernard APHP Paris, professeur de psychiatrie de l'enfance et de l'adolescence, université Paris VII-Denis Diderot. *Past president* de l'Association mondiale de santé du nourrisson (WAIMH).

Avec la collaboration de :

Julie Le Foll, pédopsychiatre, service de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent, hôpital Bichat Claude Bernard APHP Paris.

Laure Vannier, interne en pédopsychiatrie, service de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent, hôpital Bichat Claude Bernard APHP Paris.

Sylvie Viaux-Savelon, pédopsychiatre, service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, hôpital de la Pitié-Salpêtrière APHP Paris.

Jaqueline Wendland, psychologue clinicienne à l'unité petite enfance et parentalité Vivaldi, service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, hôpital de la Pitié-Salpêtrière APHP Paris ; maître de Conférences HDR, Université Paris Descartes - Institut de psychologie, Paris.

Remerciements à Virginie Palin, policlinique Ney Bichat Claude Bernard

Préface

Ce nouveau manuel de psychopathologie du bébé est important car il rend compte, de façon très détaillée, des connaissances sur le formidable développement psychologique précoce : la psychopathologie de l'enfant commence non seulement avant l'âge de six ans, mais encore avant l'âge de trois ans !

La première partie concerne l'histoire de la psychiatrie du bébé, histoire qui remonte au treizième siècle. J'applaudis à cet accent mis par Antoine Guedeney sur l'histoire de la discipline et des disciplines associées, car cette histoire reflète précisément la difficulté étonnante de nos collègues à accepter le fait – observé aussi bien que filmé depuis plus de deux siècles – que le bébé peut être malade psychiquement et souffrir des troubles de la relation. Non moins difficile à accepter fut la preuve que le bébé se souvient de ce qu'il a vécu, bien avant d'être capable de communication verbale. On trouve ainsi un historique de la difficile reconnaissance de la carence de soins maternels, de la dépression précoce, de la douleur physique chez le bébé, des liens entre troubles relationnels et troubles somatiques, mais aussi une histoire de l'avènement de la psychologie du développement, de l'orthophonie et de la psychomotricité, dans lesquelles la France tint un rôle important. On note la reconnaissance du rôle majeur de pionnières comme Myriam David, Geneviève Appell, Jenny Aubry ou Marcelle Geber, au milieu de figures plus connues comme celles de Julian de Ajuraguerra, de Michel Soulé et de Serge Lebovici.

Le parcours développemental de la psychiatrie du bébé décrit par l'auteur rend compte aussi de la compréhension graduelle du lien entre le bien-être psychique du tout jeune enfant, son intelligence cognitive, sa motricité et son langage, lien dont la signification clinique est mis en exergue par la pertinence de l'approche multidisciplinaire dans l'évaluation et la thérapeutique des troubles de la petite enfance.

Ce manuel a d'autant plus de valeur qu'il montre la complexité du déroulement de la psychopathologie à partir de la toute petite enfance, sans se confiner à une approche purement psychologique ou purement biologique : « Le modèle de la psychopathologie passe ainsi d'un mode dyadique et causal direct, où la psychopathologie est la conséquence des troubles de la relation mère-enfant, ou du fonctionnement mental parental, à un module séquentiel et systémique, familial, procédant par étapes, en fonction de l'intensité des facteurs de risque et de résilience, et sur un modèle de susceptibilité épigénétique influencé par l'environnement ». Cette ouverture d'esprit des auteurs se reflète tout autant dans la revue

de théoriciens et chercheurs contemporains, comme Daniel Stern, ou Colwyn Trevarthen, entre autres.

La seconde partie du livre se penche sur les troubles de la petite enfance. À nouveau, les auteurs ont le mérite de décrire la complexité des situations cliniques, et ils nous préviennent du danger de faire un lien simpliste de cause à effet entre troubles de la petite enfance et troubles de la relation mère-bébé. L'hypothèse psychopathologique ne vient qu'après-coup, après une évaluation soigneuse, et ne cherche pas à établir un lien causal toujours complexe. Le « Comment » et le « Quoi » du processus de l'évaluation sont décrits très en détail, avec une attention particulière au « setting », à l'effet thérapeutique du processus d'évaluation en lui-même, aux outils qui permettent la quantification et l'objectivation des observations cliniques (base nécessaire à toute recherche clinique). L'idée de poser un diagnostic à la suite du processus d'évaluation est évidente pour les pédopsychiatres, souvent moins pour les autres professions. L'approche médicale a l'avantage de permettre le dialogue, très souvent nécessaire, entre les pédiatres et les professionnels de santé mentale. Ne pas craindre de poser un diagnostic médical (la peur de l'étiquetage du bébé), somatique comme psychologique, est la façon, à mon avis, non seulement de dépasser le clivage psyché-soma, mais aussi et surtout, d'insister sur la pertinence de la psychiatrie du bébé et de conduire des études longitudinales sur le devenir des troubles du développement au cours des années de l'enfance et de l'adolescence.

À la suite de la description des troubles, les différentes approches thérapeutiques sont clairement décrites, ainsi que certaines situations cliniques et sociojudiciaires particulières, et rarement traitées dans ce type d'ouvrage, comme le cancer pendant la grossesse, ou une description des risques psychologiques et développementaux liés à la prématurité que l'on ne trouve habituellement qu'en pédiatrie.

Pour conclure, ce manuel de psychopathologie du bébé constitue un apport très important à la littérature professionnelle existante, car il offre en langage clair et accessible à tout professionnel de santé une vue élargie, tant sur le plan théorique que sur le plan clinique et pratique. De plus, ses nombreuses références à des études internationales ouvrent aux lecteurs francophones un champ de références souvent inconnues du fait des barrières linguistiques.

Miri Keren, MD
Présidente de la WAIMH
(Association mondiale de santé du nourrisson)

1 L'avènement de la psychiatrie du bébé : d'Itard à Bowlby

La psychopathologie du jeune enfant (0 à 3 ans) est une discipline très récente. On peut retrouver chez certains pionniers l'idée selon laquelle les très jeunes enfants sont capables de bien plus que ce que l'on soupçonne habituellement, et qu'il puisse exister des signes précoces de souffrance mentale. Jean Itard inaugure avec la description de l'enfant sauvage non seulement l'étude des effets de la carence de soins, mais aussi de la pédagogie adaptée à la pathologie du développement. La conversion dite hystérique précoce, chez les jeunes enfants, est décrite dès le XIX^e^ siècle, où règne surtout l'idée de la dégénérescence comme physiopathologie du retard mental et des troubles mentaux des enfants. Cependant, ce n'est pas avant le début du XX^e^ siècle qu'on observe les premières descriptions des effets des carences de soins chez les jeunes enfants.

Cyrille Koupernik fut en France un des premiers développementalistes modernes. Il rappelle qu'au XIII^e^ siècle, Frédéric II, roi de Sicile, veut savoir quelle est la langue qui vient naturellement aux enfants en l'absence de toute stimulation pour le langage. La consigne est alors donnée aux nurses responsables d'un groupe d'enfants de ne jamais leur parler. Tous les enfants mourront. La première étude à caractère scientifique sur les effets de l'isolement remonte à 1801, lorsque le Dr Itard prend en charge un « enfant sauvage » de l'Aveyron, qu'il prénomme Victor. Il démontre alors les capacités à évoluer de cet « enfant sauvage » en privilégiant l'aspect éducatif et l'apprentissage. C'est Itard qui, le premier, met en doute le diagnostic d'« idiotisme incurable » qu'il attribue à un défaut absolu d'éducation. L'histoire de Victor inaugure aussi celle de la déficience mentale et de l'autisme dont il était sans doute atteint. Itard est aussi le pionnier de l'otologie.

À la fin du XIX^e^ siècle, Archambaud et Parrot insistent sur l'importance des facteurs psychologiques dans les désordres présentés par les enfants élevés en institution, c'est-à-dire sans figure d'attachement stable ou suffisante, même si le concept d'attachement doit attendre Bowlby pour être reconnu chez l'enfant. C'est aussi le début de la description des sévices à l'enfant. En 1908, le Dr Chapin, pédiatre américain, décrit les enfants « atrophiques », qui ont été élevés en institution pendant de longues périodes. Il attire le premier l'attention sur le lien entre le retard de croissance, la dépression et l'hygiène chez l'enfant. En 1915, Pfaundler décrit aux États-Unis sous le

© 2014 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

terme d'« hospitalisme » des désordres parmi lesquels il souligne le manque de soins maternels. Il montre que les désordres somatiques présentés par les jeunes enfants ne dépendent pas uniquement d'une baisse des résistances aux infections par manque d'hygiène, mais aussi d'un manque d'interactions entre l'enfant et la mère, sans que ce terme ne soit encore utilisé.

C'est à la fin des années 1930 que les effets délétères d'un placement en institution des jeunes enfants sont abordés dans la littérature psychiatrique, psychanalytique et psychologique internationale. Des psychanalystes américains, David Levy, Stella Chess et Lauretta Bender entre autres, sont les premiers à dénoncer les effets de ce que l'on appelle alors l'*institutionalization*. La première description de « l'indifférence affective » d'un jeune enfant à la suite d'une séparation serait celle de David Levy, publiée à New York en 1937 dans l'*American Journal Of Orthopsychiatry*. Le titre de l'article est « Besoin primitif d'affection » (*Primary Affect Hunger*). Il est le premier à utiliser les termes de « déprivation maternelle » et de « carence de soins maternels » que Spitz et surtout Bowlby reprendront et préciseront par la suite.

À cette époque, Harold Skeels s'occupe en Iowa du Child Research on Children Station. Il est le premier à remarquer l'effet négatif du séjour en institution sur le développement du langage. Il a l'idée de faire appel à des volontaires de l'asile pour s'occuper à temps partiel des enfants abandonnés, et il observe que ce dispositif fait augmenter leur QI de trente points (étude citée par Karen, 2005). Pour ce travail de pionnier, il recevra une distinction des mains d'un enfant passé dans l'institution où ce dispositif avait été mis en place, et devenu un chercheur en développement.

C'est après la Seconde Guerre mondiale que se cristallise la question de la perte et de la séparation chez le jeune enfant et celle de leurs effets sur son développement. Pour la première fois dans l'histoire de l'humanité, la guerre n'épargne pas les populations civiles et prend aussi pour cible les femmes et les enfants. On peut y voir un souci de réparation dans la prise en compte, après la guerre, des effets de la séparation précoce et dans l'avènement de la théorie de l'attachement. En Angleterre aussi, Anna Freud et Dorothy Burlingham vont décrire les effets terribles de la séparation durable chez les très jeunes enfants, lors du Blitz de Londres. À cette occasion, Anna Freud parlera d'un besoin primaire d'attachement et de la nécessité de le respecter, plus encore que de protéger l'enfant des bombes. Après la guerre, Anna Freud dira à Bowlby qu'« il eût mieux valu que chacune des puéricultrices prenne un enfant chez elle, et que l'on ferme la *nursery de Hampstead* », indiquant ainsi que le danger des bombes était moindre et en tout cas moins sûr que celui des effets dévastateurs de la séparation précoce sur de jeunes enfants.

Winnicott et Bowlby participent aussi à l'éloignement des enfants des zones de conflit et à leur suivi. Cette expérience les marquera, mais ils en tireront des concepts différents. Pour Winnicott, ce sera la notion de

comportement antisocial et l'analyse de la signification du vol comme tentative de récupération de soins maternels, bons mais insuffisants ou interrompus. Bowlby s'appuiera sur cette expérience pour décrire les effets de la carence de soins maternels et pour montrer l'importance de l'attachement.

En 1946, René Spitz décrit la dépression anaclitique et l'hospitalisme. Ces deux notions, en parallèle avec la description de l'autisme infantile par Léo Kanner, peuvent être considérées comme le début de la psychiatrie de l'enfant moderne. La dépression anaclitique et l'hospitalisme traduisent les effets de séparations partielles ou complètes, brusques, chez de très jeunes enfants, sans substitution, et que l'on décrirait maintenant en termes de rupture ou d'altération de liens d'attachement en voie de constitution, au moment de la période de focalisation sur la figure d'attachement principale, et en l'absence de figure d'attachement substitutive. Il observe ces tableaux cliniques réactionnels dans une prison pour femmes où les mères vivaient constamment avec leur bébé jusqu'à ce que le règlement impose le séjour du bébé en nurserie (Spitz, 1954). Spitz réalise des films, impressionnants, qui suscitent un débat vif dans sa société de psychanalyse new-yorkaise et ailleurs, mais qui permettent de convaincre ceux qui veulent voir la réalité de la souffrance psychique précoce en cas de séparation et de carence. En France, Clément Launay critique les travaux de Spitz, estimant que si le tableau de la dépression anaclitique ne peut être mis en doute, il « apparaît aux pédiatres habitués aux services hospitaliers et aux maisons d'enfants comme très rarement réalisé » (Launay, 1956). On objectera à Spitz que seule une partie des enfants montrent un tableau de dépression anaclitique (un peu plus de 50 %), et qu'il pourrait s'agir par ailleurs de troubles neurologiques ou génétiques. Cette observation est juste, mais elle participe à un déni de la psychopathologie liée à la carence et à la séparation, en ignorant la réalité de la sensibilité du jeune enfant aux carences brusques et/ou durables.

L'histoire et les développements de la théorie de l'attachement

La question du caractère primaire de l'attachement avait déjà été soulevée par un certain nombre de précurseurs. En Europe, on peut citer d'abord le hongrois Himre Hermann, compatriote de Ferenczi, qui défend l'idée d'un besoin primaire d'agrippement, en référence aux primates, dans une perspective très moderne pour l'époque d'utilisation des données éthologiques dans la compréhension du développement affectif. Fairbairn est le premier psychanalyste à proposer un abandon de la théorie des pulsions. Il existe donc tout un groupe de psychanalystes anglais qui défendent, dès l'avant-guerre, dans les années 1930, une opinion qui va à l'encontre de la théorie

de l'étayage de Freud (le bébé s'attacherait à sa mère parce qu'elle le nourrit et apaise ses tensions), et qui se retrouvent pour la plupart dans le groupe des Indépendants britanniques. Balint, autre psychanalyste anglais d'origine hongroise, est quant à lui l'auteur du concept d'amour primaire.

John Bowlby

John Bowlby naît en 1907, dans un milieu aisé mais peu attentif affectivement. Le père de Bowlby est un chirurgien réputé. John Bowlby est envoyé tôt en internat pour familles huppées, et il dénoncera plus tard les effets de ces séjours en institution sur la psychologie des jeunes garçons. Il s'oriente vers la médecine, mais interrompt ses études pendant un an pour travailler dans une institution du type de Summer Hill, dans le Norfolk, où, sous l'influence du directeur, John Alford, un ancien vétéran de la Première Guerre ayant aussi fait l'expérience de la psychanalyse, il observe les liens entre les troubles du comportement et l'histoire des enfants. Le lien entre troubles des conduites et histoire d'attachement d'un enfant est donc ancien chez Bowlby. Par ailleurs, il commence en 1929 une analyse de sept années avec Joan Rivière, proche de Mélanie Klein, mais avec qui il s'entend mal. En 1938, une supervision psychanalytique avec Mélanie Klein elle-même tourne court : la mère du jeune patient étant hospitalisée pour dépression, Mélanie Klein refuse de s'intéresser à cet aspect de la réalité de la vie de l'enfant ; ceci scandalise Bowlby, qui pense déjà au rôle possible de la dépression maternelle dans les troubles de son jeune patient. La guerre survient et permet d'éviter une confrontation directe, laquelle n'en sera ensuite que plus dure. Bowlby s'occupe, avec Winnicott, du suivi des enfants placés loin de leurs familles. En 1940, il publie son étude sur 44 jeunes voleurs, leur personnalité et leur vie de famille, que l'on peut considérer comme la première étude clinique moderne de pédopsychiatrie (trad. française dans *La Psychiatrie de l'enfant*. 2006;49(1):7-123.).

En 1948, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) demande à Bowlby un rapport sur les enfants orphelins, un problème majeur dans l'Europe de l'après-guerre. Bowlby part pour le continent et les États-Unis. Il rencontre Myriam David et Geneviève Appel, seules françaises avec Jenny Aubry à être citées dans son célèbre rapport de 1955, « Soins maternels et santé mentale ». Il y insiste sur l'abondance des faits étayant les effets de la carence de soins maternels, qui donnent lieu ultérieurement à des relations affectives superficielles, à une absence de concentration intellectuelle, à une inaccessibilité à l'autre, au vol sans réel motif, à l'absence de réaction émotionnelle. L'impact du rapport à l'OMS fut énorme. Il rendit Bowlby célèbre et le plaça aussi au centre de la polémique, avec les féministes, avec les personnels hospitaliers et avec ses collègues psychanalystes.

En 1946, Bowlby travaille à la Tavistock Clinic de Londres où il engage James Robertson, un travailleur social en formation analytique, pour faire l'observation des effets de la séparation en milieu hospitalier. C'est avec Robertson qu'il décrit les trois phases évolutives de la séparation durable chez le jeune enfant : protestation, désespoir, puis détachement, séquence clé du déclenchement de la psychopathologie de la carence et de la séparation. Le film sur Laura, en 1952, *A Two Years Old Goes To Hospital* est accueilli avec suspicion, tant par Klein ou Bion que par les pédiatres, mais il bouleverse beaucoup de professionnels. Il conduira progressivement à une prise de conscience et à la modification des pratiques hospitalières. En 1969, *John Goes To Nursery* n'est cependant pas mieux reçu, et les dénégations sont très vives quant aux effets de la séparation sur les jeunes enfants. Pourtant, Bowlby et Robertson avaient été eux-mêmes surpris de l'intensité de la détresse montrée par John, âgé de 18 mois, lors de la séparation de huit jours d'avec sa mère, à l'occasion de l'accouchement de celle-ci. John est accueilli dans une crèche universitaire de bonne qualité, mais il n'a jamais eu l'expérience d'une séparation prolongée, et la crèche ne lui est pas familière. Bowlby et Robertson filment tous les jours à la même heure le comportement de John. Dans une perspective kleinienne, Bion attribue la détresse de John à son envie, activée par la grossesse de sa mère. La Société britannique de psychanalyse est alors en plein conflit entre les partisans d'Anna Freud et ceux de Mélanie Klein. Bowlby est tenu à l'écart, durement critiqué pour sa remise en cause radicale de la théorie des pulsions et pour avoir cherché ses modèles dans la cybernétique, les sciences cognitives et l'éthologie, et non dans la métapsychologie freudienne. René Spitz n'est pas le dernier à l'attaquer, de façon parfois très personnelle et violente. Il existe sans doute une grande rivalité intellectuelle entre les deux hommes, qui éclairent cependant tous deux le développement psychologique précoce. La Société britannique de psychanalyse offre à Bowlby un hommage posthume en 1990, et regrette son attitude d'exclusion face à la théorie de l'attachement (Rayner, 1990).

Mary Salter Ainsworth et la situation étrange

C'est une psychologue canadienne, Mary Salter Ainsworth, qui donnera à la théorie de l'attachement de Bowlby un prolongement expérimental et une audience scientifique considérable. Peu de situations expérimentales comme celle de la situation étrange peuvent prétendre avoir joué un tel rôle paradigmatique et exercé une telle influence. Jeune diplômée de psychologie, Mary Ainsworth suit son mari à Londres et y répond à l'annonce de Bowlby à propos d'une recherche sur la séparation. Elle aide Bowlby à répondre aux attaques sur la théorie de l'attachement et sur les effets de la séparation précoce prolongée. En 1954, elle part avec son mari en Ouganda, à Kampala, et y commence, sans aucun moyen public, une étude

d'observation en milieu naturel de 28 bébés non sevrés, dans les villages alentour. Son observation la convainc de la justesse des thèses de Bowlby sur le caractère primaire de l'attachement. Le livre *Infancy In Uganda* (publié seulement en 1967) est le premier à proposer un schéma de développement de l'attachement, en cinq phases ; c'est alors qu'elle propose le concept de base de sécurité (*Secure Base*). De retour aux États-Unis, Ainsworth reprend l'étude ougandaise de façon plus systématique, avec 26 familles. Cherchant à comparer les deux populations, elle propose alors une situation standardisée en sept épisodes de séparation et de réunion, qui aura le succès que l'on sait, le plus grand sans doute en psychologie du développement. La mise en œuvre de cette situation lui permet de décrire trois types principaux de réactions à la situation étrange. Ses études très détaillées des relations mère-enfant lui donnent l'intuition de la relation entre ces catégories d'attachement et le style de maternage correspondant.

Inge Bretherton, Everett Waters et surtout Alan Sroufe sont des élèves ou des continuateurs d'Ainsworth en Amérique, et responsables de l'étude longitudinale de l'attachement dans le Minnesota (*Minnesotta Attachment Longitudinal Study*). Cette étude longitudinale montre les corrélations de l'attachement sécure avec les relations aux pairs et avec la capacité d'ajustement aux exigences du milieu scolaire. En 1974, Byron Egeland débute une autre étude longitudinale, dans le même état, avec un échantillon de 267 jeunes femmes enceintes de milieu défavorisé. Les études du Minnesota montrent la puissante influence prédictive de la sécurité de l'attachement précoce sur le développement social et interpersonnel ultérieur et sur la personnalité de l'enfant. Cette valeur prédictive donne, aux États-Unis et en Angleterre, un impact considérable à la théorie de l'attachement, qui devient un paradigme reconnu et un domaine de recherche extrêmement prolifique.

Mary Main et l'Adult Attachement Interview (AAI)

À Berkeley, en Californie, une élève d'Ainsworth, Mary Main, sera à l'origine d'un autre développement majeur : le Berkeley Adult Attachment Interview. Main et ses collaborateurs sont frappés par les correspondances entre la classification de la sécurité de l'attachement de l'enfant, évaluée par la situation étrange, et les récits des parents. Là encore, c'est un nouvel instrument, l'Adult Attachment Interview (AAI), construit par George, Kaplan et Main, qui ouvrira une nouvelle dimension de la recherche et permettra d'interroger désormais le niveau des représentations. Les élèves de Main vont jouer un rôle important pour développer et appliquer l'AAI à l'étude de la psychopathologie de l'enfant et de l'adulte, et en particulier à celle de la transmission intergénérationnelle de l'attachement. Dès lors, la théorie de l'attachement va connaître une intense diffusion, surtout dans les pays de culture anglo-saxonne, beaucoup moins dans ceux de culture latine, du moins là où l'influence psychanalytique est forte.

L'attachement en France

Les sociétés françaises de psychanalyse sont encore loin de ce type de reconnaissance. Le débat s'ouvre grâce au « Colloque imaginaire », organisé par René Zazzo, auquel participent, parmi les psychanalystes : Daniel Widlöcher, plutôt partisan des thèses de Bowlby et qui proposera plus tard à ses collègues psychanalystes français un abandon de la théorie des pulsions ; Serge Lebovici, plus ambivalent vis-à-vis de l'attachement, mais qui reconnaît le caractère novateur de la théorie et l'intérêt des modèles éthologiques ; et Didier Anzieu qui proposera sa théorie du Moi-peau et cherchera une synthèse dans l'idée d'une pulsion d'attachement.

Finalement, la théorie de l'attachement apparaît bien comme le concept clef de la deuxième moitié du XX^e siècle, en psychopathologie et en psychologie. Il est né dans la violence des effets des séparations et des carences précoces, au croisement des apports de la psychanalyse, de l'éthologie, des sciences cognitives, de l'informatique et de la cybernétique, avec ceux de l'observation, de la reconstruction et de la mise en récit. Peu de théories ont eu un tel impact et une telle capacité de stimuler la recherche, une telle valeur prédictive sur des aspects majeurs du comportement social et relationnel de l'enfant, une telle puissance d'explication des phénomènes de transmission entre générations, une telle capacité à remodeler la conception de la psychopathologie et une telle dynamique d'évolution. Son inventeur, John Bowlby apparaît ainsi comme l'un des esprits les plus féconds de la psychopathologie du XX^e siècle. Peu de cliniciens auront laissé une empreinte aussi profonde et auront eu une influence aussi forte sur la pensée et les attitudes vis-à-vis de la petite enfance, de la séparation, du deuil et des liens interindividuels.

L'avènement de la pédopsychiatrie puis de la psychiatrie du jeune enfant en France

On peut dater les débuts de la psychiatrie infantile universitaire française à 1925, avec la création de la Clinique annexe de neuropsychiatrie. La première chaire de pédopsychiatrie de plein exercice, dont le premier titulaire était Georges Heuyer, remonte seulement à 1948. Heuyer fut un élève de Dupré. Il travaille d'abord à l'hôpital Necker Enfants Malades où, le premier, il a l'idée de confier à une danseuse classique l'approche corporelle en thérapie d'enfants en utilisant le rythme comme mode rééducatif ; en somme, les débuts de la psychomotricité, ce qu'il poursuivra à la Salpêtrière. Il introduit en France les psychanalystes auprès d'enfants, avec Sophie Morgenstern, en 1926, puis avec Serge Lebovici, Roger Misès, Jean-Louis Lang, Pierre Mâle, qui deviendront les grandes figures de la pédopsychiatrie française. La pratique clinique est alors très marquée par la psychanalyse de l'enfant,

introduite en France par Édouard Pichon (*Le développement psychique de l'enfant et de l'adolescent*, en 1947). Cette influence de la psychopathologie psychanalytique restera prédominante en France en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, au moins jusqu'aux années quatre-vingt. Le premier Centre médico-psychopédagogique (CMPP) date de 1946, établi sous l'impulsion de Georges Mauco et de Juliette Favez-Boutonnier.

Serge Lebovici, Julian de Ajuriaguerra, René Diatkine, Michel Soulé et la création des intersecteurs de psychiatrie infanto-juvéniles

À partir de 1954, Philippe Paumelle et Serge Lebovici créent une institution originale, d'abord dans le 18e, puis dans le 13e arrondissement de Paris, axée sur le centre de consultations, en se fixant comme objectifs : la continuité des soins pour une population limitée (le secteur géographique), la constitution d'équipes dirigées par des psychanalystes et l'idée d'un travail dans la communauté. C'est le centre de santé mentale infantile du 13e arrondissement (Centre Alfred Binet). Cet organigramme sera repris comme modèle par les pouvoirs publics lors des réflexions sur la psychiatrie infantile. Il sera officiellement reconnu en 1972 par la création des secteurs (adultes) et des intersecteurs (enfants). L'équipe de l'intersecteur de psychiatrie infanto-juvénile est alors responsable de l'ensemble des problèmes de santé mentale de la population d'enfants et d'adolescents concernés. Elle joue un rôle de diagnostic, de traitement, mais aussi de dépistage et de prévention.

Les grands noms de la pédopsychiatrie française que sont Michel Soulé, Serge Lebovici, Julian de Ajuriaguerra, et René Diatkine, ont joué un rôle majeur comme théoriciens de la clinique du jeune enfant, comme fondateurs d'institutions, comme pédagogues et comme auteurs de livres marquants. Un livre écrit en commun à l'instigation de Serge Lebovici aura un grand retentissement en France et dans les pays francophones : c'est *L'Enfant du désordre psychosomatique* coécrit par Michel Soulé, Léon Kreisler et Michel Fain.

Serge Lebovici (1915-2000)

Par son charisme, l'originalité de son activité clinique, son entregent et son *leadership*, Serge Lebovici est sûrement le pionnier le plus important de la psychiatrie du bébé en France. Élève de Heuyer à la Salpêtrière, fils d'un médecin juif d'origine roumaine, il se voit écarté de l'hôpital public et de la carrière universitaire pendant la guerre. Il fait une psychanalyse courte et active avec Sacha Nacht et en gardera un style d'intervention en accord avec sa personnalité, empathique, actif et ouvert. Entrepreneur autant que clinicien d'exception, il ouvre le champ de la psychiatrie de l'enfant à celui du bébé, et aux apports de la psychologie du développement. Il introduit en France les débats de la littérature internationale, et surtout anglo-saxonne,

sur les classifications diagnostiques, auxquelles les cliniciens français sont alors très hostiles, sur l'attachement, et il participe au débat organisé par Zazzo sur les thérapies précoces mère-bébé. Il sera le premier président français de la WAIPAD (World Association for Infant Psychiatry and Allied Disciplines), après le congrès de Cannes qu'il organise et qui inaugure en France l'intérêt pour le développement et la psychopathologie précoces. Nommé tardivement professeur de pédopsychiatrie, il ouvre à Bobigny une consultation mère-bébé et un enseignement spécifique. Il anime aussi le Réseau INSERM mère-bébé et invite Daniel Stern, Bertrand Cramer et d'autres personnalités étrangères à réfléchir avec les chercheurs et cliniciens français. C'est aussi Serge Lebovici qui demande à Tobie Nathan, élève de l'ethnopsychiatre George Devereux, d'ouvrir à Avicenne une consultation d'ethnopsychiatrie qui recevra bientôt des parents et de jeunes enfants.

Michel Soulé (1922-2012)

Michel Soulé, d'abord pédiatre puis pédopsychiatre, plus jeune que Serge Lebovici, avec lequel il fait une analyse, ouvre à l'Institut de Puériculture de Paris (IPP) le premier hôpital de jour pour jeunes autistes. Il initie également le travail de psychiatrie de liaison avec la néonatologie pour le suivi des prématurés et de leurs parents, puis avec la médecine fœtale, et met en place le premier centre intégrant la pédopsychiatrie, la psychiatrie d'adultes, et l'Aide sociale à l'enfance (ASE) pour des actions de prévention et d'intervention précoces. Les travaux de Lebovici et de Soulé sont discutés et poursuivis en Suisse par Bertrand Cramer, et par Daniel Stern, théoricien majeur du développement précoce, qui vient travailler à Genève dans les années 70, et par leurs élèves, Bernard Golse, Daniel Sibertin-Blanc, Gérard Schmit, Marie Rose Moro, Daniel Marcelli, Martine Lamour, et Antoine Guedeney. Serge Lebovici écrit avec Françoise Weil Halpern en 1987 le premier manuel français de psychiatrie du bébé.

Les pionnières de la psychiatrie du jeune enfant en France

La psychiatrie du jeune enfant a été initiée en France par quelques grandes pionnières, autour de la question de la séparation et de la carence de soins maternels. Il s'agit de Jenny Aubry-Roudinesco, de Myriam David et de Geneviève Appel, d'Alice Doumic-Girard et de Marcelle Geber (Dugravier et Guedeney, 2006).

Jenny Aubry-Roudinesco (1903-1987)

Jenny Aubry-Roudinesco suit une formation initiale de pédiatre et de neurologue. Elle est interne, puis chef de clinique de 1935 à 1939, dans le service du Pr Heuyer, où elle côtoiera Sophie Morgenstern, la première psychanalyste à s'occuper d'enfants en France. Entre 1939 et 1968, elle est médecin-chef de différents services de pédiatrie. C'est ainsi qu'elle reçoit la

charge de la Fondation Parent de Rosan, pouponnière pour enfants de 0 à 3 ans dans le 16e arrondissement de Paris, et qui fonctionne toujours sous l'égide de l'ASE. Plus tard, elle sera responsable de la polyclinique du boulevard Ney où travailleront Daniel Widlöcher, comme interne, et Françoise Dolto comme consultante. Jenny Roudinesco s'intéresse très vite au développement du jeune enfant. Elle est avec Alice Doumic-Girard une des rares pédopsychiatres hospitalières françaises à voyager aux États-Unis, afin d'y étudier l'organisation de la psychiatrie de l'enfant. Elle participe au premier congrès de psychiatrie infantile qui se tient à Londres en 1948. Elle y rencontre Anna Freud et, forte de ses encouragements, s'engage dans la psychanalyse de l'enfant à partir de 1950. Par la suite, elle est en supervision avec Jacques Lacan qu'elle suivra dans sa scission et dans la création d'un groupe lacanien indépendant de l'IPA. Jenny Aubry-Roudinesco est à l'origine de nombre de pratiques innovantes de la psychiatrie infantile en France. Elle crée le premier placement familial spécialisé en 1950, que Myriam David perfectionnera. Elle organise la première consultation inspirée de la psychanalyse au sein d'un service de pédiatrie en 1963, et y introduit dès le début un instituteur. Surtout, elle est la première en France à s'intéresser de façon rigoureuse, par le biais de la recherche clinique, aux conditions de vie des enfants placés en institution et à démontrer les conséquences néfastes de la carence affective. Pour cela, dès 1950, Jenny Roudinesco, Myriam David et Geneviève Appell travaillent en collaboration étroite avec l'équipe londonienne de John Bowlby à la Tavistock Clinic, avec l'aide financière du Centre international de l'enfance (CIE), à une étude des « effets produits sur le développement de la personnalité de l'enfant lorsqu'il est séparé de sa mère au cours du premier âge » (Roudinesco, 1950 ; Robertson, 1952). Ce projet de recherche est né de sa découverte des enfants placés à la Fondation Parent de Rosan. Elle donne lieu à la publication du livre *La carence de soins maternels* (Aubry, 1955).

Marcelle Geber

Désarçonnée par les horreurs de la guerre et par ce qu'elle apprend des camps, Marcelle Geber est prête à abandonner la médecine, n'y trouvant plus de sens. Elle reprend goût à la pratique médicale en prodiguant des soins réguliers aux hommes et femmes rescapés des camps. À Paris, elle rencontre Jenny Aubry-Roudinesco qui l'impressionne par ses qualités d'écoute et la rigueur de son travail. Elle se forme au test de Gesell (test de développement de l'enfant entre 0 et 6 ans), qu'elle fera passer aux enfants de la Fondation Parent de Rosan, ce qui était alors une pratique clinique très inhabituelle (Roudinesco et Geber, 1951). Elle écrit sa thèse, *L'échec scolaire des enfants surdoués*, en 1950, sous la direction de Jenny Roudinesco. Elle participe aussi à la création des premiers Centres de guidance infantile, dont le premier ouvrira à l'Institut de Puériculture de Paris. En 1954, à la demande

de l'OMS, et grâce au soutien de Jenny Aubry, elle s'engage dans une étude en Ouganda, en Afrique, sur les relations entre mère et enfant victime d'une malnutrition protéino-calorique grave, le kwashiorkor. Elle décrit la première thérapie psychologique d'un enfant atteint de kwashiorkor. Elle réalise pour Mary Ainsworth des tests de Gesell sur les 24 enfants suivis à Kampala, qui seront à la base de la description par Ainsworth du développement de l'attachement. En 1998, Serge Lebovici et Antoine Guedeney, respectivement président et secrétaire général de la World Association for Infant Psychiatry & Allied Disciplines (WAIPAD, qui deviendra la WAIMH, World Association for Infant Mental Health) lui proposent une mission en Afrique sur la malnutrition, sous l'égide de Médecins sans Frontières (MSF).

Myriam David (1917-2004)

Née en 1917, de formation pédiatrique, Myriam David passe sa thèse de médecine en 1939, deux jours avant la rafle du Vélodrome d'Hiver, avant de ne plus pouvoir exercer en raison des mesures anti-juives. Elle entre dans la Résistance et dirige deux réseaux de fabrications de fausses identités, pendant deux ans. Elle est arrêtée fin 1943 et déportée à Auschwitz-Birkenau. Elle y survit et regagne Paris en juin 1945. Un an plus tard, grâce à une bourse de l'Aide alliée à la Résistance française, elle séjourne aux États-Unis jusqu'en 1950. Elle y rencontre Alice Doumic et T. Berry Brazelton. Elle travaille d'abord à Baltimore dans le service de Léo Kanner, qui vient de décrire l'autisme infantile ; elle y suit ses présentations cliniques, ce qui la conforte dans son idée d'être psychiatre. Elle se forme ensuite à Boston auprès d'enfants d'âge préscolaire à la Judge Baker Guidance Clinic ainsi qu'au Child Center James Jackson Putnam. L'ensemble du personnel de ces différentes institutions étant alors en formation analytique, les enfants admis bénéficient d'une psychothérapie quotidienne, ainsi que de prises en charge en petits groupes. Tous les intervenants sont supervisés individuellement de façon hebdomadaire. Cette organisation institutionnelle inspirera fortement ses travaux ultérieurs, et ses créations d'institutions. À son retour, Jenny Aubry-Roudinesco, rencontrée aux États-Unis lui propose de prendre en charge la recherche à la Fondation Parent de Rosan. Au cours de cette recherche, elle s'intéresse à la formation des assistantes sociales, à partir de ce qu'on appelle alors le *case-work*, qui combine aide sociale matérielle pure et accompagnement psychologique, un mode de formation développé aux États-Unis. Elle crée ainsi un cycle de formation de deux ans. Puis elle fait évoluer cette formation en un séminaire transdisciplinaire ouvert aux éducateurs et aux puéricultrices.

À partir de 1955, elle entame une étude sur les facteurs de carence affective dans une pouponnière de la banlieue parisienne, en collaboration avec Geneviève Appell, psychologue rencontrée au sein de la Fondation Parent de Rosan. Cette étude est financée par l'OMS grâce au soutien de John Bowlby qui

apprécie leur travail depuis leurs rencontres tout au long des années 1950 à 1953. C'est dans le cadre de cette étude qu'elles développent le concept de « patterns d'interactions ». Par la suite, elles découvrent le travail de l'Institut Lóczy de Budapest, une pouponnière expérimentale, qu'elles contribuent à faire connaître, car Loczy leur apparaît comme une institution remarquablement peu carentielle pour les bébés.

En 1959, Serge Lebovici lui demande de le rejoindre dans le secteur du 13e arrondissement, dans ce qui deviendra le Centre Alfred Binet, pour y fonder le centre Rothschild de soins à domicile. C'est en travaillant avec le service de psychiatrie d'adultes auprès de mères psychotiques qu'elle perçoit la différence entre les bébés carencés et les bébés de mère psychotique. Elle écrit alors deux articles où elle expose ses vues sur la différence de comportement chez un nourrisson selon qu'il est exposé à des facteurs carentiels ou qu'il est confronté à une mère psychotique.

En 1966, avec le soutien de Serge Lebovici, elle fonde et dirige le placement familial de Soisy-sur-Seine. Il en résultera un séminaire ainsi qu'un livre de référence, *Le placement familial. De la pratique à la théorie*, publié en 1989 (David, 1989). En 1976, elle crée l'« Unité de Jeunes Enfants » dans le cadre de la Fondation Rothschild. Myriam David apparaît ainsi comme la fondatrice de la psychopathologie précoce en France et de la recherche clinique sur les effets de la psychopathologie parentale.

Geneviève Appel

Geneviève Appel naît en 1924 à Paris. Dès le début de la guerre, sa famille s'engage dans la résistance. En 1946, lors d'un séjour à Londres, elle rencontre John Bowlby grâce à un ami commun. Elle suit les cours de l'Institut de Psychologie. En 1948, elle est engagée par Jenny Roudinesco qui cherche une jeune psychologue pour travailler à la Fondation Parent de Rosan. Les deux premières années sont difficiles, faites de tâtonnements, au cours desquelles, Geneviève Appell et Jenny Roudinesco tentent d'alerter l'opinion médicale en publiant plusieurs articles. Ceux-ci, articulés autour de statistiques, voire de formules mathématiques en sus de descriptions cliniques rigoureuses, sont accueillis avec réticence, comme l'avait été en Angleterre l'article de Bowlby de 1943 sur les 44 jeunes voleurs… Appel et Aubry parviennent finalement à susciter suffisamment d'intérêt pour être subventionnées par le Centre international de l'enfance, ce qui leur ouvre la porte d'une collaboration avec l'équipe londonienne de John Bowlby. L'arrivée de Myriam David, son expérience de la déportation et du camp, son leadership et ses initiatives donnent une cohérence au travail effectué et permettent de comprendre les obstacles et de commencer à les surmonter.

Geneviève Appell se consacre encore aujourd'hui à la diffusion de son expérience de la carence en rédigeant plusieurs articles sur les institutions, les facteurs de carence, le bébé seul, et aussi à travers l'Association Pikler-Lóczy-France.

Dans cette période tumultueuse de l'après-guerre, et pendant près de quarante ans, ces pionnières ont, par leur œuvre commune, comme par leur travail individuel, contribué à la naissance de la psychiatrie infantile en France. Acceptant la marginalité à laquelle les exposaient leurs idées nouvelles et souvent contestées par l'*establishment* psychiatrique, comme par la communauté psychanalytique, elles ont constamment gardé un fil directeur à leur pensée et ont su tirer parti de leurs expériences originales, voire traumatiques. On retiendra comme illustration de leur travail les propos de Myriam David : « La recherche est un moyen formidable d'améliorer la clinique ».

Julian de Ajuriaguerra (1911-1993) et l'avènement de la psychomotricité

Né en 1911 en Espagne, Ajuriaguerra arrive à Paris en 1927. Influencé par le grand neurologue André Thomas, il fait lui aussi une analyse avec Sacha Nacht, figure majeure de la psychanalyse de l'époque. À L'hôpital Sainte-Anne, il promeut l'utilisation d'approches corporelles en psychiatrie de l'enfant. Son équipe se compose de pionniers comme Susanne Borel-Maisonny, Nadine Gallifret-Granjon ou encore René Zazzo. Bloqué dans sa carrière universitaire par sa nationalité espagnole, il part à Genève, et reviendra en France au Collège de France, où il enseigne la psychobiologie du nourrisson jusqu'en 1986.

Ajuriaguerra a bouleversé la psychiatrie de l'enfant en apportant l'étude des fonctionnements et dysfonctionnements nerveux, la notion d'intégration fonctionnelle, la définition de la juste place de la maturation dans le développement psychomoteur et ses interactions avec l'expérience, et enfin, l'importance de la notion d'auto-organisation. Sa contribution de 1959 est considérée comme l'acte fondateur de la psychomotricité. Il isole et définit les troubles psychomoteurs en intégrant les apports de la neuropsychiatrie (Dupré), de la psychologie génétique (Wallon, le « dialogue tonique »), de la phénoménologie (Merleau-Ponty), et de la psychanalyse. Il souligne la différence entre trouble psychomoteur et retard mental : le trouble n'est pas de l'ordre du déficit, mais tient à l'échec de la réalisation motrice. Pour Ajuriaguerra, les désordres de la réalisation motrice ne répondent pas à des lésions focales du système nerveux ; leur expression est en relation avec des retards maturatifs. Les troubles psychomoteurs répondent à des modes particuliers d'organisation. Ils sont liés aux développements psycho-affectifs, de manière primitive ou secondaire. Cette conception conduira à la mise en place de thérapies de rééducation psychomotrice, et d'évaluation du développement psychomoteur dans les Centres médico-psychologiques (CMP publics) et les centres médico-psycho-pédagogiques (privés sans but lucratif). Le métier de psychomotricien est reconnu et sa formation sanctionnée par un diplôme national en 1963. Les figures de la réflexion en psychomotricité après de Ajurriaguerra furent Bernard Gibello,

Jean Bergès et Bernard Jollivet, à qui on doit la formule « La psychomotricité est une motricité en relation » (1964).

Le développement de l'orthophonie en France (Thibault et Pitrou, 2012)

L'orthophonie est née en France avec la recherche de méthodes d'éducation de l'enfant sourd par l'abbé de L'Épée (1712-1798), puis avec le docteur Itard (1774-1838), qui tente d'apprendre à parler à Victor, l'enfant sauvage de l'Aveyron. Édouard Seguin (1812-1880) poursuit cet effort, avec la rééducation dans le domaine de l'arriération mentale. Au début du XX^{e} siècle, Henri Wallon, député, médecin, philosophe sera à l'origine de la création de la psychologie scolaire. Mais c'est Susanne Borel-Maisonny (1900-1995) qui est la figure emblématique de l'orthophonie française. Élève de l'abbé Rousselot, phonéticien au Collège de France, elle est diplômée des hautes études en philologie (linguistique historique), et dirige le premier service de rééducation de la parole à l'hospice des enfants assistés, qui deviendra l'hôpital Saint-Vincent-de-Paul. Sa première rééducation concerne une petite fille atteinte d'une fente labiopalatine, qu'on appelle alors un « bec-de-lièvre ». Elle rencontre le chirurgien pionnier des fentes oro-faciales, Victor Veau (1871-1949) et écrit avec lui deux ouvrages sur les fentes palatines, leur chirurgie et leur rééducation. Elle rencontre ensuite Édouard Pichon, pédiatre, linguiste et psychanalyste. L'orthophonie s'élargit à l'articulation de la parole et au bégaiement. La rencontre avec Clément Launay (1901-1992), pédiatre, neuropsychiatre d'enfants à l'hôpital Hérold à Paris l'amène à s'intéresser aux troubles du langage et aux aspects sociaux de ces troubles. Dès 1946, en lien avec Julian de Ajuriaguera de l'hôpital Henri Rousselle, commencent les publications sur l'apprentissage de la lecture, de l'orthographe et la rééducation des dyslexies et dysorthographies. En 1961, lors de la création du Centre Binet du 13^{e} à Paris, René Diatkine et Serge Lebovici réfléchissent sur les liens entre théorie psychanalytique du développement psychique et développement du langage. Les traitements orthophoniques sont depuis considérés comme ayant une valeur thérapeutique sur le plan psychologique. À l'hôpital Hérold, Michel Dugas est en France le premier à s'intéresser aux troubles sévères du langage et du développement, et à promouvoir l'utilisation des psychostimulants dans l'hyperactivité.

2 Le développement psychologique précoce : des pionniers aux données récentes

Les modèles théoriques du développement précoce

La dynamique du développement précoce

Les trois premières années de la vie représentent la période majeure du développement moteur, cognitif, émotionnel, interpersonnel et des liens d'attachement. Aucune autre période de la vie ne réalisera une transformation aussi étendue dans un laps de temps aussi réduit, aboutissant à la constitution d'un être humain, sociable, doté de langage, et chez lequel on pourra observer, dès l'âge de trois ans, de nombreuses fonctions déjà matures, et où l'essentiel du développement psychologique est en place.

À trois ans, la majorité des jeunes enfants peuvent ainsi parler d'eux-mêmes en disant « Je », s'intéresser aux intentions des autres et communiquer sur ses propres sentiments, maîtriser le langage et s'en servir pour communiquer, être autonomes pour s'alimenter, s'endormir, être propres et maîtriser nombre de règles sociales. Ils peuvent être séparés sans dommage de leurs figures d'attachement pendant une partie de la journée. Ils peuvent alors entrer en maternelle avec profit, au mieux à temps partiel, et prendre plaisir à faire partie d'un groupe.

Les mécanismes qui permettent cet extraordinaire développement psychologique restent encore très mystérieux. Les développements récents de la neuropsychologie, de la génétique, avec en particulier la mise en évidence des interactions gènes-environnement, l'utilisation de la microanalyse en vidéo et de l'imagerie fonctionnelle, ont bouleversé les débats sur la naissance psychologique de l'être humain, mais ils ne les ont pas clos. D'où viennent la force du développement du langage et son universalité ? Quelles sont les sources de l'extraordinaire résilience du développement psychique humain ? Comment ce développement est-il apparu au cours de l'évolution, en privilégiant les moyens d'échange et d'expression, de communication et de coopération ?

© 2014 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

La psychopathologie la plus précoce n'est cependant pas la plus simple. L'intervention thérapeutique précoce, et plus encore la prévention précoce, nécessitent une théorie sur la genèse des troubles. Le clinicien a donc besoin des connaissances récentes sur le développement et ses théories, malgré la complexité du sujet, et son caractère souvent hypothétique.

Les rapports entre le développement des différentes dimensions ou modules du développement psychologique sont au centre de la réflexion actuelle, qu'il s'agisse du développement du sens de soi, du développement du comportement d'attachement, de l'intersubjectivité, du rapport aux objets et à autrui, de l'émotion, du langage, et de la cognition au sens étroit de manipulation mentale des objets de connaissance. Notons l'intérêt à ce propos d'une étude récente sur les influences réciproques de la sécurité de l'attachement sur le développement du langage. L'expression émotionnelle et le langage se développent énormément pendant la petite enfance, mais ces dimensions ont été étudiées isolément l'une de l'autre. Kubichek et Emde (2012) montrent que les enfants qui apprennent tôt à parler sont aussi ceux qui expriment plus de joie et de plaisir, alors que ceux qui parlent le plus tard expriment plus de peur et de colère. C'est bien l'exemple d'études à promouvoir, sur les effets réciproques des différentes dimensions du développement psychologique. Ainsi, quel est l'effet de l'absence ou de la désorganisation de l'attachement sur le développement de l'attention, et de la cognition, ou surtout de l'intersubjectivité ? Quel est, à l'inverse, l'effet d'un retard du développement du langage sur le contrôle émotionnel ?

Le concept de maturation et de programme de développement

Cette notion est essentielle dans le développement précoce, mais elle ne le résume pas. La maturation désigne l'ensemble des facteurs endogènes du développement. Elle évoque l'idée d'une série de changements, spécifiques de l'espèce et façonnés par l'évolution, strictement ordonnés, invariants et inéluctables, que l'on peut évaluer de manière quantitative. Dans cette perspective, représentée magistralement par le pionnier américain Arnold Gesell, le niveau de maturation est la seule condition d'émergence d'un niveau de comportement. Actuellement, le développement est plutôt considéré comme la résultante de forces diverses, génétiques et épigénétiques, internes et environnementales, qui agissent de façon séquentielle et interactive, avec en particulier une interaction gène-environnement, et l'influence des facteurs parentaux (*caregiving*) sur le fonctionnement des gènes de l'enfant (épigenèse).

Ainsi, la psychologie de l'enfant est-elle sortie de l'influence maîtresse de modèles majeurs, mais limités à une seule dimension ou à une seule

force motivationnelle, comme celui de Piaget (1923) sur le développement cognitif, celui de Freud (1924) sur le développement psychosexuel, celui de Chomsky (1965) sur le développement du langage, celui de Wallon (1970) sur l'influence sociale dans le développement, celui de Bronfenbrenner (1979) sur le modèle écologique, des influences familiales et sociales sur le développement, et celui de Vigotsky (1933) pour le rôle pédagogique de l'adulte, qui permet au jeune enfant d'accéder par étayage aux capacités qu'il maîtrisera bientôt. Hors de ces influences univoques, limitées à une dimension ou à un module du développement, la perspective moderne prend en compte les influences réciproques du développement émotionnel et cognitif. En suivant l'expression de Damasio (2001) sur « l'erreur de Descartes » – qui est aussi celle de Piaget –, on ne pense plus que le développement cognitif soit le sommet de la pyramide du développement psychologique, car on mesure mieux l'influence des émotions sur la cognition. Émotions et cognition sont vraiment interdépendantes, ce que la psychopathologie illustre clairement, mais aussi l'évolution des troubles sous l'influence du traitement.

Stades et repères maturatifs, résilience et facteurs de risque

Si le développement psychologique reconnaît bien un certain nombre de repères maturatifs qui apparaissent de façon relativement constante (apparition du sourire social, de la tenue assise, de la marche, de la référence sociale, de la permanence de l'objet, du comportement d'attachement, du langage, de la capacité croissante à inhiber les réactions spontanées, de la croissance de la capacité de la mémoire ou encore l'apparition séquentielle des différents stades de la théorie de l'esprit), le nombre et la nature des stades individualisés, et la compréhension de leurs liens dépendent beaucoup du modèle théorique et de la grille d'analyse qui sont utilisés pour observer le développement, et bien sûr, de la dimension que l'on privilégie.

Le développement psychologique précoce est également marqué par cette notion fondamentale qu'est la résilience et qui se définit pour un individu comme la capacité à maintenir son développement malgré des conditions difficiles, donnant à ce dernier un pouvoir d'autocorrection. Cependant, la résilience a des limites : l'accumulation de facteurs de risque limite la résilience, et représente en cela un facteur majeur de psychopathologie. La fameuse étude de Sameroff à Rochester aux États-Unis en 1983 a bien montré ce phénomène. Au-delà de trois facteurs de risque indépendants, la résilience du développement cognitif atteint ses limites : le QI des enfants exposés à ces facteurs de risque baisse et le taux de psychopathologie augmente.

Histoire des concepts et méthodes en psychologie du développement : les grands pionniers

La question du développement a donc joué et continue de jouer un rôle essentiel dans les débats théoriques qui parcourent les champs de la psychologie et de la psychopathologie. Elle est marquée par les apports de Darwin sur le mécanisme de l'évolution (1877), de Freud sur le développement psychosexuel (1924), de Watson sur le rôle du conditionnement dans le développement (1928), de Vigotsky sur le rôle d'étayage de l'adulte dans l'apprentissage par l'enfant (1933), de Piaget sur le déroulement du développement cognitif (1923), de Chomsky sur le module du langage (1965), de Bowlby sur la description et le rôle du développement de l'attachement (1969), et récemment de Stern (1989) et de Trevarthen (2001), sur le développement précoce de l'intersubjectivité et de ceux des chercheurs contemporains du développement cognitif précoce (Spelke, 1994 ; Rochat, 2006 ; Nadel, 2001 ; Houdé, 2009, Lécuyer, etc.).

L'utilisation de l'observation du bébé pour comprendre la dynamique du développement n'est pas nouvelle : elle commence avec Taine, Rousseau, Fénelon (« le cerveau de l'enfant est comme une bougie dans le courant d'air : il tremblote »). L'observation du jeune enfant se poursuit, pour la première fois de façon systématique et scientifique avec Darwin et son fils Doddie. Darwin est ainsi le premier observateur du développement psychologique dans la petite enfance. Ce remarquable journal du développement d'un bébé est disponible en français ; il a gardé toute sa fraîcheur et sa valeur descriptive.

Cette observation se poursuit avec Piaget et ses trois enfants, ponctuellement avec Freud et son petit-fils, et de nouveau avec Watson et le bébé Albert, Zazzo et son fils nouveau-né… Tous ont utilisé de façon partielle, mais toujours créatrice, leurs observations du nourrisson, souvent le leur, pour esquisser un mode spécifique de lecture de l'être humain. Mais loin d'être une fenêtre grande ouverte sur les fondations de la psyché de l'adulte, le comportement du bébé s'avère radicalement indéterminé, puisqu'un sens différent lui est attribué par chacun de ces théoriciens – dans la catégorie du sexuel chez Freud (1924), du protorationnel chez Piaget (1923), du conditionnement chez Watson (1928), du social inné chez Bowlby (1969) ou de l'environnement social plus large chez Wallon (1970) et Vigotsky (1933). Freud montrera toute l'importance de l'enfance et particulièrement du développement libidinal précoce dans le développement de la personnalité de l'adulte. Piaget, biologiste du développement, permettra que la petite enfance soit considérée comme un champ de recherche scientifique

valide en psychologie. Le constructivisme de Piaget représente en cela toujours un modèle influent du développement cognitif. Selon lui, l'enfant naît dépourvu de structure intellectuelle, mais doté d'une capacité innée à agir sur le monde. L'enfant construit graduellement une connaissance du monde en agissant sur lui. Le bébé construit des « schèmes d'action », qui sont des structures sensori-motrices, en utilisant les deux modes majeurs d'adaptation à l'environnement que sont l'assimilation et l'accommodation.

Pour Vigotsky (1933), dont les idées sont longtemps restées méconnues en Occident, le développement a lieu dans la zone proximale du développement, où l'adulte amène l'enfant juste au-delà de ses capacités et qu'il reprendra à son compte ensuite. Pour lui, le principe fondamental est que la connaissance existe d'abord dans un champ intermédiaire entre l'enfant et les parents, et devient ensuite une propriété de l'enfant.

Si Wallon et Vigotsky – les « marxistes du développement précoce » – traitent déjà du bébé comme d'une personne globale, soumise aux influences sociales, nous voyons aussi combien le développement peut être considéré dans une perspective réductrice, avec une conception restreinte de l'influence génétique, et une conception réductrice du champ de la psychopathologie, pour limiter le champ du développement à celui de la maturation.

Les théories psychanalytiques du développement psychologique

La psychanalyse se partage entre un point de vue dit génétique, qui signifie ici la prise en compte des rapports entre l'histoire et le développement, et un point de vue structural, s'opposant à la prise en compte de l'influence de la biologie dans le développement psychologique. Ce dernier, opposé à la notion de stade, est représenté essentiellement par l'apport de Jacques Lacan. Pour lui, « les stades instinctuels sont déjà, quand ils sont vécus, organisés en subjectivité ». Ceci conduit Lacan à décrire des moments de l'histoire du sujet, dans ses retours, ses après-coups, ses répétitions et ses ruptures. Le développement est alors représenté par l'évolution du rapport du sujet au désir de l'autre, à travers des moments organisateurs comme le stade du miroir et l'Œdipe. Jacques Lacan avait initialement porté un grand intérêt aux travaux de Harlow et publié un article célèbre sur le développement du sens de soi (*Le stade du miroir dans la formation du je*, 1949). Mais, ses conceptions théoriques ultérieures vont s'éloigner de tout point de vue développemental. L'essentiel du développement se situe pour lui dans les systèmes dits symboliques, réels et imaginaires. C'est au sujet de se dégager de ce qui l'a précédé, désirs et positions maternels et paternels, articulés

dans le concept de Nom-du-Père. La perspective lacanienne, si elle se trouve parfois compatible avec certains concepts Winnicottiens, n'offre guère de théorie des affects, du développement ni de la place des relations parents-enfant réelles dans le développement de l'intersubjectivité.

La position génétique au sens psychanalytique du terme s'organise quant à elle sur deux modes principaux : celui de stade et celui de la relation d'objet. Pour Freud (1924), le développement psychique est déterminé par des conflits spécifiques – oraux, anaux, phalliques –, qui représentent la phase prégénitale du développement psychique, permettant alors l'accès au développement « adulte » de la sexualité, marqué par la possibilité de la relation amoureuse à l'autre comme objet indépendant et considéré dans sa totalité.

Les deux premières années de la vie correspondent en psychanalyse à une double mise en place : celle de l'organisation libidinale d'une part, et celle de la mise en place d'une relation à l'objet d'autre part. La notion de relation d'objet désigne le type d'interrelations nouées avec ce qui assure la satisfaction de la pulsion (Brusset). Pour les auteurs qui se centrent sur la constitution de l'objet et de l'identité, la genèse des relations objectales devient le facteur principal du développement psychique : il s'agit de Winnicott, de Ferbairn, et généralement du Groupe des indépendants britanniques. L'idée ici est celle d'une certaine indifférenciation de la relation objectale de l'enfant à la naissance, ce qui rejoint l'hypothèse d'une détresse ou d'un vécu d'impuissance initiale du bébé exprimés par Freud (*Hilflosigkeit*). Cependant, derrière cette prise en compte générale du développement, les points de vue de la psychanalyse dite génétique sont très divers, avec l'accent mis sur la pulsion (Freud), sur le développement des relations d'objet (les organisateurs de Spitz, le sourire social, la peur de l'étranger, le Non), sur le moteur du développement psychique (la notion de clivage pulsionnel chez Klein), avec la description de positions, plutôt que de phases, schizo-paranoïdes d'abord, avec un rapport limité à un objet partiel – le sein – puis une phase d'intégration dépressive marquée par l'apparition de la sollicitude vis-à-vis de l'objet et par le sentiment dépressif de l'avoir endommagé par son envie.

Malgré les rapports progressivement conflictuels de Bowlby avec le groupe kleinien, c'est avec eux que la compatibilité de la théorie de l'attachement est la plus importante (Holmes, Fonagy). Les points de convergence concernent les rapports entre la sécurité de l'attachement et la capacité d'intégration dans la phase dépressive, et la perspective qui exclut l'idée d'autisme initial ou de fusion avec la mère. Chez Bowlby, comme chez Klein, les forces en présence sont d'emblée à l'œuvre, Œdipe précoce et conflit pulsionnel chez Klein, ou attachement chez Bowlby. On note aussi la proximité de la notion d'exclusion défensive avec celle de clivage et la place privilégiée de ces mécanismes dans les systèmes théoriques

des deux auteurs. L'opposition entre eux concerne bien entendu le poids donné à la réalité des relations parent-enfant dans la mise en place du sentiment de sécurité ou, au contraire, dans celle des mécanismes défensifs (Fonagy).

Martin Dornes (2002) et Peter Fonagy (2001, 2004) ont réalisé des synthèses remarquables sur les défis posés aux théories psychanalytiques par les données actuelles concernant le développement, par les compétences précoces du bébé et par la théorie de l'attachement. Les critiques de la théorie freudienne du développement tiennent à son caractère hypothétique, reconstruit, basé sur l'adulte et la psychopathologie plutôt que sur l'observation du développement normal, à la surestimation du rôle des « pulsions », sexuelles ou agressives, et à la méconnaissance des compétences précoces du bébé, et enfin, au rôle majeur des relations parent-enfant dans le développement psychologique.

Pour Bowlby, et en opposition avec les conceptions de Klein, l'enfant est plus enclin à l'amour et à la réparation qu'à la violence et à la haine, ces aspects étant considérés par lui comme secondaires à l'échec des processus de sécurité. Henri Parens, un des rares adolescents ayant survécu à la déportation, devenu psychiatre et psychanalyste, insistera sur le caractère secondaire de la haine et de la violence. Bowlby conserve cependant la notion de processus inconscients. Il garde tout son intérêt à la signification des rêves et des fantasmes. Il donne une importance centrale à la notion de développement psychosocial de l'enfant, et son intérêt se situe dans la recherche des sources externes des distorsions névrotiques, sujet délaissé jusque-là par la psychopathologie psychanalytique.

Les psychanalystes proches de Bowlby : Anna Freud et Margaret Mahler, Winnicot et les Indépendants britanniques

Avec Anna Freud, excellente clinicienne de l'enfance et du développement précoce, les points de rencontre avec Bowlby sont plus importants, du moins sur la reconnaissance du poids de la séparation dans la clinique du petit enfant. Anna Freud est aussi l'une des premières psychanalystes à adopter une perspective développementale sur la psychopathologie (les lignes hétérogènes du développement précoce). Mais la fille de Freud restera fidèle à son père, qui fut son analyste, ce qui semble à peine croyable ; et Anna restera fidèle à son père et la théorie de l'étayage. Elle s'opposera à la rigidité théorique de Mélanie Klein, et insistera de façon moderne sur l'influence majeure des parents dans le développement psychologique de l'enfant ; ceci qui la conduira logiquement à leur donner une place dans le traitement des enfants.

L'œuvre de Margaret Mahler est sûrement l'une des plus proches de celles de Bowlby, avec l'intérêt porté aux comportements effectivement observés et au développement. Si l'insistance sur l'agression est beaucoup plus importante que chez Bowlby, la notion de base de sécurité est presque explicitement présente chez Mahler.

Ce qui est décrit en termes d'attachement chez Bowlby l'est en termes d'amour primaire chez Balint, en termes de recherche d'objet chez Fairbairn et de capacité à la relation chez Winnicott. Chez Winnicott, c'est l'*Impingement*, ou empiètement du psychisme maternel sur le développement du bébé qui altère le développement du bébé dans le sens d'un faux self.

Les concepts winnicotiens de maternage sensible (*good enough mothering*), de *holding* et de *handling*, et l'importance donnée à l'expérience précoce dans la psychopathologie du développement sont cohérents avec la théorie de l'attachement. Parmi les théoriciens se situant dans la suite de Bowlby mais sans référence directe à lui, on peut citer Daniel Stern et sa « Constellation maternelle » ou ses Représentations d'interactions généralisées (RIGs), bien proches du Modèle interne opérant (MIO) de Bowlby, mais aussi Selma Fraiberg et son insistance sur la sécurité et son impact sur le développement.

Références

Ainsworth Salter MD. Infancy in Uganda: infant care and the growth of love. Baltimore: Johns Hopkins Press; 1967.

Aubry J. Psychanalyse des enfants séparés. Études cliniques 1952-1986. Paris : Denoël; 2003.

Bowlby J. Forty-four juvenile thieves: their characters and home-life. The international journal of psychoanalisis 1944;25:19-53. 107-28. (Trad. française : Quarante-quatre jeunes voleurs : leur personnalité et leur vie familiale. La psychiatrie de l'enfant. 2006; 49(1):7-123).

Bowlby J. Maternal care and the growth of love. Londres: Penguin Books; 1953. (Trad française: Soins maternels et santé mentale. Genève-Paris: OMS-Masson; 1954.)

Bowlby J. Attachment and loss. 1. Attachment. New-York: Basic Books; 1969. (Trad. française: Kalmanovitch J. Attachement et perte. Vol. 1. L'attachement. Paris: PUF; 1978.)

Brusset B. Le développement libidinal. Paris: PUF; 1992.

Darwin C. L'expression des émotions chez l'homme et les animaux. Suivi de : Esquisse biographique d'un petit enfant. Paris: Payot; 2001. (Le premier journal du développement psychologique d'un bébé.)

Darwin C. A biographical sketch of an infant. London: Mind; 1877.

David M, Appell G. La relation mère/enfant. Étude de cinq patterns d'interaction entre mère et enfant à l'âge de 1 an. La psychiatrie de l'enfant 1966;9(2): 445-531.

David M, Castex E, Léger EM, Merlet AM. Danger de la relation précoce entre le nourrisson et sa mère psychotique. Une tentative de réponse. La psychiatrie de enfant 1981;24:151-96.

David M. Le placement familial. De la pratique à la théorie. 2e éd. Paris: Dunod; 1990.
David M. Souffrance du jeune enfant exposé à un état psychotique maternel. Perspectives psychiatriques 1987;1:7-22.
Dornes M. Psychanalyse et psychologie du premier âge. Paris: PUF; 2002. (Les défis de la recherche développementale à la psychanalyse, et les avancées de la psychanalyse moderne.)
Dugravier R, Guedeney A. Contribution de quatre pionnières à l'étude de la carence de soins maternels. La psychiatrie de l'enfant 2006;4(2):405-42.
Harlow H. The nature of love. American psychologist 1958;13:673-85.
Fonagy P. Théorie de l'attachement et psychanalyse. Ramonville-Saint-Agne: Érès; 2004.
Fonagy P. Le développement de la psychopathologie de l'enfance à l'âge adulte: le mystérieux déploiement des troubles dans le temps. La psychiatrie de l'enfant 2001;44(2):333-69.
Freud S. Trois essais sur la théorie de la sexualité. Paris: Gallimard; 1962.
Geber M. Tests de Gesell et de Terman-Merrill appliqués en Uganda. Enfance 1958;(1):63-7.
Geber M. Psychothérapie d'un enfant atteint de Kwashiorkor. Devenir 1996;8(4): 23-40.
Guedeney A. Entretien avec Myriam David. Devenir 1994;6(3):55-64.
Koupernik C, Dailly R. Développement neuro-psychique du nourrisson. 4e éd. Paris: PUF; 1985.
Kreisler L, Fain M, Soulé M. L'enfant et son corps: études sur la clinique psychosomatique du jeune âge. Paris: PUF; 1974.
Kanner L. Autistic disturbances of affective contact. Nervous child 1943;(2):217-50.
Klein M. La psychanalyse de l'enfant. Paris: PUF; 1998.
Lacan J. Écrit. Paris: Seuil; 1966.
Piaget J. Le langage et la pensée chez l'enfant. Neuchâtel: Delachaux et Niestlé; 1923.
Piaget J. Six études de psychologie. Paris: Denoël; 1964.
Pichon E. Le développement psychique de l'enfant et de l'adolescent. Paris: Masson; 1947.
Robertson J, Bowlby J. Responses to young children to separation from their mothers. Courrier du CIE 1952;(2):131-42.
Sameroff AJ, Seifer R. Familial risk and child competence. Child Dev 1983;(54): 1254-68.
Stern DN. The Motherhood Constellation. New York: Basic Books; 1995. (Trad. française : La constellation maternelle. Paris: Calmann-Lévy; 1997.) (La révolution sur le mode d'abord parent-enfant.)
Soulé M. Mère mortifère, mère meurtrière, mère mortifiée. 5e Journées de la guidance. Paris: ESF; 1978.
Spitz RA. Anaclitic depression. The psychoanalytic study of the child 1946;23:14-31.
Watson J. Psychological care of infant and child. New York: W.W. Norton; 1928.
Zazzo R. Le problème de l'imitation chez le nouveau-né. Enfance 1957;10:135-42.

Les lois du développement précoce

Théorie de l'évolution et psychologie du développement

Développement psychologique et évolution

Une des révolutions scientifiques récentes est probablement le fait de réexaminer la psychologie des liens à la lumière des théories de l'évolution. Le principe fondamental des théories modernes de l'évolution est celui de la survie des gènes (la théorie du « Gène égoïste », de Hawkins). Nous naissons équipés d'un répertoire de systèmes motivationnels et de processus biocomportementaux qui ont été sélectionnés sous la pression de l'évolution pour favoriser cette survie des gènes. L'attachement chez le bébé et les comportements parentaux de protection (*caregiving*) en sont des exemples : il s'agit d'avoir des petits, de favoriser leur élevage jusqu'à l'âge adulte et de leur donner le potentiel optimum pour qu'eux-mêmes puissent se reproduire avec succès. La pression de l'évolution a donc sélectionné tous les systèmes qui favorisent la survie physique du bébé, le développement de ses compétences propres et des systèmes interpersonnels qui encouragent les liens sociaux : l'humain est avant tout un être social, et Darwin a été le premier à percevoir que l'évolution a façonné le comportement psychologique humain.

Bowlby, fervent admirateur de l'œuvre de Darwin et séduit par la cohérence et la rigueur de l'éthologie, a probablement été le premier psychanalyste et psychiatre d'enfants à inscrire l'étude des liens mère-enfant dans une telle perspective : « Toutes les pressions à s'engager dans chaque forme de comportement ayant une valeur pour la survie de l'espèce doivent être vraisemblablement préprogrammées à un certain degré ; laisser leur développement uniquement aux caprices de l'apprentissage individuel serait le comble de la folie biologique », écrivait-il en 1988 (Bowlby, 1988).

L'intérêt des modèles animaux : principaux systèmes émotionnels et motivationnels selon Panksepp (1998)

La psychiatrie évolutionniste a émergé à partir des succès conceptuels de la sociobiologie et de la psychologie évolutionniste. Les modèles animaux permettent d'isoler les différents types de systèmes émotionnels et de motivation, qui peuvent être en déséquilibre dans les syndromes développementaux, et conduire éventuellement à des troubles psychiatriques

ou en augmenter le risque de survenue. La chercheuse en médecine vétérinaire, Jaak Panksepp propose l'existence de 7 systèmes émotionnels de base (Panksepp, 1998) et fait l'hypothèse de liens entre chacun d'eux et l'émergence d'émotions spécifiques, puis éventuellement des troubles psychiatriques. Pour chacun de ces « endophénotypes émotionnels » une localisation cérébrale a été identifiée chez l'homme et l'animal, et des chemins neuromédiateur spécifiques sont connus.

Ces systèmes sont communs à tous les mammifères. Ils sont apparus au cours de l'évolution, les mammifères se signalant par une gamme étendue de ces phénotypes émotionnels. Chacun de ces phénotypes motivationnels remplit une fonction dont la valeur pour la survie de l'individu et sa reproduction sont manifestes : le système de désir sexuel (*LUST*) est évidemment indispensable à la reproduction. Le système *CARE* est indispensable aux soins du petit dépendant. Le système *PANIC* de cris de détresse et d'appel est remarquablement identique chez les mammifères et favorise qu'un petit perdu soit retrouvé avant qu'un prédateur ne s'en empare. Le système *PLAY* n'est pas laissé au hasard par l'évolution, tant son rôle dans l'acquisition des capacités sociales est important. Le système *FEAR* déclenche l'immobilisation à un niveau faible de stimulation et la fuite à un niveau plus élevé de danger. Le système *RAGE* réagit à la frustration, et le système *SEEKING* permet l'exploration.

Panksepp propose les liens suivants entre chacun de ces systèmes, les émotions émergentes que donne la mise en œuvre du système et les troubles psychiques qui peuvent être liés au déséquilibre du ou des systèmes : Les (+) et les (–) signalent les valences affectives positives, négatives ou mixtes que génèrent ces systèmes.

- *SEEKING* (+ ou –) (Rechercher), dont les variations positives ou négatives peuvent générer : intérêt, frustration recherche compulsive (*craving*) et qui pourrait être lié à des troubles émotionnels comme le TOC, ou la schizophrénie paranoïde ou encore les addictions.
- *RAGE* (+ et –) (Colère) : émotions émergentes : colère, irritabilité, mépris, haine ; pathologies : agression, psychopathie troubles de la personnalité.
- *FEAR* (–) (Peur) : émotions émergentes : anxiété simple souci trauma psychique, conduisant à : troubles anxieux généralisés, phobies, PTSD.
- *PANIC* (–) (Panique) : émotions émergentes : Anxiété de séparation, tristesse, culpabilité/honte timidité, gêne sociale, avec comme pathologies les attaques de panique, le deuil pathologique la dépression, l'agoraphobie les phobies sociales et l'autisme.
- *PLAY* (+) (Jeu) : joie, plaisir, jeu agréable, avec comme pathologie liée la manie et le TADAH.
- *LUST* (+ et –) (Désir sexuel) : sentiments érotiques, jalousie, conduisant à fétichisme, et addictions sexuelles.
- *CARE* (+) (S'occuper de, soigner) : Amour, attraction, nourrir en lien avec : troubles de la dépendance (BLPD), troubles de l'attachement.

Les lois du développement psychobiologique

Un certain nombre de lois du développement biologiques sont à prendre en compte dans le développement psychologique :
• loi de différenciation croissante dans le développement, vers une complexité croissante ;
• loi de variabilité interindividuelle des chemins du développement (von Bertallanfly) ;
• loi céphalocaudale et loi proximo-distale (le développement commence au niveau de la tête pour s'étendre au tronc et aux extrémités).

On peut adjoindre à ces lois l'interaction Gène X-Environnement comme mécanisme majeur du développement. Les théories actuelles du développement acceptent toutes le concept d'épigenèse, dans lequel chaque niveau émergeant est une réorganisation des niveaux précédents et non pas l'effet de leur addition. Le développement cognitif au sens large semble procéder plus par vagues successives que par marches d'escalier (Houdé et Leroux, 2009). On peut ainsi voir coexister des fonctionnements différents, et expliquer le retour à un mode « dépassé » lorsque le sujet est en état de stress.

La psychologie du développement contemporaine insiste sur l'unité biologique et sociologique de l'organisme en développement, à la fois réagissant et agissant sur son environnement. Les tenants d'un développement essentiellement prédéterminé pensent que les changements qualitatifs sont essentiellement d'origine génétique et que l'environnement ne fait que les modifier, par opposition aux tenants de l'épigenèse comportementale ou probabiliste, qui mettent l'accent sur l'influence centrale de l'environnement dans le développement psychologique.

Un débat actuel parmi les développementalistes concerne l'opposition entre les tenants du conditionnement comme mode essentiel de l'apprentissage et du développement cognitif (point de vue dit béhavioriste, ou comportementaliste), à la suite de Watson et de Skinner, et qui s'oppose à un point de vue dit empirique, ou « constructionniste ».

Chez les « empiriques », l'expérience tient la plus grande part dans le développement, avec la prise en compte dans le développement de l'importance des relations précoces, des interactions parents-enfant et de l'attachement. Le modèle initial de cette position est représenté par l'enfant vu comme une *table rase* (Locke, 1690), sur laquelle s'inscrit l'effet de l'expérience.

Épigénétique, Gène X-Environnement et développement

Les progrès considérables dans la compréhension du fonctionnement des gènes (interactions entre gènes, épigénétique) observés depuis une dizaine d'années ont profondément bouleversé ce débat, sans le faire disparaître.

La capacité des gènes à « allumer » et à « éteindre » leur fonctionnement rend caduque une part de l'opposition entre influence génétique héritable et influence environnementale, dans la mesure où leur activité peut être influencée par l'environnement. C'est le modèle épigénétique, dont il existe des modèles animaux (Meaney), avec des applications humaines croissantes, en particulier en ce qui concerne l'attachement. Dans ce modèle, le comportement parental convenable en période périnatale active le gène de régulation et de développement de l'axe hypothalamo-hypophysaire, et donc de régulation du stress. Le bébé devenu adulte et bénéficiant d'une régulation du stress adaptée aura un comportement parental adapté avec son petit, assurant une transmission épigénétique, sans modification génétique transmise d'un comportement parental. Ce modèle animal semble applicable à nombre de comportements humains, dans lesquels le comportement de *caregiving* modèle le fonctionnement génétique du bébé, assurant ainsi une transmission épigénétique du fonctionnement physiologique.

Le mystérieux déroulement de la psychopathologie précoce

Le modèle de la psychopathologie passe ainsi d'un mode dyadique et causal direct, où la psychopathologie est la conséquence des troubles de la relation mère-enfant, ou du fonctionnement mental parental, à un modèle séquentiel et systémique, familial, procédant par étapes, en fonction de l'intensité des facteurs de risque et de résilience, et sur un modèle de susceptibilité épigénétique influencé par l'environnement.

Le « mystérieux déroulement de la psychopathologie » (Fonagy) s'éclaire un peu plus, à la lumière de ces interactions Gène X-Environnement. Elles remettent en lumière le modèle de la spirale interactive, décrit il y a longtemps par Nagera, et précisé par Sameroff. Ce modèle est précieux en clinique : il rappelle qu'il ne faut se garder des idées préconçues (par exemple que le symptôme précoce serait toujours dû à un trouble des interactions, ou que le trouble initial ne serait jamais le fait du bébé). Ce modèle de la spirale interactive, positive ou négative, est en fait la cible de l'intervention précoce. Un exemple typique est celui de la guidance interactive avec des bébés prématurés ; ces enfants sont gênés par leur faible capacité d'habituation aux stimuli sensoriels ; ils réagissent négativement par des cris ou un retrait aux initiatives des parents, qui peuvent alors insister et augmenter leur détresse ou se retirer, et risquer l'entrée dans une relation évitante. Un examen de Brazelton adapté à l'âge corrigé, mené devant les parents, leur montre les compétences du bébé, son attrait pour la relation avec ses parents et la nécessité de moduler et d'isoler les stimuli adressés au bébé (*cf.* « Évaluation du développement et des interactions précoces en clinique et en recherche »).

Selma Fraiberg, d'abord assistante sociale, puis psychologue et chercheuse du développement, a magistralement montré comment une guidance interactive permet aux parents d'enfants aveugles de naissance de communiquer avec leur bébé, en renforçant la voie tactile et auditive. Cette guidance interactive a montré son efficacité en permettant à ces enfants aveugles de naissance d'avoir un développement cognitif et émotionnel normal, et elle s'est depuis généralisée à d'autres contextes. Dans cette perspective, les parents sont recrutés comme alliés et non pas comme responsables de la psychopathologie de l'enfant. Dans certains syndromes délétionnels génétiques, qui bénéficient d'un diagnostic précoce et de moyens thérapeutiques croissants, enrôler les parents dans un programme d'aide interactive peut les aider à surmonter leur dépression et à desserrer la spirale interactive négative.

Critique de la vision psychanalytique du développement précoce

Les connaissances actuelles mettent en avant le rôle majeur des interactions dans le processus du développement, avec l'idée que ces interactions précoces peuvent avoir un effet sur le fonctionnement génétique. On est loin de la classique opposition entre l'inné et l'acquis, tout comme d'une description du développement selon les psychanalystes qui soutiennent l'idée d'un développement structural, avec la notion de l'œdipe comme organisateur majeur du fonctionnement et de la « structure » psychique, avec diverses étapes liées aux conflits internes entre la pulsion et le moi. Cette vision est basée rétrospectivement sur des hypothèses de fonctionnement de l'adulte, et sur la pathologie de l'adulte, plutôt que sur le développement normal. Son principal défaut est qu'aucune de ces hypothèses développementales n'a reçu de validation par une recherche longitudinale qui puisse peser le poids des divers facteurs d'influence (génétiques, relationnels, sociaux, évènementiels). En effet, on ignore toujours quel est le poids réel des déterminants du développement du désir humain, dans un sens homo ou hétérosexuel, et de ceux de l'identité de genre. Quelques rares travaux développementaux ont bien montré que le développement précoce n'obéissait pas aux hypothèses ou plutôt aux dogmes psychanalytiques : la conscience de la différence des sexes (Galenson et Roiphe, 1977 ; Goguikian-Radcliff, 2002) est bien plus précoce, 18 à 20 mois, qu'on ne le pensait.

Le jeune enfant a une conscience morale, un souci des règles qui préexiste à l'œdipe (Emde) : le surmoi n'est donc pas l'héritier de l'Œdipe, mais bien plus celui d'un vécu triadique bien équilibré, et l'effet d'une attitude parentale qui se soumet aux règles qu'ils demandent à l'enfant de suivre (Emde ; Fivaz-Depeursinge). L'Œdipe lui-même n'apparaît pas

comme l'organisateur principal de la structure de la vie psychique, pas plus que du destin du désir humain. La version freudienne du drame de Sophocle apparaît être en fait celle de la pathologie, survenant dans des circonstances familiales troublées plutôt qu'un conflit universel. Lévi-Strauss avait d'ailleurs déjà mis en cause cette version en proposant une analyse structuraliste et systémique de l'Œdipe comme transgression des parents d'Œdipe, Laios et Jocaste, qui n'auraient pas dû procréer, étant issus de lignées royales incompatibles.

Le point est ici que l'on ne peut considérer les hypothèses freudiennes, lacaniennes ou kleiniennes sur le développement psychique précoce comme autre chose que des hypothèses, ce qui n'est pas le cas du développement du comportement d'attachement, que l'on observe chez le bébé humain comme chez tous les mammifères.

Seules des études longitudinales contrôlées, sur des populations à risque faible et sur des échantillons spécifiques (orphelinats, familles à difficultés multiples, devenir de syndromes génétiques identifiés) nous permettront de séparer les facteurs qui influencent les diverses dimensions du développement psychologique précoce, et de comprendre comment s'opère réellement la hiérarchie des divers principes motivationnels (Panksepp).

Daniel Stern et Colwyn Trevarthen : les modèles constructivistes du développement intersubjectif précoce

Dans une perspective développementaliste moderne, éloignée tant de la psychanalyse pulsionnelle que de ses versions structuralistes, Daniel Stern (1989) décrit le développement des sentiments d'être avec soi puis d'être avec l'autre, dans une perspective « constructionniste », suivant ainsi Bowlby (1969) dans la mise en cause de la notion de pulsion, et critiquant la notion de stades libidinaux. Dans son *Journal d'un bébé* (1990), Stern imagine de façon très vivante le développement psychique du bébé, en se basant sur les données récentes de la psychologie du développement. Il fait jouer un rôle essentiel au mécanisme de l'harmonisation affective (*affect attunement*) dans le développement de l'intersubjectivité. Ce processus de mise en place d'un soi subjectif est basé sur les capacités transmodales du bébé, mises en évidence par Meltzoff et Borton (1979). La clinique issue de la distorsion de l'harmonisation affective précoce, dans le sens d'un manque d'harmonisation (dépression maternelle postnatale) ou d'un excès d'harmonisation reste encore à établir. Il est possible qu'une difficulté de fonctionnement transmodal puisse être à la base de certains fonctionnements autistiques, et rendre compte des difficultés d'intersubjectivité des autistes mais aussi de leurs compétences paradoxales (Guedeney, 1985).

Pour Trevarthen (2001), auteur majeur sur la notion de l'intersubjectivité, partisan d'un développement de l'intersubjectivité sur la base d'une capacité innée, primaire, la question centrale du développement précoce a été à tort centrée sur la conscience de l'objet et non sur celle des personnes. Au contraire, selon lui, l'intelligence rationnelle, les cognitions et les préférences perceptives doivent être considérées comme secondaires à un processus sous-tendu par l'intention et l'émotion dans l'échange. Il propose que la motivation à communiquer soit soutenue par une capacité innée à être réceptif aux états subjectifs de l'autre. Il défend donc l'idée d'une intersubjectivité primaire.

La question centrale du développement psychologique devient alors celle des processus de changement, et de la transformation des organisations, comme l'avait souligné il y a longtemps déjà Daniel Widlöcher. Ainsi peut se dégager un nouveau mode de compréhension des liens du développement précoce et de la psychopathologie, dans un modèle probabiliste, séquentiel et typique d'une spirale interactionnelle (Umberto Nagera, Arnold Sameroff, David Cohen).

Bronfenbrenner et les interactions individu/milieu : le modèle écologique du développement

Bronfenbrenner est un auteur majeur de la psychologie du développement, mais bien plus connu aux États-Unis et dans les pays de langue anglaise qu'en France. Pour lui, le modèle prévalent du développement est de type écologique : il considère que l'objet du développement est le système organisme/environnement (Bronfenbrenner, 1979). Le processus développemental est considéré par Bronfenbrenner comme une interaction constante entre la structure de la connaissance chez l'enfant et le monde. L'organisme, ici le bébé, est vu comme un chercheur actif d'information et de stimulation, dans un environnement dont la nature est largement déterminée par la capacité de cet organisme à extraire et à traiter l'information (Gavin-Brenner, 1994). Cette vision rejoint celle des chercheurs en cognition, qui voient le bébé comme un chercheur qui réinvente le monde (Meltzoff, Gopnik). Il y a chez Bronfenbrenner une part considérable prise par le social et le culturel dans le processus de construction des structures mentales, dans la mesure où les parents peuvent plus ou moins bien donner le monde à penser à l'enfant, le rompre en éléments significatifs pour lui et adaptés à sa capacité de l'appréhender.

Finalement, beaucoup reste à comprendre dans le développement précoce et dans ses liens avec la psychopathologie. La nouvelle frontière de la psychologie du développement est bien la compréhension des influences

réciproques de ces différents aspects « modulaires » du développement, que sont l'attachement, l'intersubjectivité, la psychomotricité, le langage, les fonctions exécutives (mémoire, attention, inhibition, contrôle émotionnel). L'important est de se rendre compte que nos schémas de compréhension du développement précoce basés sur une seule de ces dimensions, et sur des descriptions rétrospectives du développement, sont caducs.

Références

Bowlby J. Developmental psychiatry comes of ages. Am J Psychiatry 1988;145(1):1-10. (Trad. française : Pollack Cornillot M. L'avènement de la psychiatrie développementale a sonné. Devenir. 1992; 4[4]:7-31).

Braarud HC, Slinning K, Moe V, Smith L, Trannas Vannebo U, Guedeney A, et al. Relation between social withdrawal symptoms in full-term and premature infants and depressive symptoms in mothers: a longitudinal study. Infant mental health journal 2013;34(6):532-41.

Brazelton TB, Koslowski B, Main M. The origins of reciprocity: the early mother-infant interaction. In: Lewis M, Rosenblum LA, editors. The effect of the infant on its caregiver. New York: John Wiley & Sons; 1974, p. 49-77.

Caspi A, Moffitt TE, Newman DL, Silva PA. Behavioral observations at age 3years predict adult psychiatric disorders: longitudinal evidence from a birth cohort. Arch Gen Psychiatry 1996;53(11):1033-9.

Cyr C, Euser EM, Bakermans-Kranenburg MJ, Van Ijzendoorn MH. Attachment security and disorganization in maltreating and high-risk families: a series of meta-analyses. Dev Psychopathol 2010;22(1):87-108.

Emde RN, Polak PR, Spitz RA. Anaclitic depression in an infant raised in an institution. J Am Acad Child Psychiatry 1965;4(4):545-53.

Emde RN, Sameroff AJ. Understanding Early Relationship Disturbances. In: Sameroff AJ, Emde RN, editors. Relationship disturbances in early childhood: a developmental approach. New York: Basic Books; 1989, p. 3-14.

Fraiberg S. Clinical studies in infant mental health. The first year of life. New York: Basic Books; 1980. (Trad. française : Nataf-Cooper A. Fantômes dans la chambre d'enfants [préface d'Antoine Guedeney]. 3e éd. Paris: PUF; 2012.) (L'ouvrage essentiel en interventions thérapeutiques à domicile pour des situations graves.)

Gavin-Brenner J. Infancy. 2e éd. Cambridge: Blackwell; 1994. (Un classique : théories du développement.)

Goguikian Ratcliff B. Le développement de l'identité sexuée chez l'enfant : du lien familial au lien social. Berne: Peter Lang; 2002.

Galenson E, Roiphe H. Some suggested revisions concerning early female development. In: Blum HP, editor. Female psychology: contemporary psychoanalytic views. New York: International Universities Press; 1977, p. 29-59.

Gopnik A, Meltzoff AN, Kuhl PK. The Scientist in the Crib. What Early Learning Tells Us About the Mind. New-York: William Morrow Paperbacks; 2000. (Trad. française: Gurcel S. Comment pensent les bébés ? Paris: Éd. du Pommier; 2005.) (Brillant et informatif.)

Gottesman II, Gould TD. The endophenotype concept in psychiatry: etymology and strategic intentions. Am J Psychiatry 2003;160(4):636-45.
Meltzoff AN, Borton RW. Intermodal matching by human neonates. Nature 1979;282:403-4.
Panksepp J. Emotional endophenotypes in evolutionary psychiatry. Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry 2006;30(5):774-84.
Panksepp J, Affective, Neuroscience. The foundations of human and animal emotions. New York: Oxford Univerity Press; 1998.
Stern DN. The Interpersonal World of the Infant. A view from psychoanalysis and developmental psychology. New-York: Basic Books; 1985. (Trad. française : Le monde interpersonnel du nourrisson Une perspective psychanalytique et développementale. Paris: PUF; 1989.)
Stern DN. Diary of a Baby. New-York: Basic Books; 1990. (Trad. française : Journal d'un bébé. Paris: Odile Jacob; 2012.) (Après Darwin, la version développementaliste de D. Stern du vécu du bébé.)
Tronick E. Interactive mismatch and repair: challenges to the coping infant. In: Tronick E, editor. The neurobehavioral and social-emotional development of infants and children. New York: W.W. Norton & Co; 2007, p. 155-63.

Les méthodes récentes de l'observation du développement

Les méthodes récentes de l'observation du développement cognitif et psychologique précoce ont révolutionné certaines questions très anciennes sur le développement : il s'agit en particulier de la micro-analyse en vidéo. Elle a permis, la première, de reconnaître que c'est bien le bébé et non l'adulte qui prend l'initiative de l'échange, et que l'interaction connaît des phases précises dans son déroulement (les cinq phases de l'interaction précoce de Brazelton : initiative, développement, retrait, période réfractaire, reprise). L'analyse des vidéos parents-bébé au 10e de seconde révèle que l'interaction est bien une danse, dans laquelle chacun des partenaires s'ajuste en permanence à la réponse de l'autre, et non pas une séquence d'action et de réactions. Le bébé est d'emblée capable de participer à la danse, surtout dès le début du deuxième mois de la vie, dès qu'il a surmonté les problèmes d'autorégulation et d'habituation face aux stimuli sensoriels et d'installation des macro-rythmes (Marcelli) que sont l'alimentation et le sommeil. L'expérience du *Still Face* (« visage immobile », Cohn et Tronick, 1983) montre la sensibilité du bébé humain de cet âge à la violation de ses attentes dans l'interaction avec l'autre. Plus tard, Colwyn Trevarthen et Lynn Murray ont démontré de façon particulièrement élégante que c'est plutôt la désynchronisation qui désorganise le bébé humain de 2 mois, dans l'expérience du visage immobile et non pas l'absence de stimulation. Ceci

vient à l'appui de la thèse de Ruth Feldman qui considère que la tâche la plus importante de la triade parent-bébé dans la première année de la vie est justement de réaliser un niveau minimal de synchronisation mutuelle, avec un niveau minimal de réparation des erreurs interactives (Edward Tronick) et qui amène l'enfant à un niveau de capacité intersubjective et symbolique suffisant, vers l'âge de 18-20 mois. À ce moment, le « module » langagier s'allume, comme un moteur de fusée, et propulse l'enfant de *l'infans* (qui signifie dépourvu de langage) à l'intersubjectivité au sens propre, avec la capacité de se raconter et d'avoir des échanges émotionnels et par la parole avec l'autre. On peut alors décrire toute la psychopathologie précoce sous l'angle des distorsions de la synchronisation mutuelle, et sous celui des erreurs interactives répétées et insuffisamment réparées. L'analyse du comportement et du sens de l'interaction est rendue plus aisée par des logiciels sophistiqués d'analyse des comportements (du type *The Observer*©).

Chez le très jeune enfant, l'utilisation de la succion non nutritive comme méthode de recherche a été très fructueuse, car elle permet de suivre les variations de l'intérêt de l'enfant sans langage (le bébé suce plus intensément lorsqu'il est surpris, étonné, en face de la nouveauté et moins fort lorsqu'il s'est habitué à un stimulus). Cette technique a permis de mettre en évidence les capacités transmodales du nourrisson dès le deuxième mois de la vie (Meltzoff et Borton, 1979). On sait maintenant aussi retracer la direction du regard du bébé (*Eye tracking*), ce qui permet d'avoir un indice de son attention. Les mesures des indices de stress (variabilité du rythme cardiaque et de la tension artérielle, courbe de décroissance du cortisol salivaire) ont été facilitées chez le bébé par l'avènement de modes de mesures physiologiques non invasives. Ceci a permis de mettre en évidence la fonction de l'attachement comme régulateur du stress. Enfin, on a maintenant la possibilité de voir fonctionner en direct le cerveau du bébé en fonction de divers stimuli, grâce à l'imagerie fonctionnelle, et cette technique est maintenant applicable au fœtus.

Quelques méthodes d'étude du fonctionnement psychologique du bébé

- Succion non nutritive.
- *Eye tracking*.
- Désynchronisation son/image, visage immobile (*Still Face*).
- Cortisol salivaire.
- Variation du rythme cardiaque et de la tension artérielle.
- IRM fonctionnelle.

Le développement fœtal du point de vue psychologique

Existe-t-il un développement psychologique fœtal ?

Il est difficile de parler de psychologie fœtale au sens strict. Cependant, l'activité cérébrale du fœtus montre une réactivité corticale (fig. 2.1) dès le dernier trimestre de la grossesse, en réponse aux stimuli auditifs (Renaud Jardri, 2010).

Dès cette période, il existe donc autre chose qu'une réponse réflexe et des indices de travail cortical. Le fœtus est sensible à son environnement extérieur. Sa sensorialité se met en place selon un ordre précis :

- toucher ;
- équilibre ;
- olfaction-gustation ;

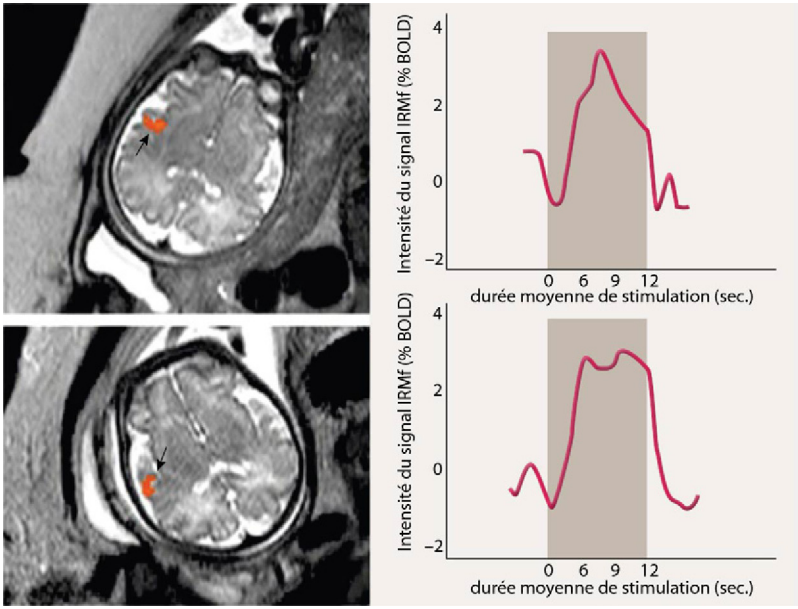

Figure 2.1. Une activité corticale est observable chez le fœtus dès le dernier trimestre de la grossesse.
© Renaud Jardri

- audition ;
- vision, qui est complètement fonctionnelle à 4 mois post-partum.

Le développement fœtal suit, on l'a vu, une loi céphalocaudale, de la partie centrale du corps vers les extrémités. Le cerveau se développe ainsi de la partie postérieure vers la partie la plus antérieure. Il y a des preuves d'un apprentissage *in utero* des préférences précoces pour la mère, avec en particulier une attention et un processus de traitement de l'information qui s'engagent dès 36-40 semaines quand le bébé entend la voix maternelle : c'est le processus de « *Imprinting like* » qui commence en prénatal et qui dure tout le premier trimestre.

Influences prénatales positives et négatives : plasticité cérébrale, concept d'empreinte fœtale

Le développement cérébral est très sensible à certaines influences prénatales qui peuvent avoir un effet durable sur le développement cognitif et émotionnel ultérieur (empreinte fœtale). L'anxiété maternelle durable et intense comme dans un syndrome de stress post-traumatique a un effet démontré sur l'organisation du cerveau fœtal et en particulier sur sa réponse ultérieure au stress, selon un mécanisme probablement épigénétique. La dépression maternelle prénatale a elle aussi une influence sur le développement fœtal, mesurable dès la naissance avec l'échelle de Brazelton (Figuereido *et al.* ; Gérardin *et al.*, 2010), mais qui semble relativement moins importante que celle du stress aigu. L'exposition prénatale au tabac a des influences durables et est un des facteurs de la survenue de troubles du comportement ultérieurs, indépendamment des autres facteurs de risque. L'exposition prénatale à l'alcool est corrélée avec un comportement de retrait relationnel à 6 mois, indépendamment de la dépression maternelle (Molteno *et al.*, 2014). Le syndrome alcoolique fœtal (SAF) peut exister pour des doses faibles mais répétées d'alcool, mais se voit plus fréquemment à la suite d'ingestions massives (*Binge drinking*). L'alcool passe directement dans le placenta et le cerveau fœtal et réalise un exemple de plasticité cérébrale négative : le SAF donne lieu à des malformations faciales et viscérales, à un retard mental variable et à des troubles du comportement, des apprentissages et de l'attention qui sont durables, difficiles à traiter, et qui nécessitent un suivi pédagogique adapté (Gaugue-Finot, Varescon et Wendland, 2006). D'autre part, un anti-épileptique, le Valproate (Depakine®) donne également des retards mentaux de façon très constante, avec des retards de langage et des troubles attentionnels.

Notion de période sensible

Les études longitudinales et de devenir de populations d'enfants exposés à des circonstances spéciales d'élevage et/ou de risque permettent de préciser les effets spécifiques de certaines carences ou de certains facteurs de risque. C'est le cas de la prématurité, qui expose, en fonction de l'âge gestationnel, à un risque accru de troubles attentionnels, mais aussi du développement du langage et de la communication. La prématurité augmente ainsi le risque de retrait relationnel (Braarud *et al. ;* Guedeney *et al.*) ; d'autre part les prématurissimes ont un risque accru de troubles du spectre autistique (TSA) et de troubles du langage.

L'exposition aux drogues montre qu'il existe une sensibilité maximale dans la dernière période de la grossesse. De la même façon, la dépression, le stress et l'anxiété prénatals ont un effet sur le cerveau fœtal et son développement, avec semble-t-il un risque ultérieur accru de sensibilité au stress chez l'enfant (Glover *et al.*, 2010 ; Gallois, Wendland et Tordjman, 2012).

Certains syndromes microdélétionnels s'accompagnent d'un endophénotype comportemental spécifique qui peut éclairer sur la biologie du développement de certaines fonctions. Ainsi le syndrome de Willams Beuren, le syndrome de Willy Prader et le SAF ont en commun un retard mental variable et une sociabilité indiscriminée.

Le syndrome de sociabilité indiscriminée (voir p. 138), d'abord inclus et confondu avec le RAD (trouble réactionnel de l'attachement observé chez les enfants élevés en orphelinat), s'observe chez des enfants ayant vécu des violations graves et répétées de synchronisation des interactions ; le syndrome est durable, mais n'empêche pas la constitution d'un attachement sécure. Il indique que le développement d'un mode souple et stable d'intersubjectivité nécessite des échanges parent-enfant précoces, mutuels et de qualité suffisante, et qu'il existe une période sensible pour le développement d'une intersubjectivité optimale. En revanche, le comportement d'attachement peut se développer chez les enfants qui n'ont pas eu de relation d'attachement initiale.

La clinique de l'autisme infantile a longtemps fait penser qu'il existait une période sensible pour le développement du langage, mais on peut observer son émergence chez les autistes jusqu'à l'adolescence. En revanche, l'acquisition d'une deuxième langue apparaît plus difficile passée la première enfance. S'il n'existe donc pas chez le bébé humain de phénomène d'empreinte comme chez l'animal, avec l'absence de développement d'une fonction si elle n'est pas mise en œuvre à une période précise, il semble bien qu'il existe des périodes sensibles pour le développement optimal de certaines fonctions mentales supérieures (O'Conner et Parfitt, 2009).

Les composantes du développement psychologique précoce

Les compétences précoces du bébé : connaissances de base, perception amodale, imitation néonatale

Le développement s'observe dans les dimensions perceptives, motrices, cognitives, du langage, de la communication et de l'échange affectif et intersubjectif, et dans celui de l'identité de genre. Ces aspects sont, on l'a vu, interdépendants, et le développement s'apprécie par la prise en compte de l'ensemble de ces aspects.

L'étude du développement perceptif a beaucoup bénéficié de la technique d'habituation et de la mesure de la succion non nutritive, et a vu une révolution dans la mesure des capacités sensorielles à la naissance et dans les débuts de la vie (fig. 2.2). Il existe un mécanisme inné qui sous-tend la possibilité de perception amodale, non spécifique d'un mode sensoriel, donc de transfert de l'information d'une modalité sensorielle à une autre. Notons que l'imitation néonatale, remarquée par Zazzo dès 1945 chez son fils nouveau-né, allait à l'encontre de la théorie piagétienne alors dominante,

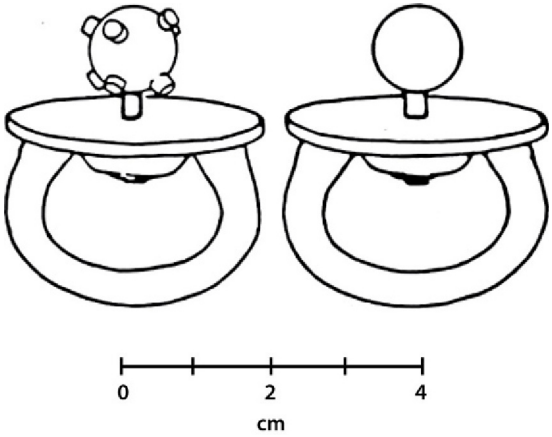

Figure 2.2. Modèle expérimental de la mise en évidence de la perception amodale chez le bébé.
Source : AN Meltzoff, RW Borton. Intermodal matching by human neonates. *Nature* 1979; 282: 403-4.

et ne sera confirmée que bien plus tard, par Meltzoff et Borton en 1979. C'est un exemple de plus de la difficulté de la prise en compte des faits lorsqu'ils s'opposent à la théorie dominante à un moment donné.

De même, les expériences de Spelke d'une part, et de Baillargeon d'autre part, indiquent que l'unité et la permanence de l'objet apparaissent dès l'âge de 4 à 5 mois, et non pas à 8-12 mois comme le pensait Piaget, qui est l'âge auxquelles elles se stabilisent. On assiste à cet âge à la coexistence de deux phénomènes : la permanence précoce de l'objet et la persistance jusqu'à un an de l'erreur classique dite « A-non B » dans laquelle le bébé cherche à l'endroit initial un objet qu'il a vu être déplacé. On l'explique maintenant en termes de défaut d'inhibition d'un geste inadéquat. Ceci montre toute l'importance dans le développement de la montée en puissance de la capacité d'inhibition préfrontale, clé de voûte des fonctions exécutives.

Le bébé naît donc avec des capacités précoces étonnantes, bien loin d'une table rase, d'un autisme initial dont il sortirait comme l'oisillon de son œuf, et loin d'une fusion d'une symbiose initiale. On parle maintenant de *Core Knowledge* (Connaissances de base, Spelke), c'est-à-dire d'un « noyau de connaissances de base » chez le bébé qui lui permet de prévoir, dès l'âge de 15 mois, les comportements des animaux ou des objets, et les intentions des êtres vivants. Le bébé connaît donc les lois de déplacement des objets, et fait d'emblée la différence entre animaux et humains. Il est surtout capable immédiatement de suivre des lois de la communication humaine, de prendre et d'attendre son tour, avec sa capacité de synchronisation et sa sensibilité aux violations de ses attentes dans cette interaction humaine qu'il apprécie d'emblée (Lecuyer Steri, Pecheux, 1996 ; Tourrette, Guidetti, 1995 ; Soussignan, Nadel, Canet, Gérardin, 2006).

Les mécanismes possibles du développement précoce

Ils restent hypothétiques, mais on sait qu'il n'existe sans doute pas un mécanisme causal unique, comme Watson l'avait pensé avec le conditionnement comme principe exclusif explicatif du développement mental.

Le modèle de l'ordinateur a été lui aussi utilisé pour comprendre le développement cognitif, à partir des modèles du connexionnisme et de l'intelligence artificielle.

Le principe d'équifinalité et de multifinalité de von Bertallanfly, théoricien de l'information et des systèmes, garde toute sa pertinence : il signifie que le même état final peut être atteint à partir de conditions de départ très différentes, et que des conditions initiales très variables peuvent conduire au même devenir psychopathologique ou développemental. Ceci signifie

que les risques apparaissent non spécifiques vis-à-vis des conséquences développementales : différents facteurs de risque peuvent donner le même effet ; à l'inverse, un même ensemble de facteurs de risque peut donner des troubles de nature différente.

Cette notion théorique ancienne est en fait toujours importante : elle nous rappelle que seules des études d'intervention contrôlées peuvent nous permettre de mieux individualiser l'importance pour le développement d'un facteur de risque ou de leur association, et de comprendre comment l'action d'un facteur de risque limite la résilience et comment son effet peut être contrebalancé. Un exemple de facteur de risque à l'action bien identifiée est celui du tabac pendant la grossesse, qui expose à l'augmentation nette du risque de troubles du comportement à l'adolescence, indépendamment des autres facteurs de risque familiaux.

Le développement du langage

Le langage apparaît vers 18-20 mois, marqué par l'usage de mots isolés puis associé dans une phrase simplifiée, et se poursuit par une acquisition exponentielle du nombre de mots du lexique. Cette explosion du langage se produit sur une base de capacités de communication qui sont, on l'a vu, très actives très tôt dans la vie, dès les premières semaines. Un ensemble cohérent de données indique que le bébé est doté d'un dispositif lui permettant de discriminer, de catégoriser et segmenter et enfin de se représenter le matériau linguistique, et ce dès les premiers six mois de la vie. Il existe bien un « dispositif préprogrammé du langage » (Chomsky), que l'on voit fonctionner chez le bébé, puisque la zone temporale du cerveau du bébé s'allume en imagerie fonctionnelle quand on lui parle. Parallèlement, il se met en place un système de communication sociale prélinguistique entre le bébé et ses proches, système qui va sous-tendre tout le développement affectif.

Si le débat n'est plus entre les tenants d'un dispositif exclusivement génétique ou exclusivement acquis comme lors du fameux débat Piaget/Chomsky, à Royaumont en 1975, il reste très vif quant à la part prise par l'un ou l'autre, c'est-à-dire la part de la maturation et celle de l'apprentissage, et sur l'influence de la communication sur les capacités linguistiques. Steven Pinker parle ainsi d'un « instinct du langage », reprenant la phrase de Darwin : « la capacité du langage est une tendance instinctive à acquérir un art ». Il existe pour Pinker, comme pour Chomsky, un « module préinstallé » permettant la compréhension grammaticale, que l'interaction langagière permet de faire fonctionner et auquel il donne un lexique et des applications, au sens informatique du terme.

D'un autre côté, on a maintenant la réponse à des débats anciens : il existe clairement une cognition indépendante du langage. Le point

important est ici que le développement du langage fonctionne comme un module, qui reconnaît un développement précis, quelle que soit la culture, et de façon relativement indépendante des interactions précoces. C'est la qualité du langage et sa valeur de communication qui sont influencées par les relations parents-enfant, mais assez peu son développement initial, qui reconnaît un mécanisme puissant d'autorenforcement (*boot strapping*). Ce développement est très robuste et il est donc important de noter tout retard à l'apparition du langage dans sa qualité, sa quantité et sa valeur de communication, toute stagnation et bien sûr toute régression dans ce formidable mécanisme.

Résilience et autocorrection du développement précoce

La petite enfance, entre 0 et 3 ans, est bien l'âge où le développement peut opérer des arrêts, des régressions et des rattrapages impressionnants, comme von Bertallanfly l'a tôt noté. Ce phénomène pourrait avoir aussi des déterminants génétiques, comme le montrent certains modèles animaux. C'est en particulier le cas du singe Rhésus, chez qui le comportement d'attachement médiatise l'effet de certains gènes : les femelles Rhésus porteuses d'un allèle 5-HIAA qui les expose au risque de dépendance à l'alcool n'expriment pas ce risque si leur attachement à leur mère est de type « sécure ». Ceci existe aussi chez l'homme, comme le montre la remarquable étude longitudinale de De Caspi à Christchurch en Nouvelle-Zélande sur les facteurs de risque et de résilience des troubles du comportement des garçons. Cette étude menée depuis plus de 25 ans chez de jeunes hommes et portant avant tout sur les déterminants des troubles du comportement montre que certains gènes de susceptibilité peuvent jouer un rôle dans la résilience face à l'abus de toxiques, à la violence et à l'abus. Les hommes porteurs d'un certain allèle du gène 5-HIAA ont montré plus de résilience face à l'abus que ceux qui étaient porteurs de l'autre allèle du gène ; ces hommes abusés ne devenaient pas, ou beaucoup moins souvent, abuseurs eux-mêmes ou atteints de psychopathologie sévère dans les suites de l'abus qu'ils avaient subi.

La méta-analyse de Chantal Cyr *et al*. (2010), portant sur les facteurs responsables de la désorganisation de l'attachement, elle-même reconnue comme source de psychopathologie, atteste également du lien entre le nombre de facteurs de risque et l'accroissement du risque psychopathologique. L'association de cinq facteurs indépendants de risque conduit à un risque très accru de désorganisation de l'attachement chez l'enfant vivant dans une famille à haut risque, qu'il soit victime ou non de maltraitance

ou d'abus (violence de la part des parents et/ou abus sexuel). En fait, les enfants exposés à une accumulation de facteurs de risques de nature psychosociale (chômage, monoparentalité, etc.) ont quasiment le même risque de développer un attachement désorganisé que les enfants victimes de maltraitance avérée.

Enfin, les facteurs de risque sont souvent spécifiques d'un échantillon de population, et on ne peut donc établir une liste de facteurs de risques valides quel que soit le contexte. Selon Roth et Fonagy, ceci a des conséquences importantes sur l'intervention et la prévention car il semble qu'il faille des interventions multiples pour faire face à des risques multiples.

La nécessité d'un dépistage et d'une intervention précoces

Le développement psychologique précoce est donc très puissant, permettant d'aboutir à un être de langage capable d'échanges avec l'autre et d'apprentissage dans la très grande majorité des cas, et alors même que les circonstances de départ de ce développement et ses étapes peuvent être très variées. Mais cette résilience a ses limites et ce qui s'exprime tôt en termes de troubles du développement peut avoir des conséquences durables. Dès lors, il ne sert à rien de prendre une attitude d'attente, en comptant sur la force d'autocorrection du développement (« Ça s'arrangera tout seul »), dès qu'il existe une déviation nette par rapport à la moyenne dans un domaine important du développement (contact, communication, capacité de synchronisation, langage, affectivité, contrôle de l'agressivité, cognition). Cela justifie le repérage précoce des signaux d'alarme qui permettent la mise en œuvre d'une évaluation et d'un diagnostic précoces, qui ouvrent à une intervention précoce. Cela suppose également que l'évaluation s'appuie sur la connaissance des variations du développement, de ses influences et variations culturelles, et de ses périodes sensibles. Enfin, il importe que cette évaluation soit d'abord un inventaire de ce qui fonctionne de façon satisfaisante, avant d'explorer ce qui peut poser problème.

Le développement précoce est intense entre la naissance et 18 mois. Il a une tendance auto-correctrice et résiliente, ce qui explique que l'intervention précoce puisse être très efficace. Le revers de la médaille est que ce qui s'exprime tôt risque d'avoir un impact fort sur le développement ultérieur. Si un trouble effectif du développement apparaît, et non pas une variation normale, l'attentisme n'est pas de mise : il faut le déceler et l'évaluer très tôt, les choses ne s'arrangeront pas d'elles-mêmes.

Liste des signaux d'alarme importants à repérer dans la petite enfance

- Pas de sourire à 3 mois.
- Retrait relationnel durable (> 2 semaines).
- Trop sage, dort trop.
- Pas de babil.
- Pas d'angoisse de l'étranger à 7 mois.
- Absence de curiosité.
- Porte les choses constamment à la bouche.
- Manque d'imitation, manque d'initiative dans la relation.
- Difficultés importantes et constantes dans les transitions entre les états.
- Difficultés à se calmer seul.
- Colères intenses et répétées.
- Pas de pointage protodéclaratif à 18 mois.
- Pas de faire semblant à 18 mois.
- Toute interruption du développement du langage et de la communication.

Références

Bradley BS. Trois types de développementalisme. Devenir 1992;4(3):43-64.

Bronfenbrenner U. The ecology of human development: experiments by nature and design. Cambridge MA: Harvard University Press; 1979.

Brusset B. Le développement libidinal. Paris: PUF; 1992.

Chomsky N. Aspects of the theory of syntax. Cambridge MA: The MIT Press; 1965.

Damasio A. L'erreur de Descartes. La raison des émotions. Paris: Odile Jacob; 2001. (La raison n'est pas au sommet de la pyramide du fonctionnement mental.)

Gallois T, Wendland J, Tordjman S. Effets du stress prénatal sur le fœtus et les données périnatales : une revue critique de la littérature. L'Évolution psychiatrique 2012;77:291-301.

Gaugue J, Varescon I, Wendland J. Le syndrome d'alcoolisation fœtale : état de la question. Psychotropes 2006;12:113-24.

Gavin-Brenner J. Infancy. 2e éd. Cambridge: Blackwell; 1994. (Un classique : théories du développement.)

Gerardin P, Wendland J, Bodeau N, Galin A, Verrier A, Bialobos S, et al. Depression during pregnancy: Is the developmental impact earlier on boys? A prospective case-control study. The journal of clinical psychiatry 2010 november 30; doi: 10.4088/JCP.09m05724blu.

Glover V, O'Connor TG, O'Donnell K. Prenatal stress and the programming of HPA axis. Neuroscience and biobehavioral reviews 2010;35(1):17-22.

Houdé O, Leroux G. Psychologie du développement cognitif. Paris: PUF; 2009.

Koupernik C, Dailly R. Le développement neuro-psychologique du nourrisson. Paris: PUF; 1968.

Lecuyer R, Steri A, Pecheux MG. Le développement cognitif du nourrisson. Paris: Nathan; 1996.

Meltzoff A, Moore K. Imitation of facial and manual gestures by human neonates. Science 1977;198:75-8.

Meltzoff A, Borton RW. Intermodal matching by human neonates. Nature 1979;282:403-4.

Molteno CD, Jacobson JL, Carter RC, Dodge NC, Jacobson SW. Infant emotional withdrawal: A precursor of affective and cognitive disturbance in fetal alcohol spectrum disorders. Alcoholism: clinical and experimental research 2014; Vol 38(2):479-88.

O'Conner TG, Parfitt DB. Translating research findings on early experience to infant mental health. In: Zeanah CH, editor. Handbook of infant mental health. 3e éd. New York: Guilford Press; 2009, p. 120-31.

Pinker S. The Language Instinct. New York: Harper Perennial Modern Classics; 1994. (Trad. française : Desjeux MF. L'instinct du langage. Paris: Odile Jacob; 2008.) (Le livre du développement du langage.)

Rochat P. Le monde des bébés. Paris: Odile Jacob; 2006. (Un livre essentiel par un des acteurs majeurs du champ du développement précoce.)

Soussignan R, Nadel J, Canet P, Gérardin P. Sensitivity to social contingency and positive emotion in 2-month-olds. Infancy 2006; Vol 10(2):123-44.

Spelke E. Initial knowledge: six suggestions. Cognition. 1994;50(1–3):431-45.

Stern DN. The Interpersonal World of the Infant. A view from psychoanalysis and developmental psychology. New-York: Basic Books; 1985. (Trad. française : Le monde interpersonnel du nourrisson Une perspective psychanalytique et développementale. Paris: PUF; 1989.) (Le livre qui a révolutionné la théorie du développement précoce ; la description de l'accordage affectif.)

Tourrette C, Guidetti M. Introduction à la psychologie du développement. Paris: Armand Colin; 1995.

Trevarthen C, Aitken KJ. Infant inter-subjectivity: research, theory, and cliniccal applications. Journal of child psychiatry and psychology 2001;42(1):3-48.

Vigotski LS. Pensée et langage. Paris: éditions Sociales; 1985.

Wallon H. De l'acte à la pensée : essai de psychologie comparée. Paris: Flammarion; 1970.

3 Le développement affectif, social et émotionnel

L'attachement et les figures d'attachement de 0 à 3 ans

Le terme « attachement » se révèle polysémique et s'est enrichi progressivement au cours du temps. Être attaché à quelqu'un signifie qu'on recherche la proximité, physique ou psychologique de la part de la figure spécifique à laquelle on est attaché. On recherche cette proximité en cas de détresse ou d'alarme. Le comportement d'attachement est donc contextualisé : c'est ce que l'on s'attend à observer en cas de détresse. Le but du comportement d'attachement est la réduction du stress : il s'agit de se sentir de nouveau en sécurité. Les comportements d'attachement sont innés, avec comme fonction d'attacher l'enfant à sa mère et probablement de favoriser le lien réciproque de la mère à l'enfant, en activant les capacités parentales de *caregiver*, de donneur de soin. Tout comportement qui permet à une personne, tout au long de la vie, de devenir proche ou de maintenir la proximité de quelques figures préférentielles et privilégiées peut être considéré comme un comportement d'attachement.

Il est remarquable que ce soit à Bowlby que l'on doive la première description du comportement d'attachement du bébé humain, décrit sur le modèle de celui des primates. Il est remarquable qu'il ait fallu attendre 1958 pour qu'un clinicien constate que : puisque tous les mammifères ont un comportement d'attachement, et vu que l'homme est un mammifère, alors l'homme doit avoir un comportement observable d'attachement, dont on peut décrire le développement.

La notion de figure d'attachement a été, elle aussi, progressivement définie (Bowlby, 1969). C'est la personne vers laquelle l'enfant dirigera son comportement d'attachement. Sera susceptible de devenir une figure d'attachement tout adulte (dans les conditions normales) qui s'engage dans une interaction sociale, durable et animée avec le bébé, et qui répondra facilement à ses signaux et à ses approches (Ainsworth, 1978).

Howes (1999) propose de repérer dans le réseau social de l'enfant les figures d'attachement, à partir des trois critères suivants :

– il s'agit d'une personne prenant soin physiquement et émotionnellement de l'enfant ;

– ayant une présence importante et régulière dans sa vie ;

– l'investissant émotionnellement.

© 2014 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

En pratique, la figure d'attachement principale est celle qui s'occupe le plus de l'enfant, en particulier la nuit, et en général dans les moments de stress. Ce n'est donc pas obligatoirement la mère, ni même une femme. Dès 1969, Bowlby soutient que l'enfant développe une hiérarchie de relations d'attachement ; celle-ci s'établit en fonction de la force du sentiment de sécurité que lui apporte chaque relation avec ceux qui s'occupent de lui, et cette intensité serait liée à la quantité et à la qualité des soins donnés. Le plus souvent, la mère devient la figure d'attachement principale parce que c'est celle qui, autour des soins de routine, passe le plus de temps avec le bébé dans les premiers temps, et la nuit. C'est vers elle que se tournera de manière préférentielle et automatique, l'enfant, en cas de détresse ou d'alarme. L'enfant a donc une tendance innée à s'attacher spécialement à une figure, indépendamment de l'alimentation. Les figures d'attachement primaires sont celles qui se forment dans la première année. Les figures d'attachement secondaires se forment au-delà de cette période et tout au long de la vie. Howes (1999) distingue deux grandes catégories de figures d'attachement « alternatives », d'une part, les pères, les grands-parents, les nourrices et les auxiliaires de crèches, ainsi que les enseignants que l'on trouve dans les contextes de vie habituels ; d'autre part, les familles d'accueil et les parents adoptifs, les personnels des pouponnières et des foyers ainsi que les éducateurs.

Une caractéristique essentielle à retenir est que le lien d'attachement est dirigé du plus faible vers celui qui protège : seul l'enfant est attaché à ceux qui l'élèvent. Les parents, eux, lui donnent protection et réconfort, mais le bébé n'est pas une figure d'attachement pour les parents, et en tous cas, ne doit pas jouer ce rôle, sauf à son détriment (attachement renversé, Bowlby ; Byng-Hall). Avant la naissance, il n'existe pas d'attachement proprement dit des parents au fœtus ; on parle de « lien », de *bonding*, d'investissement des parents pour le fœtus. Il existe des échelles de *bonding* pour mesurer ce phénomène, improprement appelées échelles d'attachement fœtal ou prénatal. Après la naissance, les parents sont évidemment attachés au bébé, de façon intense, comme en témoigne l'intensité de la douleur en cas de perte du bébé, mais il ne s'agit pas d'une relation d'attachement au sens propre : les parents s'occupent du bébé, et pas l'inverse.

Le développement des relations d'attachement

La relation d'attachement se construit progressivement, sur plusieurs mois : ce n'est pas un phénomène inné, immédiat, comme celui de

l'empreinte des éthologues (Bowlby, 1969). Deux indices caractérisent une relation d'attachement pour l'enfant : il recherche auprès d'elle, de manière préférentielle, proximité et sécurité et proteste en cas de séparation subie. Le développement de la relation d'attachement connaît plusieurs phases.

Première phase, de la naissance à 3 mois : l'orientation et les signaux sans discrimination d'une figure d'attachement

Les comportements d'attachement sont présents dès la naissance (cris, sourire, appel, agrippement), mais ils ne sont pas encore focalisés, dirigés vers une figure particulière. À ce stade, ils ont comme objectifs de rapprocher le bébé de l'adulte, et d'activer ses comportements de *caregiving*, de protection et de soins. C'est la fonction principale des pleurs et des cris du bébé, qui ont la capacité de recruter puissamment les comportements parentaux. Ils sont dirigés de façon préférentielle vers les adultes qui approchent le bébé : il n'y a pas encore de notion de figure spécifique et on ne parle pas encore de figure d'attachement pour le bébé.

Trois catégories de comportements innés vont permettre le développement de l'attachement du bébé au *caregiver* (Bowlby, 1969) :

- les *comportements aversifs* (les pleurs, les cris) amènent rapidement le *caregiver* vers le bébé ;
- les *comportements de signalisation* (le babillage, le sourire) attirent et maintiennent le *caregiver* vers le bébé, pour des échanges agréables. Le plaisir réciproque de ces échanges est un puissant carburant des interactions parent-enfant, et de la qualité et de l'étendue du développement psychologique du bébé ;
- les *autres comportements actifs* sont encore rudimentaires : il s'agit par exemple de la capacité à attraper ou à s'accrocher, alors que chez le bébé humain la capacité à s'orienter vers les humains est innée et très active. Bowlby inclut d'abord, en 1969, le comportement de succion dans les comportements d'attachement, mais le supprime en 1982.

L'adéquation des réponses du *caregiver* (sensibilité, rapidité, efficacité) entraîne la diminution des comportements aversifs, comme les pleurs et les cris, et favorise le développement des comportements actifs de signalisation et de plaisir. Le cri prend vite un aspect discriminé, selon ses causes (détresse, douleur, colère, jeu). Cette première phase de développement s'allonge et se poursuit au-delà de 3 mois si les conditions environnementales sont défavorables, et lorsque les réponses des figures d'attachement sont inadéquates (Bowlby, 1973).

Deuxième phase entre 3 et 6 mois : l'orientation et les signaux dirigés vers une ou plusieurs figures individualisées

Le bébé différencie nettement les personnes qui lui sont familières ou étrangères et s'oriente préférentiellement vers les figures familières. En cas de détresse, le bébé se dirige de façon active vers ces dernières. Les cris ou les pleurs de l'enfant sont alors calmés de façon plus rapide par la figure d'attachement principale que par n'importe quelle autre personne. Vers 4-5 mois, un enfant dont la mère quitte la pièce crie ou pleure, essayant ainsi de la ramener auprès de lui. L'enfant sourit préférentiellement et plus intensément aux personnes qui lui sont familières, et encore plus à sa figure d'attachement principale. L'enfant babille de plus en plus avec sa figure d'attachement, instaurant de véritables dialogues, et beaucoup moins devant les personnes étrangères. C'est ce que Mary Ainsworth a, la première, détaillé dans son étude longitudinale d'enfants Ougandais (Ainsworth, 1967). La réponse adéquate et le plaisir partagé par les *caregivers* auront un effet de renforcement positif sur le comportement d'attachement et sur sa focalisation.

Troisième phase de 6-9 mois jusqu'au début de la troisième année

Cette phase est marquée par des changements importants dans les capacités motrices, cognitives et de communication de l'enfant. Autour de la première année, l'enfant acquiert la marche, ce qui lui donne un rôle actif dans la gestion de la distance optimale avec sa figure d'attachement : il peut s'approcher, suivre, et rechercher sa mère de façon active. Quatre phénomènes marquent cette phase. L'enfant approche alors de manière spécifique la figure d'attachement lors des retrouvailles ou des situations de détresse : il se dirige vers elle sans hésitation si elle est présente, tend les bras et demande à être pris dans les bras après une séparation, ce que l'on observera dans la situation étrange d'Ainsworth. L'enfant suit sa figure d'attachement principale quand celle-ci s'éloigne de lui, comme les bébés oies de Konrad Lorenz le suivaient, du fait du phénomène d'empreinte. Chez l'homme, il n'existe pas d'empreinte et l'absence de contact à la naissance n'agit pas négativement sur le développement de l'attachement. À cette période, un phénomène majeur pour la clinique se met en place : c'est le comportement dit de « base de sécurité ». Le bébé dont le système d'attachement est en veille s'occupe, joue, découvre, s'éloigne. Puis, devant un obstacle, la peur ou l'éloignement, le système se rallume, comme avec un thermostat. Le bébé

retourne au havre de sécurité représenté par la proximité avec une figure d'attachement. C'est la balance entre exploration et attachement (Grossman).

L'exploration, au mieux favorisée par le *caregiver*, qui reste attentif sans intervenir, amène l'enfant à s'éloigner de sa figure d'attachement, et à prendre confiance en lui-même. En lien avec ce phénomène apparaissent alors la peur de l'étranger et l'angoisse de séparation : l'enfant suspend ses activités quand il est confronté à une personne inconnue, s'en éloigne pour aller vers sa figure d'attachement en témoignant de l'activation de son système d'attachement. Après un certain temps, en fonction du signal favorable ou non donné par le parent (ce qu'on appelle la référence sociale) et si l'étranger montre des affects positifs et n'est pas intrusif, l'enfant peut interagir avec lui, mais en maintenant un certain niveau de vigilance.

On voit ici que la focalisation de l'attachement exerce une fonction de protection, que l'on peut comprendre dans une perspective évolutionniste. En effet, la focalisation de l'attachement réduit le périmètre d'exploration du jeune enfant, et lui évite de se retrouver trop loin, alors qu'il n'a pas encore les capacités de retrouver son chemin et de se protéger lui-même.

Grâce à l'ensemble de ces acquisitions, l'enfant passe du besoin de proximité avec sa figure d'attachement au besoin de sa disponibilité, puis seulement de son accessibilité en cas de détresse ou d'alarme. Il peut maintenir l'attention de sa figure d'attachement sur lui et activer ses comportements d'attachement s'il perd cette attention. Il est, par exemple, très difficile pour les enfants de cet âge de supporter que leur figure d'attachement téléphone ou s'isole pour lire. La durée et la distance lors de l'exploration dépendent de la capacité du parent à maintenir l'enfant dans son « radar », sans aide ou protection excessive, c'est-à-dire non demandée par l'enfant. Par exemple, l'enfant peut poursuivre une exploration dans un lieu familier si sa figure d'attachement s'éloigne, mais ne pourra pas le faire s'il est dans un lieu étranger.

À ce stade du développement, à la fin de la première année, l'organisation des modes de comportement d'attachement s'est stabilisée, sous l'influence de la capacité du bébé à généraliser les comportements parentaux en réponse à sa détresse : le bébé sait alors à quoi s'attendre, de la part de chacune de ses figures d'attachement, quand il manifeste de la détresse. Le comportement d'attachement devient identifiable et relativement stable. Il est alors évaluable à travers la Situation Étrange d'Ainsworth, que l'on pourra utiliser, de façon adaptée selon l'âge jusque vers 5/6 ans. Cette situation de séparations et réunions répétées permet de mettre en évidence la stratégie utilisée par l'enfant lors du stress de la séparation (voir détail p. 88).

Les différents styles d'attachement de l'enfant, identifiables à partir d'1 an

L'attachement sécure

Si l'enfant a fait des expériences relationnelles de qualité, avec une sensibilité parentale à ses signaux de stress qui aboutit à des réponses rapides, adéquates et efficaces, avec des erreurs systématiquement corrigées et non systématiquement répétées, alors l'enfant pourra conserver la stratégie primaire qui lui permet de se rapprocher de sa figure d'attachement en cas de détresse : l'enfant proteste devant la séparation et recherche lors de la réunion un contact physique, qu'il maintient en s'agrippant jusqu'à ce qu'il soit calmé et qu'il reprenne alors son exploration et son jeu. La stratégie est souple, et on parle d'attachement sécure, de type B (pour *Secure Base*). Ce mode d'attachement est retrouvé chez 60 % des enfants en population « normale », dans un échantillon volontaire issu de la communauté et qui ne consulte pas. Le comportement d'attachement s'éteint dès la proximité obtenue, et l'extinction du « thermostat » de l'attachement entraine la reprise de l'exploration.

L'attachement insécure

Si l'enfant a fait l'expérience de réponses environnementales moins satisfaisantes à ses besoins de réconfort, il aura recours à des stratégies conditionnelles ou adaptatives. En fait, l'enfant aura tendance à modifier ses signaux de détresse pour obtenir la meilleure réponse possible de la part des *caregivers*. Deux modes d'attachement insécures sont identifiables lors de la situation étrange.

L'attachement insécure-évitant

Si les parents ou les caregivers ont tendance à demander à l'enfant de ne pas faire appel à eux quand il est en état de stress, alors l'enfant met en place une stratégie de désactivation de sa réponse émotionnelle, en l'inhibant. Dans la situation étrange, cette stratégie se dévoile dans l'évitement lors de la réunion. L'évitement s'accroît de la première à la deuxième réunion. L'attitude de l'enfant montre qu'il n'est apparemment pas sensible à la séparation, ni au retour de sa figure d'attachement. Il évite la proximité lors de la réunion. On pourrait penser qu'il est à l'aise, mais la mesure de la courbe de décroissance du cortisol salivaire et de la variabilité du rythme cardiaque comme indices de stress montre qu'il n'en est rien et que son stress est élevé. La répétition de ces réponses parentales face à son stress (« débrouille-toi tout seul ») amènera l'enfant à construire un mode d'attachement de type insécure évitant (Type A, *Avoidant*). Ce type de réaction est internalisé, le plus souvent de façon non consciente chez l'enfant, comme elle l'est dans la réponse évitante du parent au stress de l'enfant.

L'avantage de cette stratégie est de permettre à l'enfant d'obtenir le plus d'attention possible de la part d'un parent qui tolère mal ses expressions de stress, mais qui peut s'occuper de lui de façon satisfaisante s'il ne lui demande pas de réconfort ou de proximité. Cette stratégie est donc efficace, mais elle est plus rigide que la stratégie sécure, et se paie d'une défiance et d'une compétence beaucoup plus faible vis-à-vis des relations proches, affectives.

L'attachement insécure-ambivalent

Si les parents ont tendance à avoir des comportements imprévisibles, tantôt adaptés et sensibles, tantôt indifférents voire irrités, la stratégie logiquement utilisée par l'enfant, en face d'une telle attitude souvent répétée, est d'augmenter l'intensité de ses signaux d'appel (stratégie de maximisation), pour recruter le plus de présence et de proximité parentale (attitude d'agrippement maintenu). Lors de la séparation, la détresse est immédiate et intense ; à la réunion, l'enfant s'agrippe au parent, résiste à quitter les bras et prend beaucoup de temps pour se calmer, avec une tonalité nettement perceptible de colère. Les stratégies conditionnelles de type hyper activation amènent l'enfant à construire des patterns comportementaux d'attachement de type insécure ambivalent (Type C ambivalent résistant).

Un des points forts de la théorie de l'attachement de Bowlby est ainsi de donner du sens à la symptomatologie précoce et au comportement de l'enfant, sans faire appel à des hypothèses invérifiables : la progressive mise en place de l'angoisse de séparation, de l'angoisse de l'étranger prennent sens dans le cadre de la focalisation de l'attachement. Ces comportements sont apparus au décours d'une longue évolution au sens Darwinien. Ils facilitent la survie du jeune enfant dépendant, et le développement des dimensions spécifiquement humaines de relation sociale, de coopération, de communication émotionnelle et de capacité à mentaliser, c'est-à-dire à penser sa pensée et celle de l'autre.

Il est important de noter que ces stratégies conditionnelles ou adaptatives insécures ne sont pas synonymes de psychopathologie, mais restent dans une construction normale, bien qu'adaptative du lien d'attachement, en fonction des différents styles de *caregiving*. On voit donc que le nombre des stratégies est limité, avec deux réponses adaptatives opposées : l'une minimise le signal de détresse envoyé au *caregiver*, l'autre la maximise. En revanche, l'attachement désorganisé témoigne de la faillite des mécanismes d'adaptation. L'enfant utilise des stratégies contradictoires, voire échoue à en mettre une en œuvre.

L'attachement désorganisé (Type D)

Il a été le dernier à être individualisé, à partir des cas inclassables dans la situation étrange. En effet, ces bébés ne montrent pas de stratégie de défense identifiable de façon stable dans la situation étrange, ou ils présentent un

mélange de stratégies sécures et insécures, ou encore des interruptions brusques de leur recherche de proximité ou de réconfort, alors qu'ils sont en présence de leur figure d'attachement. L'enfant peut montrer des comportements aberrants, dans lesquels il se dirige d'abord vers la figure d'attachement puis s'en éloigne, ou des comportements contradictoires de proximité et de rejet, ou encore d'abandon brusque de sa demande de réconfort, avec parfois même chute, ou sidération. On peut ainsi observer l'absence d'une stratégie identifiable stable, sécure ou insécureconcomitante de ces comportements contradictoires visà-vis de la figure d'attachement : avec recherche simultanée de proximité et fuite. Le niveau du cortisol salivaire est très élevé dans la désorganisation, témoignant de la faillite des processus de régulation du stress.

Cette désorganisation s'observe en réponse à des comportements parentaux violents, volontairement ou non, et terrifiants pour l'enfant (cris, coups, abus sexuel, menaces, ou absence totale de réponse, abdication, anxiété ou peur intense du parent) alors même que l'enfant réclame du réconfort de la part de la figure d'attachement parentale.

La situation du jeune enfant est alors paradoxale et sans solution, puisque la peur générée par le parent augmente le besoin de proximité. On parle de paradigme du parent terrifié/terrifiant comme générant spécifiquement la désorganisation de l'attachement. L'attachement désorganisé est très corrélé à la survenue de psychopathologie ultérieure, sans spécificité, mais avec une grande fréquence de troubles du comportement de type externalisé ou internalisé.

Les différents types d'attachement identifiables dès l'âge d'1 an avec l'un ou l'autre des parents, en lien avec l'attitude parentale en cas de stress de l'enfant

Sécure B : 60 %

Maternage (*caregiving* parental) sensible, protestations à la séparation, recherche de contact lors du stress.

Insécures

- A = Évitant : 10 %

  Maternage (*caregiving*) évitant : pas de protestation à la séparation, évitement du contact aux retrouvailles.
- C = Ambivalent-Résistant : 5 %

  Maternage variable, inconsistant : protestation intense à la séparation, colère aux retrouvailles.
- D = Désorganisé : 10-15 %

  Maternage (*caregiving*) violent ou imprévisible ou absent : figement, attitudes contradictoires (recherche de réconfort/fuite).

La phase de développement du lien d'attachement entre 2 et 4 ans

Le développement de nouvelles capacités cognitives et langagières est considérable et il entraîne des changements dans l'expression des comportements d'attachement. L'enfant de cet âge a beaucoup moins besoin de la réalité d'une proximité que de la conviction de la possibilité de maintenir l'attention du *caregiver* sur lui. Le développement du langage permet des conversations dans lesquelles l'enfant échange verbalement avec ses figures d'attachement sur ses affects et ses objectifs. L'enfant, grâce à sa motricité, est capable d'une autorégulation de la distance optimale qu'il peut supporter avec sa figure d'attachement. Le développement de ses capacités cognitives lui permet de construire une représentation mentale de la séparation, qu'il peut alors mieux tolérer. Les enfants sont moins désemparés dans les situations de séparation et ce d'autant plus qu'ils auront négocié et se seront mis d'accord avec leur figure d'attachement sur les conditions de cette séparation et sur les modalités des retrouvailles. On parle de partenariat corrigé quant au but (*Goal corrected partnership*). Celui-ci sera particulièrement sollicité dans les situations clés réveillant l'attachement que sont les séparations et les conflits autour de l'autorité qui marquent de cette période.

Parallèlement, l'enfant acquiert un point de vue moins autocentré ; la capacité de mentalisation se développe, et lui permet de prendre en compte la pensée de l'autre qui peut être reconnue comme différente (théorie de l'esprit). Parent et enfant pourront atteindre un but commun en adaptant leur comportement et leurs intentions grâce à la reconnaissance de leurs états émotionnels, leurs capacités à distinguer leur point de vue de celui de l'autre, leur possibilité d'organiser des stratégies logiques pour atteindre un but.

Ces capacités de partenariat, qui conditionnent celles à négocier les conflits et les désaccords sont à cet âge-là un bon reflet de la qualité de l'attachement de l'enfant. Elles sont aussi un bon reflet des capacités de *caregiver* du parent. On observe leur absence dans les difficultés de comportement des jeunes enfants avant trois ans (voir p. 120).

Un tel attachement sécure est propice à l'apprentissage par l'enfant des données importantes de la relation sociale. À cet âge, l'enfant peut supporter de passer du temps en groupe, et les relations avec les pairs commencent à prendre de l'importance. Un enfant ayant un lien sécure a construit une représentation positive de l'autre ainsi que de lui-même. Il aura *a priori* confiance dans ses capacités relationnelles, ce qui lui donne des capacités de négociation en cas de désaccord, une meilleure capacité de régulation des émotions négatives, une meilleure capacité d'empathie, de demander de l'aide et de profiter des relations humaines pour s'apaiser et pour le plaisir. C'est l'atout premier de la sécurité de l'attachement. Sur le plan cognitif, la sécurité de l'attachement favorise l'exploration, la curiosité, qui se maintient chez les sécures dans la petite enfance, à partir de la curiosité naturelle du bébé.

Les enfants insécures ont, quant à eux, des représentations des autres et d'eux-mêmes plus négatives : ils ont peu confiance dans la relation, ce qui leur donne moins de possibilités de négociation des conflits. Les enfants insécures inhibent leur système d'attachement et auront tendance à se soumettre de façon excessive, ou au contraire, à accentuer leur demande d'attention, et ont alors tendance à entrer dans des conflits et des colères difficiles à calmer, puisque la cause réelle en est cachée (Greenberg et coll., 2001).

L'attachement du bébé et le *caregiving* parental

Les comportements d'attachement et comportements parentaux de *caregiving* ont évolué symétriquement. La variété des stratégies d'attachement du bébé lui permet de s'adapter aux différents styles de comportement parental. Bébés et parents humains sont ainsi programmés pour avoir les capacités de synchroniser leurs rythmes les uns avec les autres, et c'est sans doute leur tâche la plus importante dans la première année de la vie (Feldman, 2007). Le comportement d'attachement apparaît donc comme un mode de régulation précoce de cette synchronisation, dans les situations de stress, qui sont fréquentes et importantes dans cette période, avant que la relation parent-enfant ne prenne le relais et développe de façon considérable les capacités du bébé à l'autorégulation. Ce faisant, les parents amènent le bébé dans l'humain, l'élèvent au sens propre, c'est-à-dire l'amènent dans la prééminence de la relation à l'autre comme source majeure d'apprentissage, de plaisir et de régulation. Joli…

Cependant, *caregiving* et attachement chez les parents peuvent rentrer en compétition, en particulier en cas de stress parental. Ce conflit potentiel est une source majeure de troubles relationnels dans la petite enfance et de troubles psychopathologiques.

Références

Ainsworth Salter MD. Infancy in Uganda: infant and the growth of love. Baltimore: John Hopkins Press; 1967.

Ainsworth Salter MD, Blehar MC, Waters E. Patterns of attachment: a psychological study of the strange situation. Hillsdale, New jersey: Laurence Erlbaum Associates; 1978.

Bowlby J. Child care and the growth of love. Londres: Penguin Book; 1953.

Bowlby J. The making and breaking of affectional bonds. Londres: Tavistock Publications Ltd; 1979.

Bowlby J. A secure base: Clinical applications of attachment theory. Londres: Routledge; 1988.

Bowlby J. Attachment and loss. 1. Attachment. New-York: Basic Books; 1969. (Trad. française : Kalmanovitch J. Attachement et perte. Vol. 1. L'attachement. Paris: PUF; 1978.

Bowlby J. Attachment and loss, 2. Separation: Anxiety and anger. New York: Basic Books; 1973. (Trad. française : de Panafieu B. Attachement et perte. Vol. 2. La séparation. Angoisse et colère. Paris: PUF; 1978.

Bowlby J. Attachment and loss, 3. Loss: Sadness and depression. Harmondsworth: Penguin Books; 1975. (Trad. française : Weil DE. Attachement et séparation. Vol. 3. La perte. Tristesse et dépression. Paris: PUF; 1984.
Bretherton I. Communication patterns. Internal working models and the intergenerational transmission of attachement relationships. Infant mental health journal 1990;11:237-52.
Cassidy J, Shaver PR. Handbook of attachment: theory, research and clinical applications. 2e éd. New York: Guildford Press; 2008.
Fonagy P. Attachment theory and psychoanalysis. Londres: Other press; 2001. (Trad. française : Boige N., Pillet V. Paris: Érès; 2004.
Fonagy P, Gergely G, Jurst M, Target M. Affect regulation, mentalization and the development of the self. New York: Other Press; 2002, p. 145-201.
Fraiberg S. Clinical studies of infant mental health. The first year of life. Londres: Tavistock Publications; 1980. (Trad. française : A. Nataf-Cooper. Paris: PUF; 1999.)
Greenberg MT, Speltz ML. Attachment and the ontogeny of conduct problems in: Clinical implications of attachment. Londres: Belski and Nezworski; 1991.
Guedeney N, Guedeney A. L'attachement: approche théorique. 3e éd. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2011. (4e éd. à paraître en 2016).
Guedeney N, Guedeney A. L'attachement: approche clinique. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2012. (4e éd. à paraître en 2016).
Zeanah CH Jr. Handbook of infant mental health. 3e éd. New York: Guilford Press; 2009.

Le développement intersubjectif et de la théorie de l'esprit : empathie et neurones miroirs

Daniel Stern, puis Colwyn Trevarthen, ont décrit le développement intersubjectif du bébé de la naissance jusqu'à l'émergence du langage. On en trouvera une description détaillée dans l'ouvrage majeur de Stern sur le développement de l'enfant (*Le monde interpersonnel du nourrisson*), illustré par le *Journal d'un bébé* et dans l'article marquant de Trevarthen et Aitken (2001). En ce qui concerne l'importance des synchronisations parent-bébé, Daniel Marcelli avait proposé la notion de micro-rythmes et de macro-rythmes. L'idée est que le développement intersubjectif du bébé, c'est-à-dire sa capacité à se penser comme un individu et à progressivement prendre en compte le monde mental de l'autre, se base d'abord sur des capacités innées de relation à l'autre (fig. 3.1). Ruth Feldman insiste sur le rôle de la synchronie dans les relations parents-bébé comme mécanisme essentiel qui sous-tend le développement intersubjectif du bébé. Les avancées récentes des neurosciences cognitives ont montré le rôle des neurones miroirs dans le développement intersubjectif et de l'empathie.

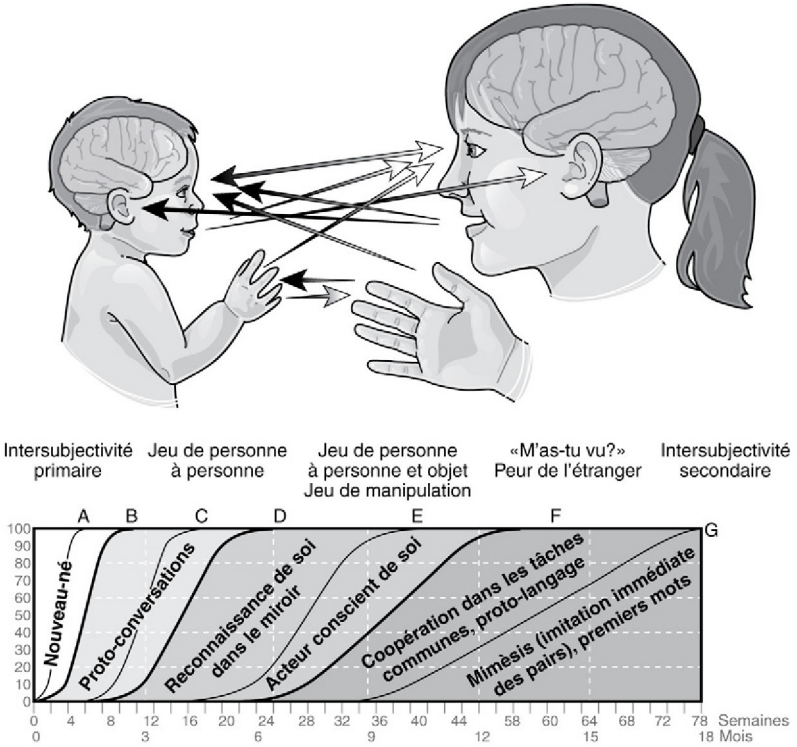

Figure 3.1. Le développement de l'intersubjectivité.
A. Régulation du sommeil, de l'alimentation et de la respiration. « Pré-agrippement » inné. Imitation de l'expression. Sourire à la voix.
B. Fixe les yeux en souriant. Proto-conversations. L'imitation de la bouche et de la langue conduit à des imitations vocales et gestuelles. Détresse à la situation du « visage immobile ».
C. Jeux de « personne à personne ». Reconnaissance dans le miroir. Suivi visuel souple, solide maintien de la tête. Recherche et attrappe.
D. Imitation d'applaudissement et du pointage. Jeux « personne à personne et objet ». Capacité précise à chercher et attraper. Vision binoculaire en relief. Jeu de manipulation d'objets. L'intérêt popur l'environnement s'accroît.
E. Jeu manifeste d'imitation consciente. En rajoute. Peur de l'étranger. Manipulations durables. Babil et jeu de choc rythmique avec les ojets. Rampe et s'assied. Pousse pour se tenir debout.
F. Coopération dans une tâche ; suit le pointé. Déclaratios au cours de l'attention conjointe. Proto-langage. Fait le clown. Combine les objets, pensée à but de réalisation. Catégorise son expérience. Marche.
G. Se nourrit à la main. Commence à imiter des actions intentionnelles. Utilise des outils et apprentissage culturel. Peut utiliser des permiers mots.
Source : Trevarthen C, Aitken KJ, Intersubjectivité chez le nourrisson : recherche, théorie et application clinique. *Devenir.* 2003 ; 4(15) : p. 309-428. Par Carole Fumat.

Les neurones miroirs sont une catégorie + de neurones cérébraux qui présentent une activité aussi bien lorsqu'un individu (humain ou animal) exécute une action que lorsqu'il observe un autre individu (en particulier de son espèce) exécuter la même action, ou même lorsqu'il imagine une telle action, d'où le terme de *neurones miroirs*. Un certain nombre de chercheurs (comme Jean Decety et Vittorio Gallese) ont proposé que les neurones miroirs jouent un rôle important dans l'empathie, puisqu'un système miroir semble exister aussi pour les émotions : par exemple, la partie antérieure du lobe de l'insula est active quand on éprouve du dégoût comme lorsque l'on voit quelqu'un exprimant du dégoût. Ce système de mise en miroir du mouvement et des émotions permet la simulation de l'état émotionnel d'autrui dans notre cerveau et la mise en œuvre de l'empathie (Georgieff et Speranza, 2012).

On a vu que la psychologue américaine du développement Spelke propose qu'il existe des « connaissances noyau ou de base », en matière de relation sociale, comme de cognition. Mais ces compétences ne peuvent s'actualiser et se développer que dans le cadre de l'interaction avec les parents, qui doit rester dans un cadre acceptable, en termes d'intensité, de durée, de cohérence et de fréquence. Fonagy, à la suite de Vigostsky, propose qu'il existe une fonction pédagogique essentielle au cœur de la parentalité. Il propose que l'attachement sécure favorise le développement intersubjectif et la mentalisation.

Le développement de la mentalisation, capacité à penser ses propres pensées et celles de l'autre, et de la théorie de l'esprit sont reliées mais différentes la théorie de l'esprit étant une dimension plus restreinte, cognitive, de la mentalisation.

Références

Decety J. L'empathie est-elle une stimulation de la sujectivité d'autrui ? Dans : A Berthoz J. Jorland. L'empathie. Paris: Odile Jacob; 2004.

Feldman R. Parent-infant synchrony and the construction of shared timing: physiological precursors, developmental outcomes and risk conditions. Journal of child psychology and psychiatry 2007;48:329-54.

Gallese V, Goldman AI. Mirror neurons and the simulation theory. Trends In cognitive sciences 1998;2:493-501.

George C, Solomon J. The caregiving behavioral system. In: Cassidy J, Shaver P, editors. Handbook of attachment. Theory, research and clinical implications. New York-Londres: Guilford Press; 1999, p. 649-70.

Georgieff N, Speranza M. Psychopathologie de l'intersubjectivité. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2013.

Marcelli D. Le rôle des micro-rythmes et des macro-rythmes dans l'émergence de la pensée chez le nourrisson. Psychiatrie de l'enfant 1992;35(1):57-82.

Stern DN. The Interpersonal World of the Infant. A view from psychoanalysis and developmental psychology. New-York: Basic Books; 1985. (Trad. française : Le monde interpersonnel du nourrisson Une perspective psychanalytique et développementale. Paris: PUF; 1989.)

Trevarthen C, Aitken KJ. Infant inter-subjectivity: research, theory, and cliniccal applications. Journal of child psychiatry and psychology 2001;42(1):3-48. (Trad. française : Devenir. Numéro spécial Intersubjectivité. 2003).

Le développement des interactions parent-enfants

Le développement de la micro-observation vidéoscopique a permis l'explosion des études sur les interactions entre le bébé et ses partenaires. Ces études montrent que c'est le bébé qui prend l'initiative de l'échange et qui le régule, si la sensibilité de ses partenaires le lui permet (Brazelton). Les expériences telles que celle du visage immobile (*Still Face*)(fig. 3.2), Cohn et Tronick, Trevarthen, Field, Murray, Nadel et Marcelli) montrent les effets de la dépression maternelle sur le comportement de retrait du jeune enfant, en rendant explicites les effets de la désynchronisation des rythmes d'échange et de la violation des attentes du bébé. Les mêmes effets sont reproduits par une désynchronisation de la voix et de l'image en interaction en face à face par l'intermédiaire d'un système vidéo. La description récente d'une catégorie diagnostique spécifique des effets de la violation répétée et grave des attentes du jeune enfant dans l'interaction en dehors même du stress confirme l'importance de ce facteur étiologique (voir RAD). La forme du RAD avec sociabilité indiscriminée est devenue trouble de l'engagement social désinhibé dans le DSM-V, sous la pression des études longitudinales. Ce trouble semble être une étape possible vers des troubles du comportement avérés (voir p. 138).

Comment apprécier la qualité des interactions parents-enfant ?

Les enregistrements vidéo permettent de revenir à loisir sur les événements passés et de les quantifier (amplitude, fréquence, durée, séquence, etc.), grâce en particulier au couplage vidéo-ordinateur qui limite au maximum les erreurs ou les imprécisions dans le traitement des données. Ce progrès technique a entraîné un développement important des recherches impliquant l'observation, et un grand développement des méthodes d'observation du comportement précoce du bébé. C'est le cas de l'observation des interactions entre parents et bébé qui a pris ces dernières années un essor important, d'abord dans le domaine clinique, puis dans le cadre de recherches plus fondamentales.

Divers concepts permettent de décrire la qualité des interactions précoces entre les parents et le bébé. La réciprocité apparaît comme une caractéristique essentielle d'une interaction optimale : l'accent est mis sur le lien entre le comportement du nourrisson et celui de la mère (Lebovici et Stoléru, 1983). Le concept d'accordage affectif (*Affect Attunement*), quant à lui, évoque le

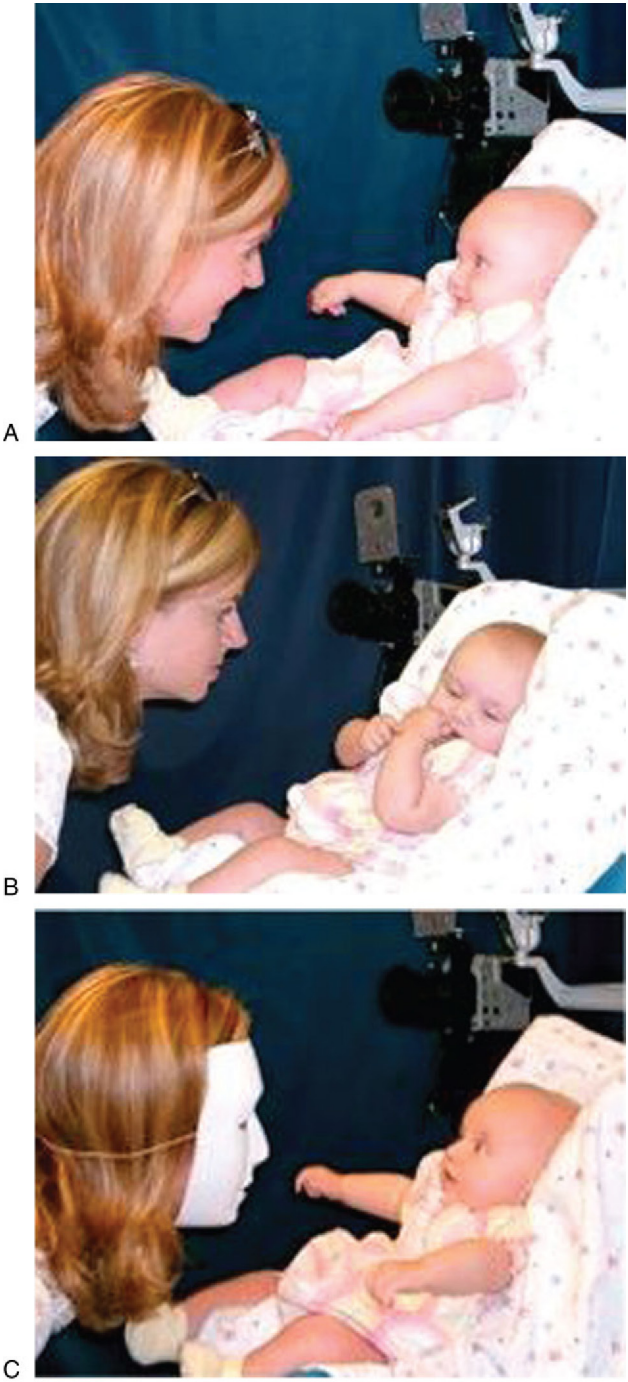

Figure 3.2. *Still Face*
Le visage immobile (*Still Face*, 3 minutes) : preuve de l'importance de la synchronisation des interactions parent-bébé et des effets de la violation des attentes du bébé dans l'interaction.
A. Conditions naturelles avec sa mère ; B. *Still Face* ; C. avec un masque.
Source : Legerstee M. The role of dyadic communication in social cognitive development. In : Bauer P editor. Advances in child development and behavior. Londres : Elsevier Masson ; 2009. p. 1-53.

partage par la mère et l'enfant des mêmes états affectifs et comportementaux au même moment, parfois sur un mode transmodal (Stern, 1983 ; Cohn *et al.*, 1986 ; Cohn et Tronick, 1987 ; Field *et al.*, 1990 ; Cohn *et al.* 1990).

L'accordage affectif est la capacité de la mère de renvoyer au bébé ce qu'il a pu exprimer sur un mode sensoriel en utilisant un autre mode, mais en conservant le profil d'activation (par exemple, le bébé fait un geste brusque et la mère le reprend en modulant un son « oHHOH ohhhh » qui suit le profil d'activation du geste). Ce faisant, elle renforce la communication intersubjective préverbale, car elle donne au bébé le sentiment que ce qu'il a exprimé a été compris, et lui est renvoyé sous une forme identifiable, et sous un autre mode.

Les altérations possibles de la capacité d'accordage affectif, par augmentation excessive de l'affect, par exemple, pourraient rendre compte de la survenue de troubles persistants des interactions précoces (Stern). La notion de synchronie de l'interaction se définit par les variations simultanées des états affectifs et comportementaux de la mère et de son enfant lors des interactions (Cohn et Tronick, 1987, 1988 ; Tronick, Als et Brazelton, 1980). Elle décrit l'aptitude mutuelle des partenaires de la dyade mère-bébé à agir, à réagir aux signaux, et à s'influencer en vue d'un échange. Enfin, la sensibilité maternelle caractérise le repérage des signaux de l'enfant, l'interprétation appropriée de ces signaux, la vitesse de la réponse, la flexibilité de l'attention et des conduites, le niveau approprié de contrôle, ainsi que la négociation des buts discordants (Ainsworth et al. 1978). Pour Crittenden (1981), la sensibilité maternelle renvoie à un ensemble de comportements qui plaisent à l'enfant, contribuent à accroître son confort et ses capacités attentionnelles, et permettent de réduire sa détresse et son désengagement.

Les interventions cliniques dans le cadre de perturbation éventuelle des relations entre la mère et l'enfant ou entre le père et l'enfant se font maintenant plus fréquemment sur la base d'enregistrements vidéo, analysés par les thérapeutes avec les parents : on peut ainsi porter l'attention sur le comportement de chaque membre de la dyade ou sur leur « accordage », sur la synchronisation et/ou la succession de leurs comportements. De nombreux protocoles de recherche plus fondamentale incluent actuellement des moments d'observation avec enregistrement vidéo qui permet d'analyser plus finement certains comportements ou la mise en place de processus marquants dans le développement des capacités, comme par exemple l'émergence des capacités d'attention conjointe préalables à l'apparition du langage chez l'enfant. L'attention conjointe est une attention simultanée portée sur un même objet par deux personnes ayant conscience de partager le même centre d'intérêt. Seule l'analyse simultanée des regards des deux partenaires permet de dire si de tels épisodes sont présents et quelle en est la durée et la fréquence. Des logiciels ont été développés qui permettent de suivre l'orientation du regard (Eye tracking, the Observer©).

Le système des soins parentaux : le *caregiving*

En 1988, Bowlby fait l'hypothèse d'un système motivationnel réciproque de celui de l'attachement chez l'enfant qu'il appelle le *caregiving*. Il s'agit d'un système motivationnel qui complète le dispositif de couplage entre le bébé immature et l'adulte mature que réalise l'attachement. L'adulte donne proximité et réconfort en réponse aux besoins d'attachement du bébé. C'est donc une des dimensions des soins parentaux.

Ce système alerte les individus sur les besoins des autres. Il est activé par tout stimulus venant d'un être animé qui signifie la vulnérabilité : lorsque l'enfant, dont on a la charge et la responsabilité, est perçu comme en danger ou en détresse ; lorsque la proximité ne peut être établie ou maintenue et que l'on ne sait pas si notre enfant est totalement en sécurité. L'extinction de ce système motivationnel n'est possible que par le rétablissement de la proximité et de la possibilité de réconforter ou de protéger. La perte d'un enfant, même devenu adulte, maintient le système activé indéfiniment Le parent endeuillé ne cesse de penser à l'enfant comme si celui-ci leur demandait de l'aide.

La naissance et le développement des compétences réciproques maternelles aux besoins d'attachement du bébé se construisent selon une double temporalité : elles se développent tout au long de la vie selon l'histoire interactive du parent, mais présentent une accélération considérable, voire sismique, autour de la période périnatale du fait des modifications biologiques de la parturition (George et Solomon, 2008). La mise en place des soins parentaux connaît une autre temporalité que celle du système d'attachement, ce qui se comprend bien dans une logique évolutionniste. Il est vital pour la survie du bébé que l'adulte en charge de lui se sente le plus vite possible investi de ce rôle de protection. Une femme qui se consacre à la survie et à l'élevage de son jeune enfant dépend des autres pour pouvoir le faire de façon convenable (Sarah Blaffer Hrdy) : un bébé n'existe pas tout seul (Winnicott) et la réponse à ses besoins de survie psychophysiologiques est urgente ! Il s'agit donc des premières semaines après la naissance, ce qui signifie que les services de maternité et de néonatologie sont particulièrement concernés par ce phénomène de développement du « sentiment maternel ».

Grossesse et parturition, les bases biologiques du *caregiving :* le lien anténatal et le *bonding*

Le phénomène de *bonding*, cet état psychologique maternel particulier à fort soubassement biologique d'installation quasi immédiate après la naissance, est actuellement bien connu : il représente probablement ce catalyseur de l'expression du *caregiving* observé à la parturition. Les comportements de

bonding incluent aussi le fait de s'occuper de soi de telle sorte que cela ait une influence bénéfique sur le développement du fœtus.

Le *bonding* associe les sentiments chaleureux du parent envers le bébé et le sentiment d'avoir un lien très spécial avec ce bébé (Feldman, 1999). C'est probablement la base biologique de ce que Winnicott avait repéré, dès 1956, comme l'état psychologique très particulier des femmes en fin de grossesse et après l'accouchement qu'il avait nommé la préoccupation maternelle primaire.

Les comportements d'attachement maternels (cette expression issue des modèles animaux correspond au *bonding/caregiving* de la théorie de l'attachement) et les soins aux petits qui leur sont associés sont présents chez tous les mammifères de façon plus ou moins marquée. L'omniprésence de ces comportements souligne leur importance du point de vue de l'évolution. Les mères humaines s'engagent avec leur bébé sous des formes de contacts affectueux spécifiques à l'espèce : ces contacts maternels affectueux s'expriment en tenant l'enfant lové contre soi, et en prodiguant de petits gestes affectueux comme les caresses, les baisers tendres et doux, de légers tapotements, des câlins et des contacts physiques non utilitaires.

Dans l'espèce humaine, il y a bien sûr, une forte émancipation du comportement maternel des déterminants hormonaux (Hrdy, 2005). Cette dimension « psychologique », si caractéristique de l'espèce humaine, permet l'extension du *caregiving* au-delà de la période de sevrage. Elle permet aux autres (père, etc.) de prendre soin des petits. Mais c'est aussi une source de vulnérabilité, puisque le rôle de l'environnement et de ses défaillances joue un rôle capital dans la qualité des soins maternels et la transmission des risques.

Du côté maternel : la facilitation biologique

La mère est particulièrement bien équipée sur le plan biologique pour s'engager dans les soins parentaux et en particulier dans ceux du *caregiving*, et ceci est sans doute le résultat de l'évolution (Hrdy).

L'ocytocine (OT) constitue la base biologique de ces comportements maternels. Elle n'assure pas leur mise en place automatique, mais régule l'organisme de manière à favoriser au maximum leur émergence. L'OT semble déjà jouer un rôle dans le développement du lien de la mère à son fœtus. Une élévation de l'OT, entre le premier et le dernier trimestre de la grossesse, est associée à une augmentation de l'attachement maternel prénatal au fœtus. L'OT facilite la mise en place du lien et le développement des interactions coordonnées avec le bébé. Enfin, elle facilite l'expression des comportements maternels tels que les vocalisations, le regard, le contact, le degré de leur coordination avec l'état d'alerte du bébé, ainsi que des processus mentaux comme l'exclusivité de la focalisation, les vérifications répétées, et l'état mental de plaisir (Feldman, *et al*., 1999).

Feldman (2007) montre que le taux d'OT maternel tout au long de la grossesse et de la période du post-partum est associé aux comportements et attitudes psychologiques typiques du *bonding ;* les taux initiaux pendant la grossesse prédisent les comportements maternels du post-partum. L'OT est associée avec les dimensions de plaisir du *bonding* et aux représentations d'attachement maternel (au sens de *caregiving*).

La fréquence des contacts tactiles parents-enfant sont associés avec le taux salivaire et plasmatique de l'OT, mais ces relations sont différentes pour les pères et les mères. Ceci est intéressant à noter alors que les pères n'ont pas « d'inondation » hormonale en ocytocine qui facilite l'établissement de la préférence et de l'engagement affectif avec le bébé. Chez le père, le taux d'OT est associé uniquement avec les contacts de stimulation physique du bébé.

Les taux plasmatiques d'OT sont individuellement stables et prédisent l'expression de ces comportements maternels ou paternels, suggérant un effet de l'OT sur l'initiation des comportements parentaux. (Feldman, *et al*. 2007).

Les autres actions de l'OT qui jouent sur la qualité du lien mère-enfant sont de mieux en mieux connues chez l'animal, mais aussi chez l'être humain. L'OT est impliquée dans la modulation des circuits des émotions complexes et des comportements sociaux (Kirsch, 2005), d'où les essais récents dans l'autisme de l'adulte. Elle encouragerait les interactions sociales et l'immobilité et favoriserait l'intégration des expériences émotionnelles, ce qui encourage la formation des liens sociaux. Elle améliore la lecture des émotions : elle inhiberait l'amygdale impliquée dans la détection des stimuli de menace avec diminution de l'anxiété et des réactions d'attaque colérique de défense.

Elle joue aussi un rôle de modulation des réponses au stress via l'axe hypothalamo-hypophyso-cortico-surrénalien, avec moins de réactivité au stress, ce qui va dans le sens de l'accalmie (ceci pourrait servir chez les mammifères à réduire le stress de la naissance et du post-partum). Cette action est à la base d'un essai de traitement de l'autisme infantile par réduction du chlore secondaire au stress, par carence en OT. Elle facilite l'approche et diminue l'évitement. Elle est liée au système récompense plaisir du fait de ses interactions avec le système dopamine et opiacés endogènes.

Le rôle des facteurs liés au bébé

Le rôle des contacts mère-enfant immédiats et soutenus après la naissance est essentiel. Les contacts soutenus peau à peau immédiats favorisent le *bonding* (De Château, 1977). La capacité de se consoler, ainsi que l'ajustement postural, sont des stimuli puissants du système de récompense-plaisir. La capacité de regard contribue au maintien de la proximité de l'adulte : les

bébés humains naissent avec une sclérotique blanche qui met en vedette la direction de leur regard. L'extraordinaire avidité des nouveau-nés humains à chercher les visages et à se connecter avec les yeux y contribue elle aussi : il est difficile à un adulte de résister à cette puissance attraction du regard d'un bébé. Les pères décrivent souvent l'influence de ce premier échange de regard avec leur nouveau-né en salle de naissance comme le déclencheur instantané de l'investissement massif du bébé. Toutes ces conditions sont rarement réunies lorsque l'on est face à un très grand prématuré hospitalisé en néonatologie (voir p. 192), ou s'il existe une fente labiopalatine (voir p. 229), ou une autre anomalie, comme la grande hypotonie d'un bébé atteint du syndrome de Prader Willi (voir p. 235).

Références

Caspi A, McClay J, Moffitt T, Mill J, Martin J, Craig I, et al. Role of genotype in the cycle of violence in maltreated children. Science 2002;297:851-4.

Caspi A, Moffitt TE, Newman DL, Silva PA. Behavioral observations at age 3 years predict adult psychiatric disorders: Longitudinal evidence from a birth cohort. Archives of general psychiatry 1996;53(11):1033-9.

Cohn JF, Tronick EZ. Three month old infant's reaction to simulated maternal depression. Child development 1983;54:334-5.

Cyr C, Euser E, Bakermans-Kranenburg M, Van IJzendoorn M. Attachment security and disorganization in maltreating and high-risk families: A series of meta-analyses. Development and psychopathology 2010;22:87-108.

Feldman R. Parent-infant synchrony and the construction of shared timing: physiological precursors, developmental outcomes and risk conditions. Journal of child psychology and psychiatry 2007;48:329-54.

Guedeney A, Marchand-Martin L, Cote SJ, Larroque B, the EDEN. Mother-child cohort study group. Perinatal risk factors and social withdrawal behavior. European child & adolescent psychiatry 2012;21:185-91.

Hrdy SB, Mother nature. Natural selection & the female of the species. New York: Chatto & Windu; 1999.

4 Épidémiologie des troubles de la petite enfance (de 2 à 5 ans)

Il a prévalu longtemps une réticence à envisager l'idée de troubles mentaux pour de jeunes enfants, et donc à ne retenir que des troubles de la relation. Il est vrai que le champ de la santé mentale précoce a des caractéristiques spécifiques qui l'éloignent du modèle médical traditionnel et de l'accent sur le diagnostic : il est multidisciplinaire, avec une orientation développementale (tous les troubles ont une dimension développementale), une mise en avant de la prévention, et de l'importance des relations précoces parents-enfant (Robert Emde).

Malgré l'absence relative de recherches épidémiologiques et de données concernant la psychopathologie de la petite enfance, par rapport à l'enfance et à l'adolescence, il est maintenant clair qu'il existe une morbidité, une psychopathologie spécifique à cette période de la vie, avec la présence de catégories diagnostiques identifiables, plus tôt qu'on ne le pensait il y a peu.

Au début de la vie, les troubles observés relèvent surtout des troubles de la régulation sensorielle (Greenspan et Wieder) et de leur intégration. Ils sont plus fréquents chez les prématurés. Les types de pathologies précoces les plus fréquents sont la persistance de cris intenses et fréquents après 4 mois de vie, mais aussi les conduites de refus alimentaire, le retrait relationnel, et la dépression anaclitique, c'est-à-dire, en fait les troubles de l'attachement en voie de focalisation. À partir de 18 mois, on observe les signes précoces de troubles du spectre autistique, les signes de retard mental important, et les troubles sévères du développement du langage. À partir de deux ans, l'incidence des troubles observés chez les enfants augmente progressivement ; on voit apparaître les troubles dépressifs, les troubles oppositionnels, les préformes des troubles attentionnels et les troubles anxieux (anxiété de séparation et phobies). Cependant, il n'existe actuellement pas encore de consensus clair sur les critères de diagnostic applicables aux très jeunes enfants.

Les données épidémiologiques sur l'incidence réelle des troubles dans la petite enfance sont indispensables pour l'organisation de la prévention et du système de soins précoces, comme pour notre compréhension du développement toujours mystérieux de la psychopathologie au cours du temps (Fonagy), et pour l'identification des préformes de la psychopathologie. Avec l'exception remarquable de l'autisme infantile, et peut être des troubles alimentaires, des troubles du sommeil et des troubles de l'attachement, notre compréhension de la nosologie des troubles précoces, comme de leur

© 2014 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

incidence et de leur développement, reste bien moins connue que chez les enfants plus âgés (Angold et Egger, 2004). Les recherches épidémiologiques sur les jeunes enfants sont très récentes, et commencent seulement à utiliser des méthodes contrôlées et standardisées, des échelles de dépistage et des entretiens diagnostics validés et structurés (Egger et Angold, 2004). L'instrument le plus pertinent actuellement est le PAPA (*Preschool Age Psychiatric Assessment*), tiré d'un entretien pour enfant, et validé par Angold et Egger. Il nous permet de disposer des premières données épidémiologiques pour les jeunes enfants, à partir de 2 ans.

Références

Egger HL, Angold A. The preschool age psychiatric assessment (PAPA): A structured parent interview for diagnosing psychiatric disorders in preschool children. In: Del Carmen-Wiggins R, Carter A, editors. Handbook of infant, toddler, and preschool mental assessment. New York: Oxford University Press; 2004, p. 223-43.

Egger HL, Angold A. Common emotional and behavioural disorders in preschool children: presentation, nosology and epidemiology. Journal of child psychology and psychiatry 2006;47(3–4):313-37.

Emde RN, Bingham RD, Harmon RJ. Classification and the diagnostic process in infancy. In: Zeanah CH Jr, editor. Handbook of infant mental health. New York: Guilford Press; 1993, p. 225-35.

Greenspan S, Wieder S. Regulatory disorders. In: Zeanah CH Jr, editor. Handbook of infant mental health. New York: Guilford Press; 1993, p. 280-90.

5 L'évaluation du développement et des interactions précoces en clinique et en recherche

Introduction

Même s'il n'existe pas de véritable consensus sur la définition de l'évaluation, ce terme est devenu un mot clef du champ de la petite enfance, lequel, s'est considérablement développé ces vingt dernières années. Une évaluation des symptômes, des troubles de l'interaction et un diagnostic étayé, concernant le bébé, l'interaction parent-enfant, ainsi que les capacités parentales, sont ainsi devenus les éléments indispensables d'une intervention efficace. L'évaluation tient ainsi une place centrale dans l'examen clinique. Elle est aussi un temps préalable de l'appréciation du pronostic et du plan thérapeutique.

Le terme d'évaluation n'a pas toujours eu bonne presse en matière de petite enfance. Pour certains, il véhicule l'idée d'une mise à distance, d'étiquetage, de stigmatisation possible d'une quantification dépersonnalisante par rapport à la relation et au contre-transfert. Ceci tient à l'importance des relations parents-enfant dans la psychopathologie du premier âge, et à l'idée longtemps prévalente qu'il n'existe pas de troubles, de pathologie spécifique chez le bébé lui-même, mais seulement des troubles de la relation. Or, l'évaluation va au contraire chercher à faire la part des choses, et à reconnaître la part du bébé, de l'attitude parentale (*caregiving*) et celle de la relation qui s'est instaurée, sans déduire l'une de ses parties des deux autres.

Le but de l'évaluation est d'abord de faire un recueil des symptômes et de voir si l'on peut aboutir à un diagnostic d'axe I, chez le bébé, ou d'axe II, axe des troubles de la relation. Il s'agit ensuite de donner une évaluation de la sévérité du symptôme ou du syndrome et de son impact sur le développement. Enfin, il s'agit de donner un premier avis pronostic et de construire un premier plan de traitement. Ce n'est qu'à ce moment que se dégage un aspect psychopathologique du trouble ou du symptôme. C'est donc un processus assez long et complexe, dans lequel le plus important est de recueillir la collaboration des parents et de la conserver.

Petite enfance et psychopathologie
© 2014 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

On peut remarquer qu'il n'existe encore que très peu de manuels consacrés spécifiquement à l'évaluation clinique du jeune enfant, que ce soit en anglais ou en français. On peut citer le manuel de Del Carmen-Wiggins et Carter (2006), et les chapitres consacrés à l'évaluation dans les trois éditions du *Handbook Of Infant Mental Health* de Charles Zeanah Jr., (2005 réédité en 2009 et 2012). L'ouvrage coécrit avec Catherine Tourrette en 2012 est le premier du genre en français. Il donne un aperçu de la méthodologie de l'évaluation, et un catalogue des outils, échelles, tests, et questionnaires traduits et validés en France, tant pour le bébé, les interactions que pour le comportement ou la psychopathologie parentale.

Références

Del Carmen-Wiggins R, Carter A. Handbook of infant toddler and preschool mental health assessment. Oxford: Oxford University Press; 2004. (Le premier et le seul livre américain sur l'évaluation du bébé.)

Tourrette C, Guedeney A. L'évaluation en clinique du jeune enfant. Paris: Dunod; 2012.

Tyano S, Keren M, Hermann H, Cox J. Parenthood and mental health. A bridge between infant and adult psychiatry. WPA: Wiley Blackwell; 2010. (Le manuel complet, international de psychiatrie périnatale parentale.)

Zeanah CH Jr. Handbook of infant mental health. 3rd ed. New York: Guilford Press; 2009.

Le cadre et les différents temps de l'évaluation

Le début de l'évaluation : le premier entretien parent-jeune enfant

La première rencontre avec le bébé et ses parents : l'examen du jeune enfant ; la consultation, parfois thérapeutique, en elle-même l'alliance de travail ; l'évaluation au cours de la consultation ; la restitution)

L'enjeu de la rencontre

Amener un jeune enfant pour un avis psychologique à un psychologue ou un pédopsychiatre est une démarche difficile mais aussi dangereuse pour les parents. Elle les expose, et éveille leur système d'attachement (Nicole Guedeney). Les parents peuvent craindre de n'être pas compris, d'être jugés, et peuvent avoir peur de ce que l'on peut être amené à trouver et à leur dire. Amener son bébé en consultation, c'est exposer son histoire, celle de sa transmission, de ses désirs et de ses échecs. L'enjeu de cette première rencontre est donc très important : pour les parents d'abord, mais

aussi pour le clinicien, qui doit ne pas vouloir comprendre ou intervenir trop vite, avant qu'une alliance effective ne soit établie. En effet, le but de cette première rencontre est que les parents reviennent, et que s'installe une relation de collaboration, dans une ambiance sereine. Il s'agit de passer d'une relation verticale, hiérarchisée et craintive, à une relation plus horizontale, coopérative, où l'on regarde ensemble ce qu'il en est de la situation. Il est donc important que le clinicien ait cette priorité d'alliance de travail comme objectif, avant celle de la recherche d'un diagnostic, d'un pronostic ou d'un plan d'action.

Le pré-entretien

Cette première rencontre est donc au mieux préparée par un entretien en amont, par un autre membre de l'équipe, qui va recueillir la demande des parents. On précisera alors si la famille vient d'elle-même ou si elle est envoyée par son médecin, la crèche, ou un service social. On demandera si la famille a déjà fait appel à un autre service de soins pour cet enfant ou pour un autre, de façon à savoir quelle est son expérience d'être aidée, s'il y a eu des déceptions ou des ruptures à cet égard, et ainsi de se rendre compte s'il est ou non facile pour cette famille de demander de l'aide (Nicole Guedeney ; Marie-José Hervé).

Ces éléments sont importants à connaître pour bâtir l'alliance de travail avec la famille. On recueille dans ce pré-entretien les éléments de l'histoire du bébé, du développement, les maladies et traumatismes, la structure de la famille, les origines, les langues parlées à la maison (Couëtoux *et al.*, 2010). Ces éléments sont précieux pour le consultant, car ils lui permettront d'aller d'abord à l'essentiel, c'est-à-dire ce qui préoccupe vraiment la famille, et qui n'est pas forcément ce pourquoi ils sont adressés.

La salle d'attente

La rencontre commence en fait dans la salle d'attente, où il est toujours bon d'aller soi-même chercher la famille, la saluer et l'accueillir. Les personnes de l'accueil, dont le rôle est essentiel dans le suivi des familles, auront pu nous dire l'ambiance entre les membres de la famille avant que l'on n'arrive les chercher. On cherche d'abord le contact avec le bébé ou le jeune enfant, que l'on peut saluer d'un compliment, ce qui indique d'emblée notre position, positive, centrée sur l'enfant, mais en gratifiant dès que possible les parents. On apprécie d'emblée si le contact s'établit, avec les uns et les autres, et sur quel mode. On peut aussi enregistrer la façon dont la famille s'est disposée pour cette attente quelque peu anxieuse ; sont-ils en communication les uns avec les autres ou sont-ils isolés, agités ou silencieux, organisés ou chaotiques ? On voit aussi comment les parents présentent le consultant à l'enfant, comment ils l'aident à se séparer de ce qu'ils faisaient ensemble,

quelle obéissance ils demandent et sur quel mode. De nombreux signes sur la façon dont les uns et les autres rentrent en relation, ensemble et avec le consultant, sont déjà identifiables, et ces aspects vont nous guider dans le mode d'engagement du premier entretien.

Le bureau de consultation

Le lieu de consultation parent-enfant est alors atteint. Il doit être aménagé pour de jeunes enfants, de façon confortable et familière. On s'y installe au mieux en rond autour de l'enfant, plutôt que derrière un bureau. Il est assez vaste, pour qu'on puisse s'y déplacer, et explorer avec des jouets variés et adaptés à différents âges, mais pas trop nombreux, des jeux de manipulation et des petits livres, des sièges bas et adaptés. On s'installe « à hauteur » du jeune enfant, en le mettant au centre de l'attention, ce qui focalisera l'attention sur son comportement. C'est une caractéristique essentielle de l'examen et de la consultation en petite enfance : garder l'enfant à l'esprit, en vue, pendant que l'on échange sur lui et la famille, pour percevoir ses réactions, tout en portant attention à ses propres ressentis, en particulier négatifs (Hervé, Guedeney). Ceci suppose de rester disponible, à niveau ; comme le disait Alice Doumic-Girard, la pionnière des thérapies conjointes parent-enfant : la petite enfance suppose d'être lent, de prendre son temps, d'être et de rester à hauteur. La consultation ne prend pas moins d'une heure la première fois, souvent plus, mais il n'est pas utile de dépasser 1 h 30. Il faut en effet laisser aux parents le temps de dérouler l'histoire, toujours longue et complexe (Dilys Daws), et cette mise en récit verbal de l'expérience de la grossesse, de la naissance et des premières relations est sans doute un des aspects de l'effet thérapeutique éventuel de la rencontre.

Observer les uns et les autres, de façon activement participative

Ce temps devra être suffisant pour permettre à la famille de s'installer, de se sentir un peu plus à l'aise, et de s'engager dans le travail de l'entretien.

Même si l'on connaît le motif de la consultation, il est utile de demander ce qui les amène, et de se centrer sur cela d'emblée. La technique des « 4 R » de Charlie Cungi (Recontextualiser, Résumer, Reformuler, Répéter) est très utile pour centrer le début de l'entretien sur le motif principal d'inquiétude des parents (« quel est le pire pour vous dans cela ? »). S'il y a plusieurs motifs d'inquiétude, on demande de dire quel est le principal. On peut utiliser la répétition de ce qui est dit pour le mettre en évidence, et pour attendre, sans poser de questions qui seraient à ce stade prématurées. Quand les parents ont pu dire leur souci principal, alors seulement on demande de préciser le contexte, si la raison donnée est trop générale (« il ne dort pas, il m'agresse, elle ne mange pas, il a peur »). Contextualiser, c'est alors demander de raconter, en détail le dernier épisode, de façon à se représenter

clairement le problème que pose l'enfant aux parents. On laisse le temps aux parents de dérouler leur récit, et on peut alors leur dire que l'on comprend leur inquiétude, sans chercher à les rassurer trop rapidement. À ce stade, l'entretien est souvent enclenché, l'alliance de travail est amorcée, et l'on peut suivre ses propres idées et ses réactions émotionnelles, en écoutant les parents, en exprimant de l'empathie, en reformulant le problème exposé, tel qu'il nous apparaît alors, ce qui permet de vérifier que c'est bien là le souci principal.

La spécificité de l'entretien parents-bébé est la présence du bébé, qu'il ne faut pas lâcher de l'œil. Dans certaines situations complexes, chaotiques, on pourra recevoir la famille en étant deux consultants, mais en précisant le rôle de chacun dans la suite des choses. Le second consultant peut alors se centrer sur le bébé, puisque le comportement de l'enfant est le véritable fil rouge de l'entretien. En effet, le comportement du bébé avec nous nous livre clairement l'histoire de ces relations affectives avec ses proches. On peut faire remarquer aux parents que parfois le bébé vient appuyer ce qu'ils disent, ou à l'inverse, les étonner en s'endormant au cours de la consultation alors qu'il est décrit comme insomniaque, se monter calme et intéressé, alors qu'il est décrit comme renfermé ou colérique, etc. Dans les cas les plus favorables, on aboutit sans trop savoir comment à un « Moment présent » (Stern), partagé de plaisir vécu en commun, ce qui représente souvent un moment clef de restauration, qui sera un viatique précieux pour la suite.

Ces premières interventions, toujours valorisantes pour le bébé, sont essentielles pour réconforter les parents, et elles les incitent à s'engager dans le travail avec nous. Elles témoignent de notre intérêt, et pour leur situation et pour leur enfant, et de notre capacité à donner sens à ses mouvements, dans le cadre des interactions avec ses parents.

La consultation réalise ainsi en elle-même une mise en situation, dont on observe les effets, dans les réactions des uns et des autres. On peut ainsi assez vite juger des capacités relationnelles du bébé, de son développement psychomoteur et du langage, de sa curiosité, de son tempérament, sa capacité à jouer. La consultation par son étrangeté pour le bébé, son tempo lent et sa durée, va rapidement mettre en jeu le système intersubjectif du bébé, sa curiosité, sa capacité d'exploration, mais aussi son système d'attachement. On observe alors si le bébé fatigué peut donner des signaux clairs, et comment ils sont perçus, comment on y répond. On parle au bébé et pour le bébé, en évoquant clairement ce qu'on pense qu'il ressent. « Oh, tu as eu peur de ce jouet ! etc. ». Le jeune enfant montre vite qu'il est sensible à cet intérêt soutenu, respectant la distance qu'il demande.

Le bébé représente également une voie royale vers l'histoire d'attachement des parents, et ceci doit être manié avec prudence, en évitant tout commentaire négatif sur les façons de faire avec le bébé, mais aussi en limitant les mobilisations trop massives dans l'histoire infantile des parents, du moins dans la première rencontre.

La fin de la rencontre permet d'observer comment on se sépare, comment on range les jouets. Parfois on a pu assister à un repas, ce qui permet en direct de juger de la synchronisation et de la cohérence des interactions, lors des routines quotidiennes, et dans les situations de stress usuelles.

La fin de la consultation

Il s'agit d'un moment important à préparer, pour ne pas être pris de court. Il faut en prévenir les parents, et avoir le temps de leur dire que ceci n'était qu'un début, que l'on va se revoir, dans le délai qu'ils souhaitent, et ce point est essentiel à respecter, pour continuer de regarder ensemble la situation. Il est très important de donner un cadre aux rencontres ultérieures, en disant que l'on se situe actuellement dans le temps de l'évaluation, et pas encore dans celui de la décision sur un traitement, ce qui peut prendre plusieurs visites en fonction de la complexité des choses. On peut indiquer que l'on pourra faire appel à des collègues psychologues ou psychomotriciens pour donner leur avis, et que les résultats de ces observations ou situations seront discutés ensemble. On prévient les parents si on pense avoir besoin de comptes-rendus des interventions ou investigations antérieures. On leur laisse le temps de poser une question qui leur tient à cœur, et il paraît indispensable de donner les premiers éléments de notre avis, surtout sur les points positifs du développement de l'enfant, qui sont à mettre à leur compte. Il est utile de laisser aux parents la possibilité de nous joindre par téléphone ou par email s'ils le souhaitent.

L'évolution entre le premier et le second entretien : l'effet thérapeutique de la consultation

L'évolution lors du second entretien est fondamentale : elle nous donne un aperçu de la mobilisation de la situation, de l'alliance, de la relation avec le bébé, lui qui étonne souvent ses parents en réagissant nettement au fait de revenir nous voir. Il arrive que certaines situations se mobilisent dès que les parents ont décidé de consulter et se sont réglées ou presque lorsqu'ils arrivent, ou entre la première et la seconde rencontre. Cette évolution est un argument fort pour l'existence d'une situation symptomatique, relationnelle, mobilisable et non d'un trouble.

Pour des familles récemment émigrées, et qui ne maîtrisent pas bien la langue, le recours à l'interprète est indispensable, mais on demandera aux parents d'en trouver un si possible, et sinon, on attendra que l'alliance soit établie pour ce faire. L'appel à l'interprète avec une famille qui maîtrise bien le français peut être ressenti comme insultant, de même que l'envoi trop précoce et non motivé à une consultation ethnopsychiatrique. L'interprète peut être précieux pour donner son avis sur le comportement du bébé, et sur le sens qu'il peut avoir dans certaines cultures. La question importante

à cet égard à poser aux parents est « Que dirait-on de cela chez vous ? » Et aussi : « Vous avez dû prendre un avis, sur ce problème préoccupant ? C'est ce que j'aurais fait pour mon enfant. Avez-vous vu un imam ou un guérisseur ? »

Ces précautions donnent toutes ses chances à ce que le second entretien ait lieu, et à ce que l'on s'engage dans un processus d'évaluation, avec la famille, qui débouche sur un avis diagnostique et un plan concerté de traitement. La consultation parent-jeune enfant n'est donc plus une affaire de pionniers, qui agissent magiquement et magistralement (Serge Lebovici, Michel Soulé, Bertrand Cramer, Rosine Debray). Les parents y ont plus facilement recours, sans craindre la psychiatrisation. Son aspect thérapeutique ne va cependant pas de soi, et passe par l'accès à ce moment présent vécu en commun, de partage émotionnel. Ce type de consultation demande toutefois une certaine expérience de la relation thérapeutique, et une grande disponibilité. Elle exige que l'on soit capable de reconnaître un trouble du développement dans ces différentes facettes, d'une variation individuelle. Elle requiert une connaissance minimum de la pathologie organique spécifique du jeune enfant. Elle n'exige pas d'être parent soit même, mais elle demande une capacité d'identification aux parents des deux sexes, et au bébé, une capacité d'empathie, et de communication directe de ses émotions. Il s'agit d'abord de procurer aux parents une base de sécurité, en les rassurant sur leurs capacités, de façon à leur permettre d'explorer la situation malgré les difficultés et les inquiétudes.

L'avantage de ce « setting » parents-jeunes enfant est son caractère dynamique : les parents sont prêts à tout pour l'enfant et à « faire plus pour lui qu'ils ne le feraient pour eux-mêmes », (Fraiberg) ; ce sont eux aussi qui connaissent le mieux leur enfant, ce qui en fait de puissants alliés potentiels de l'évaluation, puis du traitement.

Références

Berger M. Pratique des entretiens familiaux. Paris: PUF; 1987.

Byng-Hall J. Revisiting Family Scripts. New York: Guilford Press; 1995.

Cungi C. Savoir gérer son stress. Retz: Paris; 2002.

Couëtoux F, Wendland J, Aidane E, Rabain D, Plaza M, Lecuyer R. Bilinguisme, plurilinguisme et petite enfance. Intérêt de la prise en compte du contexte linguistique dans l'évaluation et le soin des difficultés de développement précoce. Devenir 2010;4:293-307.

Debray R. Bébés/mères en révolte. Paris: Paidos-Le Centurion; 1987.

Guedeney A, Allilaire JF. Interventions psychologiques en périnatalité. Paris: Masson; 2001.

Guedeney N, Guedeney A. L'attachement: approche théorique. 3e éd. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2011. (4e éd. à paraître en 2016).

Hervé MJ, White-Koning M, Paradis-Guennou M, Guiraud A, Picot H, Grandjean H, et al. Adaptation d'une échelle d'alliance thérapeutique au contexte des consultations mère-nourrisson. Devenir 2008;1(20):65-85.

Lebovici S, Weil-Halpern F. Psychopathologie du bébé. Paris: PUF; 1989. (Le premier manuel de psychopathologie du bébé en France.)
Male P, Doumic-Girard A, Benhamou F, Schott MC. Psychothérapie du premier âge. Paris: PUF; 1975. (Les pionniers de la thérapie mère bébé.)
Stern DN. The Present Moment in Psychotherapy and Everyday Life. New-York: WW Norton & Company; 2004. (Trad. française: Le moment présent en psychothérapie. Paris: Odile Jacob; 2003.)
Trevarthen C. Racines du langage avant la parole. Devenir 1989;9(3):3-93.
Tronick E. Interactive mismatch and repair: challenges to the coping infant. The neurobehavioral and social-emotional development of infants and children. New York: Norton & Co; 2007, p. 155-163.

L'évaluation du jeune enfant et de sa famille : pratique et outils

La petite enfance est une période de changement extraordinairement rapide. L'évaluation clinique de l'enfant doit donc tenir compte des spécificités propres à cette tranche d'âge, de l'interdépendance entre l'enfant et son environnement et de l'interdépendance des différentes dimensions de son développement. Un objectif de l'évaluation est autant de mettre en évidence les compétences de l'enfant que de localiser ses points de vulnérabilité pour orienter la démarche thérapeutique. Il faut se rappeler que l'on diagnostique des troubles ou dépiste des symptômes, mais on n'évalue pas des individus. On peut seulement évaluer leurs capacités ou leurs difficultés, dans le but d'« orienter le traitement. Les outils d'évaluation s'insèrent donc dans l'intervention thérapeutique.

L'évaluation ne peut donc être considérée comme un processus à appliquer d'une manière systématique, quelle que soit la situation. Bien au contraire, elle est fondée sur les réactions émotionnelles qui guident le clinicien, sur le transfert et le contre-transfert, ainsi que sur le comportement et les réactions du bébé durant la consultation. Dans cette perspective, l'évaluation devrait toujours chercher un impact thérapeutique.

Évaluation clinique, développementale et psychométrique

Une grande part de l'appréciation du pronostic et du choix thérapeutique dépend de ce qui change ou non durant la période d'évaluation. Plus la situation est sérieuse du point de vue du développement et plus l'évaluation doit être longue, de manière à déterminer en quoi précisément le bébé est à risque, quels sont les aspects positifs de la situation, et quelles sont les manières d'atteindre le développement du bébé à travers la relation avec les parents. Ce n'est qu'au terme de ce processus que l'on peut poser un

diagnostic, ou une absence de diagnostic (symptôme et non trouble) en tant que trouble de l'axe I des classifications des troubles mentaux, dans l'une des classifications existantes adaptées (DSM-V, ICD0, DC 0-3R).

L'évaluation doit aussi tendre à respecter la variabilité interculturelle, et ne pas se lier exclusivement à la recherche du diagnostic, ou à l'établissement d'une hypothèse psychopathologique. Elle doit au contraire chercher à rester dans le cadre d'une relation avec la famille, en évitant de devenir une procédure standardisée et rigide. Utilisée dans un cadre légal, à la demande d'un juge des enfants (JE) ou des affaires familiales (JAF), l'évaluation du développement du jeune enfant se doit d'être faite de façon claire, transparente, en utilisant des outils et des situations validées, et basée sur des faits cliniques.

La demande initiale de la famille d'un jeune enfant auprès d'un service de pédopsychiatrie est rarement celle d'une évaluation isolée. Adressée au service par l'école ou la crèche, par leur médecin, par la PMI, ou par le médecin scolaire, ou à leur propre initiative, la demande est celle d'un avis diagnostique et thérapeutique et d'une aide face à des difficultés relationnelles ou des symptômes.

La demande institutionnelle est souvent plus argumentée et préparée : PMI, médecin scolaire, psychologue scolaire, Aide sociale à l'enfance (ASE), consultation en vue d'adoption ou suivie d'adoption, mais alors la demande ne vient pas des parents eux-mêmes et ils peuvent même parfois être très réticents : la construction d'une alliance de travail est donc là encore le préalable essentiel. Il est alors important de se centrer d'abord sur ce qui préoccupe la famille comme premier objectif, et qui peut être très éloigné de ce qui a motivé la demande des professionnels vers le lieu de soins. Ailleurs, l'évaluation peut parfois servir de médiation, lorsque la mère et/ou les parents sont réticents, par exemple en démontrant les compétences du bébé ; elle facilite alors l'échange.

Les différents temps de l'évaluation

La première étape est généralement constituée par un entretien avec les parents et l'enfant lors de la consultation (voir p technique de l'entretien). Le recueil des données anamnestiques est l'occasion d'accéder aux représentations parentales et à ce qui a motivé la consultation. Il va permettre d'analyser la demande telle qu'elle est formulée et le contexte particulier dans lequel s'inscrit la consultation.

Le lieu de l'évaluation : CMP, cabinet de consultation ou domicile. L'évaluation se fait rarement à domicile, mais généralement dans un cadre institutionnel : celui de la consultation ou du service à qui a été

adressé l'enfant (pédopsychiatrie, PMI, CAMSP…). Ce qui importe c'est que l'enfant soit dans un environnement accueillant, adapté, et rendu familier, avec des personnes disponibles et attentives. Sauf circonstances particulières, les bébés et les jeunes enfants viennent accompagnés de leurs parents. Ils se sentent généralement sécurisés par leur présence, surtout dans des lieux non familiers et en présence d'étrangers, et sont ainsi plus disponibles pour participer activement aux évaluations. Cependant, comme l'évaluation d'un jeune enfant implique généralement qu'on puisse observer les interactions parents-enfant, c'est donc tout naturellement que les dyades et/ou les triades participent ensemble à cette démarche évaluative, même si un temps propre à chacun des parents peut être aménagé selon les besoins.

Un point important est de penser à parcourir, même superficiellement tous les domaines, quelle que soit le problème qui mène initialement à la consultation. Par exemple, on vérifiera systématiquement l'audition devant un trouble du développement du langage, ou on cherchera aussi une dyspraxie visuelle devant une difficulté d'apprentissage de l'écrit, ou chez un enfant décrit comme « agité », ou enfin on recherchera une maltraitance ou un abus devant une agitation.

C'est l'intérêt d'utiliser, avant ou après la première consultation, un inventaire de symptômes du type CBCL 1,5-5 (Achenbach) ou la BITSEA (Briggs-Gowan et Carter), traduite et validée en France par Wendland *et al.* (2014). Il s'agit de questionnaires parentaux de dépistage dont on pourra voir le résultat avec les parents et qui peuvent permettre de découvrir et d'aborder des difficultés qui n'avaient pas été mentionnées jusque-là.

L'évaluation pourra également être répétée dans le temps pour évaluer la dynamique de la progression de l'enfant, au cours de l'observation et au cours du traitement.

Une évaluation multidisciplinaire

Les professionnels intervenant dans le champ de la petite enfance sont de formations variées (pédiatres, pédopsychiatres, psychologues, infirmières, puéricultrices, psychomotriciens, kinésithérapeutes, orthophoniste). Chacun dans sa pratique peut être amené à procéder à des évaluations de certains aspects du développement et du fonctionnement de l'enfant, en utilisant des outils spécifiques. Le choix des outils sera évidemment fonction des symptômes présentés par l'enfant, mais aussi de la compétence de l'évaluateur et du but de l'évaluation : dépistage, diagnostic ou expertise. La connaissance des cadres théoriques de référence, des principes de construction, des qualités de mesure et des limites interprétatives de ces épreuves est une condition première à leur pratique.

L'objectivation des observations

L'observation dans des situations standardisées s'est très largement développée avec une systématisation des grilles d'observation permettant de repérer la fréquence et la succession d'événements du développement.

Le bilan de l'évaluation

Le bilan de l'évaluation qui sera fait avec l'enfant et ses parents repose sur la synthèse des informations provenant des différents professionnels concernés par l'enfant. Il s'appuie sur une synthèse des informations et des évaluations diverses, et sur leur interprétation. Il doit donner lieu à un compte-rendu qui sera disponible pour les parents et leur médecin. L'évaluation permet ainsi la planification du suivi thérapeutique, en identifiant les domaines du développement les plus atteints et qui seront les cibles du traitement, mais aussi et surtout les domaines les plus performants et les domaines de compétences émergentes, qui permettront de soutenir l'estime de soi de l'enfant et celle des parents, et qui seront les leviers de l'action thérapeutique.

Évaluer l'efficacité du traitement

L'évaluation permet également, et ce n'est pas son moindre intérêt, de juger à terme de l'efficacité des choix thérapeutiques mis en œuvre. L'évaluation devrait ainsi être la règle après un placement, comme après une adoption. Elle permet de confirmer ou d'infirmer les orientations thérapeutiques. Cette évaluation est alors au mieux faite de façon indépendante des acteurs directs du dispositif thérapeutique. Ce point est important, dans la mesure où il est parfois difficile de se repérer et d'évaluer de façon neutre l'efficacité d'un dispositif de soin lorsque l'on y est soi-même engagé de façon affective et effective. Le besoin d'une évaluation indépendante est d'autant plus net que l'on se retrouve dans des situations complexes, avec des pathologies importantes, et des psychopathologies parentales notables, et que l'on se trouve impliqué dans un dispositif au long cours, avec une famille à difficultés multiples.

Les cibles de l'évaluation

L'enfant

C'est sur le bébé que l'on se focalise dans le cadre de l'évaluation clinique. Le premier but est de faire la différence entre variations normales du développement et symptôme ou trouble. Certains comportements considérés

à des âges ultérieurs comme relevant de la clinique peuvent relever du comportement normal dans la petite enfance. Par exemple, les conduites d'opposition dans la deuxième année traduisent l'émergence de l'autonomie et de l'affirmation de soi. S'ils perdurent et s'expriment avec une forte intensité, ils peuvent devenir des signes pathologiques. C'est aussi le cas des comportements de colère ou d'agressivité physique, s'ils sont très intenses et fréquents. La fréquence, l'intensité et la durée des comportements permettent de différencier développement normal et pathologique. Il faut donc disposer de normes de référence adaptées à l'âge de l'enfant.

Il est indispensable d'évaluer le niveau de développement d'un enfant qui présente des difficultés pour savoir si ces difficultés relèvent ou non d'un retard mental global. L'utilisation d'échelles de développement permet de vérifier que l'enfant se situe bien au niveau attendu en fonction de son âge, et de voir si ses compétences dans les différents domaines sont homogènes ou non. Elle s'impose d'autant plus que l'enfant semble présenter un retard ou est porteur de déficiences. À l'aide de ces échelles on peut déterminer le profil de compétences de l'enfant, ses forces et faiblesses dans tel ou tel domaine. De plus, une réévaluation de l'enfant avec la même échelle permet d'évaluer sa progression et de quantifier les changements, voire d'évaluer les effets d'une prise en charge thérapeutique.

La prise en compte de l'environnement de l'enfant et de ses relations avec ses parents, sa fratrie et ses pairs, et ses autres figures d'attachement (assistante maternelle, crèche, maternelle), la durée de son séjour quotidien en collectivité ou en mode de garde, l'exposition à la télévision, apportera des éléments essentiels pour identifier la nature des difficultés. Le second point important est de préciser si les difficultés sont spécifiques d'une relation ou étendues à toutes.

Évaluer la psychopathologie parentale

De plus en plus souvent, l'évaluation devient conjointe : c'est autant celle de la santé mentale du bébé, de son développement que celle des parents (santé mentale et capacités parentales) (Keren, Tyano, Guedeney). Une étude récente a réalisé une évaluation simultanée de la psychopathologie chez l'enfant consultant (âgé de 6 à 17 ans) et chez les parents, et trouve un taux de 18 % de troubles internalisés chez les pères et les mères des enfants. Une étude finlandaise (Mäntymaa *et al.*, 2008) a pu monter l'intérêt de chercher chez le père les antécédents psychopathologiques dans l'année écoulée quand on observe chez un nourrisson un retrait relationnel prolongé et qu'il n'existe pas de dépression postnatale maternelle qui rende compte du retrait relationnel du bébé.

Évaluer les relations parents-enfant

L'étude des interactions et des relations de l'enfant avec ses parents est au cœur du processus d'évaluation clinique du bébé. Même si un temps

d'évaluation peut être plus centré sur le fonctionnement du bébé et/ou sur ses parents, c'est la façon dont ils interagissent habituellement qui doit être objet d'analyse : on peut observer l'implication des partenaires, les modalités et le tempo des comportements, la qualité de l'ajustement, la sensibilité aux signaux de l'enfant et la qualité des réponses, la tonalité des affects, et réfléchir aux représentations parentales qui les sous-tendent. Cependant, c'est la triade prise dans son ensemble comme un système fonctionnel qui apportera le plus d'information.

L'étude des relations parent-enfant a débuté par les relations mère-bébé, puis s'est intéressée aux relations père-bébé, mais les relations triadiques parents-bébé sont essentielles à observer, dans la mesure où l'on peut voir comment le bébé interagit effectivement avec chacun des parents, et avec les deux ensemble, et évaluer ainsi la capacité d'alliance et de coparentage des parents face au bébé.

Cette évaluation de la relation parent-enfant par un clinicien expérimenté sera valide, même si elle est globale, dans la mesure où elle portera sur plusieurs observations, dans différents contextes relationnels et qu'elle se fera dans des conditions de stress graduées et contextuellement différentes.

Le plus facile à observer et à objectiver est le comportement des partenaires (George Downing) : regards, mouvements, verbalisations, et la façon dont ces comportements sont orientés et réciproquement adressés, ainsi que l'ambiance affective et le discours. On repère quels sont les aspects positifs (qui représentent des points d'ancrage possibles de la relation thérapeutique) et quels sont les aspects traduisant une plus grande vulnérabilité. On note aussi quel est le discours des parents pendant les échanges, et la place donnée à l'enfant, comme individu capable de pensées et d'intentions autonomes. Les perturbations de l'interaction mère (parents)-bébé représentent souvent le seul et premier indice de difficultés et de troubles en voie de constitution chez le bébé. Leur évaluation est donc devenue une pratique courante pour les cliniciens, et incontournable pour les chercheurs, même si on constate que la plupart des services qui accueillent des bébés n'utilisent généralement pas d'enregistrements vidéo, de grilles ni d'échelles d'interactions standardisées, et se contentent d'une évaluation globale assez subjective, dans une situation d'observation plus ou moins standardisée. En revanche, les cliniciens en situation de recherche doivent utiliser des échelles pour quantifier ou comparer les interactions. Ces outils s'avèrent également intéressants pour la pratique clinique car ils objectivent les observations et leur évolution et peuvent servir de support aux échanges avec les parents. La plupart des échelles existantes évaluent ainsi une ou plusieurs des caractéristiques de la relation du parent au bébé, que ce soit la sensibilité aux signaux du bébé, la contingence des réponses, ou la synchronisation des échanges.

Les outils de l'évaluation parent-enfant dans la petite enfance

Il ne peut être question ici de faire un inventaire exhaustif des outils (échelles tests, situations, questionnaires) utiles tant pour l'évaluation du fonctionnement du bébé que de celui de ses parents. On trouvera cet inventaire dans Tourette et Guedeney (2011), avec l'indication de la validité de chaque instrument, de sa référence initiale et de l'existence d'une validation ou d'une traduction française. Seuls les outils les plus utilisés ou les plus connus seront ici mentionnés.

Les situations d'observation

L'observation « directe » du bébé selon Esther Bick

Esther Bick, psychanalyste anglaise, a développé puis enseigné une méthode d'observation des nourrissons, à visée formatrice, pour les psychothérapeutes d'enfants : apprendre à connaître les enfants, leur fonctionnement, leur développement pour mieux comprendre les difficultés de certains enfants qui peuvent relever d'une psychothérapie.

Dans la méthode initiale, les futurs psychothérapeutes se rendent de façon très régulière pour observer les bébés, à domicile, dans des familles volontaires. Cette observation, qui se fait en présence des parents, se déroule de la naissance jusqu'à la fin de la deuxième année, à raison d'une séance d'une heure par semaine. L'observateur devient un familier qui pratique une observation empathique, sans donner de conseils ni d'interprétations. Dès la fin de son observation, il doit rédiger un compte-rendu détaillé de ce qu'il a vu, et en faire part au groupe de supervision auquel il participe. De cette présentation et discussion collective émerge le sens de ce qui a été observé. Les effets de cette observation n'apparaissent pas seulement au niveau du bébé, qui se trouve au centre de cette attention pleine d'empathie, mais aussi au niveau des familles qui développent elles aussi une attention particulière à l'enfant.

Des cliniciens de formation analytique la pratiquent encore, surtout en France, en Italie, en Espagne en Argentine. On peut néanmoins retenir de cette démarche l'entraînement à pratiquer une observation en différant l'interprétation, et dans le cadre de principes explicites : accorder tout son intérêt au bébé et à sa famille, respecter les situations, ne jamais être directif ni intrusif, avoir une attitude bienveillante dépourvue de jugement moral. La situation d'observation longitudinale d'un bébé à domicile, depuis sa naissance, reste un outil de pédagogie du développement remarquable. Elle

permet de saisir toute l'importance dans le développement précoce des relations parents-enfant, et du contexte familial, culturel et social.

Sans son appareil théorique, cette observation pourrait être ainsi une étape précoce et importante de la formation de nombreux personnels de santé, psychologues, médecins, assistants sociaux. Mise en œuvre dans une faculté de médecine privée au Brésil par Salvador Célia, elle a montré son impact et la capacité à former des médecins sensibles à la relation, et recherchés en médecine générale. Cependant, l'observation selon Bick véhicule une vision dépassée du développement précoce. Elle n'a montré aucune réelle capacité thérapeutique ou préventive, ce qui n'est guère étonnant, même si l'attention portée au bébé et aux relations n'est jamais sans effet, et qu'elle aide sûrement au développement des capacités de mentalisations des parents.

Les situations triadiques d'observation parents-enfant

La situation de jeu triadique établie par Elisabeth Fivaz et son équipe s'est construite sur l'hypothèse que les interactions à trois ont une dynamique particulière, qui n'est pas uniquement évaluable par la somme des interactions dyadiques (Fivaz-Depeursinge et Corboz-Warnery, 2001). La place et le rôle du tiers, quel que soit le troisième partenaire, la mère, le bébé ou le père, doivent en effet être pris en compte d'emblée. La démarche des auteurs associe une approche systémique, abordant le système familial dans son ensemble, et une approche éthologique, micro-analytique. Ce dispositif est utilisé en tant qu'outil clinique, mais aussi pour comparer des familles problématiques avec des familles témoins pour, générer de nouvelles hypothèses sur la genèse de la psychopathologie précoce à partir de l'analyse comparée des interactions observées.

Le dispositif LTP est utilisable avec des enfants de 2 à 12 mois, mais des adaptations sont ensuite possibles. L'enfant est placé dans un siège adaptable à son tonus, face à ses parents. Les parents peuvent faire tourner le siège de l'enfant pour le placer devant eux. Les deux parents sont assis face à l'enfant selon un dispositif triangulaire. Deux caméras sont disposées de manière à enregistrer les actions de l'enfant d'une part et celle des parents de l'autre ; les deux caméras sont synchronisées. Les parents sont invités à jouer, sans objet, avec leur bébé selon quatre temps successifs, mais dont ils déterminent eux-mêmes la durée. Tout d'abord, un des deux parents interagit avec l'enfant et l'autre est simplement présent ; puis le second parent intervient et joue avec l'enfant ; ensuite, les parents jouent tous deux avec l'enfant, et enfin les deux parents interagissent entre eux, sans impliquer l'enfant. Ce scénario permet ainsi l'exploration de différentes configurations possibles de jeu à trois.

Les fonctionnements triadiques sont qualifiés selon quatre types d'Alliances familiales : Désordonnée, Collusive, Modérée, Coopérative.

Les alliances Désordonnées peuvent se voir chez des parents présentant une psychopathologie grave, et les alliances Collusives, dans des familles dont les parents détournent leurs tensions conjugales sur leurs relations à leur enfant. Les alliances de type Coopératif correspondent à un fonctionnement optimal. Au sein d'une même triade, la stabilité du type d'alliance familiale a été démontrée au cours de la première année, sur une population volontaire à bas risque.

La situation triadique de Lausanne (LTP) est devenue un paradigme théorique en petite enfance, dans la mesure où elle illustre combien le développement précoce est triadique d'emblée et non dyadique puis triadique. Cependant, il existe encore très peu d'études longitudinales qui montrent l'impact sur le développement des divers styles d'interaction triadiques. La situation LTP est une situation de laboratoire, adaptée à la recherche et non à la clinique, mais elle peut être aisément simplifiée et s'intégrer à une procédure d'évaluation clinique, très utile pour apprécier la coopération parentale de parents malades mentaux, ou dans les situations de conflit conjugal. La Situation LTP elle-même est rigoureuse dans son installation et sa cotation, qui est complexe et nécessite une formation assez longue et pointue.

Les situations de face-à-face mère-enfant : Global Rating Scale

Le GRS-Global Rating Scale de Fiori-Cowley, Murray et Gunning (1999), est une échelle d'évaluation globale des interactions mère bébé en face à face. Elle a été mise au point pour décrire les interactions en face à face entre une mère et son bébé entre 2 et 6 mois, dans une situation standardisée, en laboratoire ou à domicile. On filme pendant cinq minutes l'enfant installé dans un siège bébé, avec simultanément le visage de sa mère vu de profil, en utilisant un miroir pour voir la mère de face sur la même image que le bébé. La mère a pour consigne de parler ou jouer avec l'enfant (le bébé étant repu, changé et éveillé), et de ne pas utiliser de jouet dans la communication et le jeu avec l'enfant.

L'échelle comporte 25 items pour les bébés de moins de quatre mois, et 28 items à partir de quatre mois, regroupés en trois échelles ou en six dimensions. Un manuel de codage détaillé facilite l'acquisition de la validité intercotateurs.

La GRS a été largement utilisée dans les études d'intervention après de jeunes enfants (*Étude transculturelle de la dépression post-natale*, Kumar *et al.*), du fait de l'intérêt de la situation de face à face à cet âge et de la simplicité de la procédure, qui peut être filmée à domicile avec un simple miroir.

La situation dite du Visage immobile : *Still Face* de Cohn et Tronick (1983)

Ce paradigme expérimental se pratique en recherche clinique, avec des bébés de 2 à 4 mois. Il évalue les capacités de communication du bébé, sa sensibilité au changement des attitudes maternelles et sa capacité à réguler ses propres états émotionnels. Cette situation comporte un épisode d'interaction en face à face, puis une séquence où la mère se fige subitement à un signal donné et demeure sans réaction et impassible aux diverses sollicitations de son bébé pendant 3 minutes maximum ce qui correspond à une violation majeure des attentes d'un bébé de 2 mois. Enfin, la mère reprend une attitude d'engagement affectif vis-à-vis de son bébé, et l'on peut observer la réparation de l'interaction, complète en quelques minutes.

Au cours de la séquence où la mère présente un visage immobile, le bébé montre une suite de réactions remarquablement constantes dans leur ordre et leur durée, avec d'abord des tentatives très actives pour solliciter sa mère en s'agitant ou en riant, puis une phase de perplexité, puis une phase de désorganisation avec détournement du regard de plus en plus net. Cette procédure permet de comparer les réactions du bébé selon son tempérament et selon le degré d'altération antérieur de la relation mère-enfant. L'observation de bébés de mère déprimée montre qu'ils ont des comportements différents des bébés témoins et qu'ils expriment une relative habituation à ce type de situation. Cette habituation des bébés de mères déprimées tend ensuite à se généraliser à la relation aux *caregivers* non déprimés. Le *Still Face* a ainsi permis d'établir un premier modèle de la transmission des affects dépressifs de la mère à l'enfant.

Murray et Trevarthen (1986), Murray *et al.* (1996) puis Nadel et Marcelli (1999) ont proposé une adaptation du *Still Face* en le pratiquant avec un échange mère-enfant qui passe par la vidéo, et qui introduit non pas le figement du visage maternel, mais seulement une désynchronisation, en produisant un écart entre le son et l'image, de l'ordre du dixième de seconde, ou en repassant pendant 30 secondes une séquence vidéo déjà filmée, la mère n'étant donc plus en direct avec le bébé (Nadel). Cette désynchronisation produit la même séquence de réaction que le visage immobile, ce qui démontre la sensibilité du bébé de 2 mois à la violation de ses attentes dans l'interaction.

La procédure permet de comprendre les effets des troubles de l'interaction tels qu'on les observe dans diverses pathologies parentales, comme la dépression majeure ou les troubles borderline ou psychotiques. C'est une procédure qui produit un stress moyen chez le bébé, sans séquelles, mais dont l'analyse est complexe. Elle est favorisée par l'utilisation actuelle de logiciels permettant la poursuite du regard et l'analyse séquence par séquence. La procédure du *Still Face* a pu être combinée à des mesures du stress du bébé par mesure du cortisol salivaire, et à diverses mesures électrophysiologiques.

La situation étrange d'Ainsworth, Blehar et Waters (1978)

La situation étrange est une procédure de laboratoire s'adressant à des enfants âgés entre 12 et 24 mois qui implique leur mère – ou toute autre figure d'attachement de l'enfant –, et une personne étrangère à l'enfant. Elle est composée d'une introduction de 30 secondes et de 7 courts épisodes de 3 minutes.

La situation étrange : sept épisodes, séparation/réunion

1. La situation débute par une mise en situation où mère et enfant sont dans la salle, seuls, et on demande à la mère de laisser l'enfant explorer les jouets à sa disposition, sans trop interagir avec lui.
2. Puis l'étrangère arrive, et reste d'abord à distance, puis parle avec la mère, puis se rapproche et tente de jouer avec l'enfant.
3. Puis la mère part, et c'est la première séparation.
4. La mère revient, après quelques minutes, et on prête une attention particulière à ces premières retrouvailles et au comportement de l'enfant.
5. La mère part de nouveau, et l'enfant reste seul.
6. Puis l'étrangère revient, et on observe la réaction de l'enfant,
7. Ensuite la mère revient définitivement, et on observe si la réaction vue lors des premières retrouvailles se confirme.

La dernière partie permet d'observer comment l'enfant se calme ou non après la seconde séparation, et si l'exploration et le jeu reprennent alors et au bout de combien de temps. L'ensemble de la procédure est filmé en vidéo, au mieux avec deux caméras, de façon à voir et l'enfant et la mère et leurs visages, en particulier lors des retrouvailles.

Il s'agit donc d'une situation qui vise à activer le système d'attachement, avec une stimulation d'intensité moyenne. Elle permet de coter et de catégoriser le comportement de l'enfant et ses réactions à la séparation, en se basant surtout sur les réactions lors de la réunion avec sa figure d'attachement. La cotation se fait sur le document vidéo, par un cotateur formé et devenu fiable, à partir de quatre échelles, cotées de 0 à 7 :

- recherche de proximité (*Proximity seeking*) ;
- maintien du contact (*Contact maintaining*) ;
- résistance (*Resistance*) ;
- évitement (*Avoidance*).

La classification se fait alors en 3 catégories, selon les scores de chaque échelle, et avec l'aide du manuel de cotation :

B : *sécure* : B1, B2, B3 ou B4 selon la qualité de l'exploration et de la régulation ;
A : *évitant* : A1 ou A2 ;
C : *résistant* : C1 ou C2.

La cotation d'une situation étrange prend 30 minutes pour un cotateur entraîné. Il faut ensuite une formation supplémentaire et une validation pour coter la bande en désorganisation (D : *Unresolved / Disorganized*). Un enfant peut être ainsi à la fois *sécure* et désorganisé. La situation est réalisable avec les pères comme avec les mères et permet donc la catégorisation de l'attachement au père, qui est indépendante de celle de la mère.

La situation étrange est devenue paradigmatique et a permis de nombreuses recherches et la mise en évidence de la validité interculturelle du comportement d'attachement, des liens avec le développement normatif, et de sa transmission intergénérationnelle, à travers les différents modes de sensibilité maternelle (voir Guedeney et Guedeney, 2009). Elle a donc une grande validité clinique, une stabilité test-retest importante et une valeur prédictive sur un certain nombre d'items du développement.

C'est une situation utile en recherche plus qu'en clinique courante (Rabouam, 2006), mais elle peut être très utile dans des situations complexes, en expertise, lors de conflits ou de pathologie parentale, ou dans l'adoption. Rappelons que l'on peut observer les réactions d'attachement du jeune enfant lors d'une consultation, en organisant des épisodes, sur le mode de la situation dite de Crowell (voir plus loin p. 143), ou simplement en prêtant attention aux réactions des uns et des autres lors des premiers contacts, lors du jeu, lors du rangement et de la séparation, à l'occasion d'une première consultation parents-bébé. La fiabilité de la cotation à la situation étrange est relativement facile à obtenir et se teste sur au moins 25 situations en vidéo, comparées aux cotations de l'expert formateur. La cotation en désorganisation est beaucoup plus difficile et nécessite une formation complémentaire.

Références

L'observation « directe » selon Esther Bick

Bick E. Notes sur l'observation du bébé dans la formation psychanalytique in: Les écrits de Martha Harris et d'Esther Bick. Larmor-Plage: Ed. du Hublot; 1998, p. 279-294.

Les situations triadiques d'observation parents-enfant

Fivaz-Depeursinge E, Corboz-Warnery. LTP Lausanne Trilogue Play (2-12 mois, Jeu triadique de Lausanne); 2001.

Fivaz-Depeursinge E, Corboz-Warnery A. The Primary Triangle: A developmental systems view of mothers, fathers and infants. New York: Basic Books; 1999. (Trad. française: Le triangle primaire. Le père la mère et le bébé. Paris: Odile Jacob; 2001.) (Le nouveau paradigme: de la dyade à la triade.)

Les situations de face-à-face mère-enfant

Murray L, Fiori-Cowley A, Hooper R, Cooper PJ. The impact of post-natal depression and associated adversity on early mother infant interaction and later infant outcome. Child Development 1996;67:2512-26.

Murray L, Stanley C, Hooper R, King F, Fiori-Cowley A. The role of infant factors in post-natal depression and mother-infant interactions. Developmental Medicine and child neurology 1996;38:109-19.

Murray L, Cooper PJ, Wilson A, Romaniuk H. A controlled trial of the short and long term effect of psychological treatment of postpartum depression: II impact on the mother child relationship and child outcome. British journal of psychiatry 2003;182:420-7.

« **Still Face** »

Cohn JF, Tronick EZ. Three month old infant's reaction to simulated maternal depression. Child development 1983;54:334-5.

Soussignan R, Nadel J, Canet P, Gerardin P. Sensitivity to social contingency and positive emotion in 2-month-olds. Infancy 2006;Vol 10(2):123-44.

Tourrette C, Marcelli D. Étude longitudinale (de la naissance à 21 mois) du développement d'enfants à risques, comparés à un groupe d'enfants témoin. Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence 1999;47(1–2):57-62.

Tronick EZ, Cohn JF. Infant-mother face-to-face interaction: Age and gender differences in coordination and the occurrence of dis-coordination. Child Development 1989;60:85-92.

Tronick E. Interactive mismatch and repair: challenges to the coping infant in: The neurobehavioral and social-emotional development of infants and children. New York: Norton &co; 2007, p. 155-163.

La situation étrange

Guedeney A, Tereno S. La vidéo dans l'observation d'évaluation et d'intervention en santé mentale du jeune enfant: un outil pour la transmission. Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence 2012;60(4):261-6.

Évaluer les interactions précoces

Seuls les principaux outils d'évaluation des relations parent-enfant seront ici brièvement décrits (voir Tourrette et Guedeney 2010 pour une description détaillée).

Le Parent-Child Early Relational Assessment (PCERA) de Roseanne Clark (1985)

Le PCERA est une procédure d'interaction mère-enfant semi-structurée qui vise à évaluer la qualité de la relation entre un jeune enfant et ses parents. Le but du PCERA est de permettre une évaluation phénoménologique de la qualité affective et comportementale de l'interaction, dans un but clinique ou de recherche, notamment pour des familles à risque. Aux États-Unis, il est utilisé dans les programmes d'intervention sur la maltraitance. Le PCERA

peut être utilisé et enregistré en vidéo à domicile ou dans un centre de diagnostic ou de soins. La situation s'applique aux enfants de 2 à 60 mois. Elle peut s'utiliser comme bilan diagnostique initial, ou pour mesurer les progrès d'une thérapie ou d'un programme d'intervention.

Cette échelle tente de saisir l'expérience de l'enfant avec les parents, celle des parents avec l'enfant, les caractéristiques de ce que chacun apporte à l'interaction, et enfin la qualité et la tonalité des interactions. Par son étendue, par le fait qu'elle utilise le visionnage de séquences vidéo avec les parents, et du fait de ses qualités métrologiques, la PCERA est l'une des méthodes les plus employées en recherche clinique. Cependant, son utilisation nécessite une formation, et l'acquisition de la validité intercodeurs n'est pas facile.

Le CARE-Index de Patricia Crittenden (1988)

Il permet d'évaluer les interactions mère-bébé depuis la naissance jusqu'aux deux ans de l'enfant en analysant une séquence de jeu filmé d'une durée de trois à cinq minutes. L'échelle évalue sept axes de comportements interactifs. Pour chaque axe, il y a trois attitudes de l'adulte retenues : sensible, disponible, attentif (= *sensitive*) ; contrôlante (= *controlling*) ; non disponible (= *unresponsive*). Les réponses de l'enfant sont regroupées dans les quatre catégories suivantes : coopérant, opposant, compulsivement complaisant (voire compliant), passif.

Le fondement théorique du CARE-Index étant la référence à l'attachement, l'observateur focalise son attention sur la sensibilité de l'adulte aux besoins de l'enfant et sur la capacité parentale à proposer des échanges lui permettant d'éprouver des sentiments de sécurité, de confort et de plaisir partagé. L'analyse des aspects de l'interaction permet de situer les attitudes des mères selon trois paramètres (sensibilité, contrôle et absence de réponse) et le comportement interactif du bébé selon quatre paramètres (coopération, soumission, difficulté et passivité), renvoyant à trois types de dynamiques relationnelles : mère sensible/enfant coopératif ; mère contrôlante/enfant difficile ou accommodant compulsif ; mère peu réactive/enfant passif.

L'intérêt du CARE-Index réside dans la possibilité de l'utiliser dans une tranche d'âge étendue. Le CARE-Index a ainsi été utilisé pour suivre les effets d'une thérapie mère-enfant et pour comparer les styles interactifs des mères déprimées et psychotiques (Babo-Gandillot, Wendland, Wolff et Moisselin, 2012). Cet outil a été traduit dans plusieurs langues et est donc utilisé dans de nombreux pays.

Le Coding Interactive Behavior (CIB) de Ruth Feldman (1998)

Développé par Ruth Feldman, le CIB permet une cotation des interactions dyadiques dans différentes situations de jeu ou d'interaction. Le CIB est coté à partir d'une vidéo de dix minutes de jeu libre, mais aussi à partir

d'une situation d'alimentation du bébé, dont on sait qu'elle est très sensible aux violations des attentes et de la synchronisation. Des membres de l'équipe de l'Unité Petite Enfance et Parentalité Vivaldi (H. Pitié-Salpêtrière), à l'initiative de Sylvie Viaux-Savelon et d'Elisabeth Aidane, ont été formés et certifiés pour la cotation du CIB. Cette échelle a été utilisée pour l'évaluation d'interventions postnatales et pour les effets des diagnostics anténataux par Viaux-Savelon (voir p. 177).

Le CIB est composé de 42 items, cotés sur cinq points, portant sur les parents, l'enfant et la dyade, regroupés en six groupes :

- présence maternelle aidante ;
- pose de limites par la mère ;
- intrusivité maternelle ;
- affects conjoints positifs mère-enfant ;
- retrait de l'enfant ;
- états dyadiques conjoints négatifs.

Références

PCERA

Clark R. The parent-child early relational assessment: a factorial validity study. Educational and psychological measurement 1999;59(5):821-46.

CARE-INDEX

http://www.patcrittenden.com.

Babo-Gandillot S, Wendland J, Wolff M, Moisselin P. Étude comparative des interactions précoces des mères psychotiques et déprimées avec leur bébé. Devenir 2012;24(2):141-69.

Glatigny-Dallay E, Lacaze I, Lostau N, Paulais J-Y, Sutter A-L. Évaluation des interactions précoces. Annales médico-psychologiques 2005;163(6):535-40.

CIB

Feldman R. Parent-infant synchrony and the construction of shared timing: physiological precursors, developmental outcomes and risk conditions. Journal of child psychology and psychiatry 2007;48:329-54.

Feldman R. CIB Coding Manual. Bar Ilan University. 2004. (Manuscrit non publié.)

Évaluer le développement et les comportements du bébé et du jeune enfant

L'échelle de Brazelton : évaluation du comportement néonatal

La « Brazelton NBAS » ou Neonatal Brazelton Assessment Scale (Brazelton et Kevin-Nugent,2001) est l'un des outils et l'une des situations les plus anciennes d'évaluation du bébé, puisque la première version date de 1973, et la dernière de 1995. La NBAS a pour but d'évaluer de façon précise l'état du nouveau-né et sa capacité d'habituation aux stimuli physiques et sociaux, et ainsi d'apprécier l'individualité de chaque enfant dans ses capacités relationnelles. La NBAS est normalement applicable du troisième jour après la naissance à la fin du premier mois et peut être utilisée avec les enfants prématurés, quand ils atteignent leur âge corrigé, c'est-à-dire après le délai de leur prématurité. Le Brazelton comporte deux séries d'items :

- 16 items de type neurologique (réactions provoquées, comme les réflexes archaïques et l'appréciation de la tonicité) ;
- 28 items comportementaux pour évaluer la réactivité sensorielle de l'enfant à différents stimulus animés et inanimés (orientation, habituation), sa tonicité, sa motricité et sa capacité à s'auto-apaiser.

L'examinateur aide le bébé par une approche mesurée, progressive, empathique, dans le but d'obtenir ses meilleures compétences. Les auteurs ont développé une version brève plus facile à appliquer et orientée vers les interactions sociales, le Newborn Behavioral Observation System (NBO) qui est composé de 18 items comportementaux. Dans une perspective clinique, préventive ou curative, l'échelle est l'occasion de démontrer aux parents l'étendue des compétences de leur bébé, sa capacité à participer activement à l'interaction évaluative et sa capacité à communiquer avec l'adulte. La NBAS est ainsi l'un des meilleurs exemples de l'effet thérapeutique d'une évaluation conduite dans la relation. En France, Stoléru (1997) a décrit quel usage thérapeutique peut être fait de la passation de la NBAS. Une version adaptée aux prématurés a été proposée par Heidelise Als, mais elle est complexe. Toutefois elle est à la base du système d'adaptation des soins aux prématurés NIDCAP (Neonatal Individualized Development Care and Assessment Program), pour lequel de plus en plus de centres de néonatologie de niveau III se certifient en France. Il existe également une version adaptée à la passation par les parents. Candilis-Huisman, Thoueille et Vermillard (2006) ont réalisé une adaptation pour les mères aveugles.

Le test de développement Brunet et Lézine : échelle de développement psychomoteur de la première enfance

Le Brunet Lézine, version révisée II (1997), édité par les Éditions du centre de psychologie appliquée (ECPA) reste, à l'heure actuelle, l'instrument de référence pour l'évaluation du développement des enfants entre 2 et 30 mois en France, tant dans une perspective clinique (dépistage et prévention) que dans une perspective de recherche (comparaison de groupes d'enfants). Elle est, en effet, la seule échelle de développement avec un étalonnage français. Elle comporte 154 items pour les âges de 2 à 30 mois qui se répartissent en quatre sous-échelles correspondant aux différents domaines du développement :

- l'échelle P de développement postural ;
- l'échelle C de coordination oculo-motrice ;
- l'échelle L de langage et inclut des aspects communicatifs préverbaux comme l'attention conjointe ;
- l'échelle S de sociabilité ou de relations.

L'examen se fait en présence des parents, par observation des comportements effectivement produits par l'enfant complétée par des questions posées à l'adulte. Les quotients de développement (QD), totaux ou partiels, sont obtenus en rapportant l'âge de développement constaté lors de l'évaluation, à l'âge réel (chronologique) de l'enfant. La proportion des items d'observation est cependant plus faible dans le BL-R que dans le Bayley, le test américain de référence.

La batterie d'évaluation cognitive et socio-émotionnelle (BECS)

Cette batterie (de Jean-Louis Adrien, 2007) a été conçue pour l'évaluation de plusieurs fonctions cognitivosociales chez les enfants avec retard mental et/ou troubles autistiques dont le niveau de développement se situe entre 4 et 24 mois environ et dont l'âge chronologique peut aller jusqu'à 10 ans. Deux grands domaines sont distingués : la cognition sensori-motrice et la cognition socio-émotionnelle. On détermine un niveau de développement (moyen et optimal) pour chaque rubrique. On peut également calculer un indice d'hétérogénéité du développement. Les résultats peuvent être reportés sur un graphique en diagramme étoilé à partir de quatre cercles concentriques (du niveau de développement le plus faible au centre au plus élevé à la périphérie) pour chacune des seize rubriques, ce qui permet de visualiser de façon synthétique les points faibles et les points forts du profil de l'enfant, et le degré d'hétérogénéité du développement intra- et interdomaines. La BECS est ainsi l'outil de choix d'évaluation du fonctionnement socio-cognitif chez l'enfant avec troubles autistiques ou retard mental.

L'échelle d'intelligence de Wechsler pour la période préscolaire et primaire : WPPSI III

La WPPSI III (Wechsler, 2004), également éditée par les Éditions du centre de psychologie appliquée (ECPA), fournit une mesure standardisée d'une variété d'aptitudes reflétant différents aspects de l'intelligence. La WPPSI-III est divisée en deux formes selon l'âge des enfants, dont celle qui concerne les plus jeunes (2 ans ½ à 3 ans 11 mois). Ses épreuves portent sur :

1. compréhension de mots ;
2. information ;
3. dénomination d'image ;
4. cubes (reproduire un modèle) ;
5. assemblage d'objets.

Comme pour toutes les échelles analogues, la notation se fait en points donnant lieu à une note brute et une note standard par subtest.

Le Kaufman Assessment Battery for Children (K-ABC II, version II, 2008)

Batterie pour l'examen psychologique de l'enfant, ce test est destiné aux enfants d'âge scolaire, couvrant la période entre de 2 ans ½ et 12 ans ½, avec un choix d'items différent selon l'âge. Il a été conçu d'emblée pour les enfants ne maîtrisant pas bien le langage, et c'est tout son intérêt : il est donc adapté aux enfants jeunes, de milieu défavorisé, ou aux enfants avec déficiences intellectuelles ou du langage, car il met en évidence les potentialités non verbales.

Les inventaires de développement : le Denver

L'échelle de Denver (DDST : Denver Developmental Screening Test II, Frankenburg, Dodds et coll. révisé en 1992) est un test de dépistage des retards de développement chez l'enfant. Il ne permet pas un diagnostic, mais seulement de comparer la performance d'un enfant avec celle des enfants de son âge, et ce dans diverses dimensions. L'épreuve est applicable par les professionnels non médecins et non psychologues de la petite enfance, car elle n'est pas un test au sens propre, mais un dépistage : elle ne donne pas de QD ni de résultats chiffrés ; ses propriétés métrologiques sont faibles.

Une traduction française existe (Tardieu, 1992), mais elle n'a fait l'objet d'aucune validation, à notre connaissance. Il n'y a donc pas de normes françaises pour ce test, qui est cependant utilisable en pratique clinique par des cliniciens expérimentés, et qui a également un intérêt pédagogique, tant pour les professionnels de la petite enfance que pour les parents.

La Child Behavior Checklist d'Achenbach

La Child Behavior Checklist d'Achenbach – CBCL 1,5-5 (1991), Achenbach et Rescorla (2001, 2010) – est un questionnaire parental de description de la symptomatologie émotionnelle et comportementale de l'enfant. C'est un des instruments de mesure de la symptomatologie infantile les plus utilisés dans la recherche et la pratique clinique au niveau international. Il est destiné à fournir une description standardisée des troubles émotionnels et/ou comportementaux chez les enfants âgés de 18 mois jusqu'à l'âge de 18 ans. Il existe sous plusieurs formes : CBCL 2-3 ans, CBCL 1,5-5 ans. Il existe une traduction en français (Duymes et Capron).

La version pour les plus petits (*18 mois-5 ans*) comporte 100 items répartis en sept sous-échelles :

- anxieux (11 items) ;
- renfermé (14 items) ;
- comportements agressifs (15 items) ;
- comportements destructeurs (11 items) ;
- problèmes de sommeil (7 items) ;
- problèmes somatiques (14 items) ;
- autres problèmes (27 items).

Et 1 item ouvert qui propose aux parents d'évoquer toute difficulté présentée par leur enfant.

On utilise six de ces échelles pour créer trois scores globaux.

Les scores de la CBCL

- Problèmes d'internalisation (anxieux et renfermé).
- Problèmes d'externalisation (comportements agressifs et destructeurs).
- Autres problèmes : troubles du sommeil et troubles somatiques.

Le score total est composé de la somme du score d'internalisation et d'externalisation. On convertit les scores bruts en scores T, puis on les classe en 3 catégories (score inférieur à 60 = normal, entre 60 et 65 = limite, et supérieur à 65 = niveau clinique).

La fidélité test-retest est de 80, la stabilité sur un délai d'un an est de 63, la prédictivité à deux ans est de 55, et à trois ans de 49.

Duymes et Capron ont fait des traductions françaises de la CBCL 1,5-5, que nous avons utilisées dans notre recherche de prévention CAPDEP comme critère majeur d'évaluation de l'efficacité de l'intervention. Duymes et Capron ont participé à une importante validation transculturelle (Ivanova *et al.*, 2010),

et qui a testé un modèle à 7 syndromes dans 23 sociétés, en Asie, Australasie, Europe, Moyen-Orient et Amérique du Sud, avec la France, le Danemark, l'Allemagne, la Roumanie, le Portugal, la Belgique, l'Italie, les Pays-Bas et l'Espagne et la Finlande pour l'Europe. Les parents de 19 106 enfants de 18 à 71 mois ont rempli la CBCL 1,5-5 ans. Le modèle avec sept regroupements de symptômes est celui qui fonctionne le mieux, avec les moyennes les plus hautes pour chaque regroupement. Les 7 catégories de syndromes sont : la réactivité émotionnelle (m = 60), l'anxiété/dépression (m = 61), les plaintes somatiques (m = 55), le retrait (m = 61), les difficultés de sommeil (m = 62), les problèmes attentionnels (m = 64), et les comportements agressifs (m = 64).

Le CBCL 1,5-5 est ainsi l'outil principal internationalement utilisé de recueil de la symptomatologie du jeune enfant à partir de 18 mois, et il est largement utilisé pour l'épidémiologie et la recherche, en particulier pour la mesure des effets d'une intervention thérapeutique ou préventive. Cette validation permet son utilisation avec des enfants issus de l'immigration récente, ce qui est de plus en plus fréquent. Il est assez long, mais présente l'intérêt majeur de donner des notes seuil pour chaque symptôme et pour chaque regroupement syndromique. Il est donc un instrument indispensable en recherche, mais utile aussi en évaluation clinique quotidienne, grâce aux logiciels qui procurent un profil symptomatique avec des seuils visibles.

L'ITSEA, la BITSEA (version abrégée), l'ESEJE

L'ITSEA : Infant Toddler Social and Emotional Assessment de Carter, Briggs-Gowan (2e éd. 2006). La BITSEA (version abrégée) : Briggs-Gowan, Carter et coll. (2006, validation française Wendland *et al.* 2014). L'ESEJE : Évaluation socio-émotionnelle des jeunes enfants (adaptation française de l'ITSEA, Bracha, Gérardin, Perez-Diaz, Perriot *et al.* (2007).

L'ITSEA permet l'approche du profil socio-émotionnel et des compétences des enfants de 12 à 36 mois perçus par leurs parents, de façon donc plus précoce que la CBCL. Elle comporte 166 items cotés en trois degrés, 0 : non-rarement, 1 : peu-quelquefois, 2 : oui-souvent. Les items sont simples à comprendre et accessibles aux parents ayant un niveau de lecture de CM2. Le questionnaire peut aussi être lu aux parents par un professionnel de la santé du jeune enfant, si nécessaire. Le questionnaire demande environ 30 minutes pour être rempli. La version abrégée est la BITSEA, que l'on peut utiliser pour un dépistage rapide et ne comporte que 42 items récemment traduits et validés en France (Wendland *et al.*, 2014). Bracha, Gérardin *et al.* (2007) ont traduit et adapté l'ITSEA à la population française (ESEJE : Évaluation socio-émotionnelle des jeunes enfants). La version française de l'ITSEA, l'ESEJE, est donc un instrument valide et utile pour le dépistage des difficultés émotionnelles et sociales du nourrisson et du jeune enfant.

L'ESEJE se présente comme un instrument prometteur dans la détection précoce des troubles du comportement et des retards des acquisitions entre un et trois ans. Dans une perspective de dépistage, en crèches, PMI ou lors d'études épidémiologiques, la BITSEA vient d'être traduite et validée (Wendland et al., 2014).

Références

La NBAS

http ://www.brazelton-institute.com/aboutbi.html.

Candilis-Huisman C, Thoueille E, Vermillard M. La passation transcrite de l'échelle de Brazelton à l'usage des mères handicapées visuelles et des autres mères. Devenir 2006;18(4):315-32.

Brazelton TB, Kevin-Nugent J. L'échelle de Brazelton. Évaluation du comportement néonatal. 3e éd. Genève: Médecine et Hygiène; 2001.

Stoléru S. L'utilisation thérapeutique de l'échelle de Brazelton. In: Guedeney A, Lebovici S, editors. Interventions psychothérapeutiques parents-jeunes enfants. Paris: Masson; 1997, p. 31-43.

L'échelle de Denver

http ://www.denverii.com/websitepaper.html.

Frankenburg WK, Dodds J, Archer P, Shapiro H, Breswick B. The Denver II: a major revision and re standardization of the DDST. Pediatrics 1992;89(1):91-7.

Tardieu M. Développement psychomoteur de l'enfant. éléments d'appréciation. Revue du praticien 1992;42(1):113-7.

La CBCL

http ://www.aseba.org/.

Achenbach TM, Rescorla LA. Manual for the aseba school-age forms & profiles. Burlington VT: University of Vermont, research center for children, youth, & families; 2001.

Ivanova MY, Achenbach TM, Rescorla LA, Harder VS, Ang RP, Bilenberg N, et al. Preschool psychopathology reported by parents in 23 societies: testing the seven-syndrome model of the child behavior check-list for ages 1.5-5. Journal of the american academy of child & adolescent. Psychiatry 2010;49(12):1215-24.

L'ITSEA et la BITSEA

Bracha Z, Gerardin P, Perez-Diaz F, Perriot Y, de La Rocque F, Flament M, et al. Évaluation du développement socio-émotionnel de l'enfant d'un à trois ans: validation de la version française de l'Infant-toddler social and emotional assessment. Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence 2007;55:194-203.

Briggs-Gowan MJ, Carter AS. 201C applying the infant-toddler social and emotional assessment (ITSEA) and brief ITSEA in early intervention. Infant mental health journal 2007;28(6):564-83.

Wendland J, Danet M, Gacoin E, Didane N, Bodeau N, Saïas T, et al. French version of the Brief infant-toddler social and emotional assessment questionnaire-BITSEA. Journal of pediatric psychology 2014;1-14.

Les outils d'évaluation de la psychopathologie parentale

L'EPDS : Edinburgh Post Natal Depression Scale

L'Edinburgh Post Natal Depression Scale (Cox, Holden et Sagovsky, 1987) est un autoquestionnaire rempli par la mère, si possible en présence d'un observateur, qui a été proposé dès 1987 par John Cox pour dépister les dépressions postnatales. La dépression postnatale (DPN) est un problème majeur de santé publique (10 à 15 % en populations non cliniques) du fait de sa fréquence et de ses effets sur la famille comme sur le développement émotionnel et cognitif du bébé. Cependant, le diagnostic de dépression postnatale reste difficile à poser. Il est en effet très difficile pour la mère de se reconnaître déprimée en période postnatale, tout comme pour l'entourage et le personnel non spécialisé de reconnaître la DPN. L'EPDS a donc été construite pour faciliter la reconnaissance de la DPN par les professionnels qui n'appartiennent pas au champ de la santé mentale. D'où l'importance du travail de John Cox pour mettre au point une échelle acceptable, facile d'usage et précise. L'EPDS est devenue l'outil le plus diffusé et traduit pour dépister la DPN, chez la mère comme chez le père. Chez les mères, elle obtient une sensibilité de 86 % et une spécificité de 78 % pour la note seuil de 13, et une valeur prédictive positive de 73 % (pourcentage de femmes qui ont une note seuil supérieure au seuil et qui sont effectivement déprimées). La note seuil de 10 procure moins de 10 % de faux positifs et Cox recommande donc cette note en dépistage et celle de 13 pour la recherche. La validation française a été réalisée par Nicole Guedeney en 1995 après une double traduction, en collaboration avec John Cox, sur une population de 87 femmes de la région Parisienne et l'aide de la PMI de Paris. Dans une perspective clinique, la note seuil de 11 assure un meilleur dépistage, puisque 80 % des mères déprimées auront un score d'au moins 11. Une mère avec un score EPDS inférieur à 11 a 81 % de chances de n'être pas déprimée. Dans une perspective de recherche clinique, si l'on souhaite utiliser l'EPDS comme outil de sélection des mères déprimées : le score de 12 assure alors une spécificité de 98 %.

Un atout important est que l'échelle peut être utilisée sans formation. Elle est également courte, 10 items et sa cotation est aisée : les items sont cotés de 0 à 3 : les réponses normales sont cotées 0 et les réponses sévères sont cotées 3. La note totale est la somme des 10 items. Elle est simple, très bien acceptée, sans que le mot de dépression y figure. Elle est ainsi un instrument de dialogue avec la mère. Les réponses au moyen d'adverbes évitent une réponse dichotomique en bien ou mal. Elle se remplit en quelques minutes

en soulignant la réponse qui convient le mieux. Elle peut être lue par le professionnel à une mère qui ne comprend pas bien le français ou qui le lit mal.

Des validations et des traductions ont été faites dans de nombreux pays et un manuel d'utilisation a été publié par Cox et Holden. Il est important que la mère remplisse seule le questionnaire, sans qu'un proche, en particulier son compagnon, puisse lire ses réponses et les biaiser du fait de la désirabilité sociale. Ceci rend moins fiable le remplissage de l'EPDS par questionnaire postal. En usage par courrier, sur des populations de taille épidémiologique, Teisseidre et Chabrol (2004) retrouvent une très bonne spécificité/sensibilité pour un seuil de 11 en postnatal. L'EPDS peut être également utilisée en prénatal, avec une note seuil d'usage clinique et de recherche plus élevée (seuil de 12). Sa validation française retrouve toutefois des qualités psychométriques moins bonnes qu'en postnatal (Audouard et coll, 2005). L'EPDS peut être utilisée en post-partum au mieux dès le premier pic d'incidence de la DPN, vers 4 semaines, et aussi lors du deuxième pic à 6 mois. Un point important est de savoir que toute réponse différente de 0 à l'item 10 (« j'ai pensé à me faire du mal ») doit inciter à préciser les pensées et les intentions suicidaires.

L'intérêt de l'EPDS est de pouvoir être remplie par des professionnels extérieurs au champ de la santé mentale ; sa simplicité et son acceptabilité en font un excellent outil de dialogue avec une mère sur ses sentiments dépressifs éventuels. D'autre part, l'échelle est de plus en plus utilisée chez les pères (Ramchandrani).

Le PSI : Parenting Stress Index ou Indice de stress parental

Le PSI (Abidin, 1986) est une échelle de 120 items, un autoquestionnaire destiné aux parents pour évaluer leur stress en rapport avec divers aspects de la relation parent enfant (Abidin, 1986). Il évalue le stress dans les domaines liés à l'enfant, aux parents et à d'autres circonstances de vie. Un score total de stress est calculé en additionnant les scores enfants et parents. Le PSI a été très largement utilisé dans de nombreux pays et dans de très nombreuses études. Surtout, il discrimine bien les dyades à risque par rapport aux dyades normales. Il existe aussi une version courte de 36 items (PSI-Short-Form), traduite en français, et déjà utilisée en France dans le projet CAPEDP (Guedeney, 2011 ; Tubach et al., 2012) et l'étude de validation de la BITSEA (Wendland *et al.*, 2014).

Références

L'EPDS

Audouard F, Glangeaud-Freudenthal NM, Golse B. Validation of the Edinburgh postnatal depression scale (EPDS) in a sample of women with high-risk pregnancies in France. Arch. women mental health 2005;8(2):89-95.

Cox J, Holden J, Sagovsky R. Detection of post-natal depression: development of the 10 items Edinburg Post natal Depression Scale. British journal of psychiatry 1987;150:782-6.

Guedeney N, Fermanian J, Guelfi D, Delour M. Premiers résultats de la traduction de l'Edinburgh post natal depression scale (EPDS) sur une population parisienne. Devenir 1995;7:69-92.

Guedeney N, Fermanian J. Validation of the French version of the Edinburgh post-natal depression scale (EPDS): new results about use and psychometric properties. European psychiatry 1998;13(2):83-9.

Sutter-Dallay A, Dequae-Merchadou L, Glatigny-Dallay E, Bourgeois M, Verdoux H. Impact de la dépression post-natale maternelle précoce sur le développement cognitive du nourrisson: étude prospective sur deux ans. Devenir 2008;1(2): 47-64.

Tesseidre F, Chabrol H. Échelle post-natale d'Edimbourg chez 859 mères: dépistage des mères à risque de développer une dépression post-partum. Encéphale 2004;30(4):376-81.

Le PSI

Abidin RR. Parenting stress index manual. 2nd ed. Charlottesville: VA Pediatric psychology press; 1986.

L'évaluation de l'environnement du jeune enfant, le HOME

L'échelle HOME de Bradley et Caldwell permet d'évaluer l'adaptation de l'environnement familial au développement du jeune enfant. Elle évalue la capacité parentale d'installer un environnement sécurisé pour l'enfant, ainsi que les jouets mis à disposition, leur adaptation à l'âge de l'enfant et leur utilisation. Le HOME est donc particulièrement utile pour le travail à domicile, et pour évaluer les effets de l'intervention, car il permet de structurer et de quantifier les résultats de l'observation. Il permet aussi le dialogue entre professionnels à propos d'une situation, en évitant les appréciations trop globales et imprécises. Le HOME a reçu de nombreuses validations et une traduction française dans la recherche CAPDEP. Le score au HOME est assez bien corrélé à celui du Bayley, test de développement cognitif.

Référence

Caldwell BM, Bradley RH. Home Observation For Measurement Of The Environment. Little Rock: University of Arkansas; 1984.

6 Les classifications diagnostiques dans la petite enfance

Une classification diagnostique est un outil de communication entre les professionnels. Sa validation suppose que les critères de chaque catégorie aient été validés par des études de terrain, et que le devenir naturel de la pathologie soit connu, ce qui est encore rarement le cas dans la petite enfance. Chaque système de classification diagnostique s'efforce ainsi de décrire une variété de situations psychopathologiques complexes par l'intermédiaire de concepts organisateurs, et d'une théorie étiologique de la pathologie qu'il est important de savoir repérer au sein de chaque système de classification. Ainsi le *Diagnostic Standard Manual* (DSM) américain (APA) était-il inspiré de la psychopathologie psychanalytique jusqu'au DSM-III, où l'on vit disparaître le concept de névrose. Le DSM se veut athéorique, mais il favorise la comorbidité, au contraire de l'ICD (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*-OMS). Les deux grands systèmes de classification, DSM et ICD, ignorent le point de vue développemental, d'où l'intérêt de la DC 0-3, spécifique de la petite enfance.

Le DSM-IV et le DSM-V comportent quelques catégories diagnostiques applicables à la petite enfance, en particulier le diagnostic de trouble envahissant du développement (devenus troubles du spectre autistique dans le DSM-V), à partir de 3 ans. Ces catégories ne sont pas les plus fréquentes (comme la trichotillomanie ou le pica), mais elles sont celles qui ont les critères les plus clairs ou les mieux validés. Le système de l'ICD-10 (International Classification of Diseases, OMS) s'est rapproché de celui du DSM, avec la différence que l'ICD autorise moins de comorbidité et tend donc à un seul diagnostic principal d'axe I.

Le DSM et L'ICD ont des critères proches pour le diagnostic de troubles réactifs de l'attachement (*Reactive Attachement Disorder*, RAD), avec une modification commune apparue dans le DSM-V et qui concerne le statut de la sociabilité indiscriminée dans le RAD (voir p. 138). Le diagnostic de retard mental est également le même et applicable à la petite enfance, en utilisant le QD plutôt que le QI, jusqu'à 3 ans. On peut utiliser la catégorie F 92 pour les troubles affectifs et de la régulation émotionnelle qui semblent liés à des troubles des relations parents-enfant, avec en particulier des altérations de l'attachement du type des troubles de la base de sécurité (voir p. 141). Rappelons que l'ICD 10 est la classification utilisée dans les hôpitaux publics français, en particulier en CHU, dans le privé et dans le Programme médical statistique informatisé (PMSI) bien que certains inter-

© 2014 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

secteurs de pédopsychiatrie continuent de coter selon la Classification française des troubles mentaux des enfants et adolescents (CFTMEA). Ce dernier système a reçu un toilettage qui correspond mieux à l'ICD et reprend ses catégories principales. Il avait pour originalité de conserver les catégories de la psychose infantile, distinctes de l'autisme, et celle de la dysharmonie psychotique, issues de la psychopathologie psychanalytique.

On peut aussi coter en ICD-10 pour de jeunes enfants les troubles de type *Post Traumatic Stress Disorder* (PTSD), les troubles réactionnels et d'adaptation, les troubles du sommeil, l'anxiété de séparation et les troubles alimentaires, mais les critères de durée des symptômes ne sont pas adaptés à la petite enfance, en particulier avant deux ans. On cote plus facilement en ICD les troubles parentaux, la dépression postnatale en particulier, pour laquelle il existe un spécificateur dans le DSM-IV.

Mais ces systèmes n'ont pas d'axe spécifique pour les relations parents-enfant qui sont un aspect majeur de la psychopathologie précoce. L'axe II des troubles de la personnalité devient celui des troubles de la relation parent-enfant dans les classifications spécifiques de la petite enfance, ce qui est cliniquement pertinent si on pense qu'effectivement nombre de troubles de la personnalité de l'adulte sont l'effet d'une interaction entre une susceptibilité tempéramentale, génétique et un environnement relationnel familial particulier. Mais cette hypothèse étiologique n'a pas encore reçu de confirmation en recherche clinique. Si l'on sait que la majorité des troubles limites, dits borderline ont subi des évènements traumatisants graves (carences, maltraitance, abus sexuel) de la part de leurs figures d'attachement (Gunderson, Fonagy), et si l'étiologie de la personnalité abandonnique (Germaine Gueix) s'explique d'elle-même, on sait beaucoup moins quelle est l'enfance type d'une personnalité paranoïaque ou obsessionnelle.

On utilise les catégories diagnostiques d'axe I du DSM-V ou de l'ICD-10 à chaque fois qu'elles sont applicables à la petite enfance. Sinon, on utilise la DC 0-3R (révisée) pour décrire un diagnostic spécifique d'axe I ou pour décrire la relation parents-bébé (axe II), et le niveau fonctionnel du développement. On peut utiliser autant de diagnostics d'axe I qu'il existe de troubles. L'utilisation des cinq axes de la DC 0-3R permet de résumer les résultats de l'évaluation de la situation, sans se limiter au diagnostic principal.

C'est l'intérêt pour les cliniciens de la DC 0-3R que d'avoir été conçue par et pour les cliniciens, de prendre en compte le développement précoce et l'importance des relations parents-enfant. À l'initiative de l'organisation non gouvernementale Zero To Three, très active dans la formation des professionnels de la petite enfance aux États-Unis, elle a été établie après plusieurs années de travail en 1994, et révisée en 2005. Elle est utilisée surtout

en Italie, Espagne, Amérique latine, Belgique et en Europe du Nord, et plutôt par les cliniciens d'inspiration psycho-dynamique et attachementistes. Elle a fait l'objet de quelques études de validation en Israël (Keren *et al.*), en Norvège (Skovgaard *et al.*) et en France (Guedeney *et al.*).

La DC 0-3R reste théoriquement influencée par le modèle initial de la DC 0-3 et qui mettait au centre la notion de troubles de la régulation et de l'intégration sensorielle. Les difficultés de régulation, que l'on peut assimiler à des tempéraments difficiles (voir p. 112), étaient comprises comme pouvant donner lieu, si elles étaient suffisamment étendues et intenses, à des troubles du comportement, voire à des troubles de la communication. Une catégorie spécifique de la DC était celle des troubles multi-systèmes du développement (MSDD), que l'on appellerait maintenant préforme de TED/TSA. Cette catégorie était utile pour ne pas utiliser le terme de Trouble envahissant du développement (TED) ou d'autisme avant d'en être sûr du fait de l'évolution sous traitement suffisant. Les troubles de la régulation pouvaient être également le mécanisme pathologique des troubles de l'alimentation, du sommeil ou du comportement, en particuler les troubles hyperactifs et impulsifs précoces.

La révision en 2005 de la DC 0-3R par Emde, Egger, Wright, Guedeney et Wise, à la demande de Zero To Three, s'est basée sur les études de terrain et sur la littérature pour aboutir à des catégories mieux critérisées, sur le modèle de l'ICD 10. La seconde révision de la DC 0-3 est en cours, par une équipe dirigée par Charles Zeanah Jr. On s'attend à ce que la place des troubles de la base de sécurité y soit plus clairement définie, et à ce qu'apparaissent les troubles du comportement précoces, et les modifications récentes du DSM-V sur la séparation du RAD en deux catégories différentes.

La DC 0-3 révisée : aspects principaux du système de classification spécifique de la petite enfance

La classification DC 0-3R est multiaxiale et comporte cinq axes de référence.

- Axe I : Troubles cliniques.
- Axe II : Classification des relations parent-enfant.
- Axe III : Affections médicales et troubles développementaux.
- Axe IV : Facteurs de stress psychosociaux.
- Axe V : Fonctionnement émotionnel et social.
- Un axe VI du fonctionnement familial est prévu dans la prochaine révision.

L'utilisation complète des cinq axes qui composent le système fournit au clinicien un guide dans l'appréhension globale de la situation de l'enfant, une trame organisatrice pour son activité d'évaluation et de diagnostic, ainsi que pour la planification des soins.

Nous avons ajouté, à la liste ci-dessous des diagnostics possibles d'axe I dans la DC 0-3R leur équivalent possible en ICD-10, en sachant que les

critères diagnostiques des catégories ICD-10 mentionnées ici le sont à titre indicatif. Cette équivalence a été établie par le Dr Didier Rabain, Unité Petite Enfance et Parentalité Vivaldi (service du Pr David Cohen, Hôpital Pitié Salpêtrière, APHP, Paris.)

Les différents diagnostics d'axe I de la DC 0-3R

- 100. Syndrome de stress post-traumatique PTSD SSPT (F 43-1)
- 150. Troubles liés à la carence et à la maltraitance RAD (F 94-1 ou F 94-2) (T74)
- 200. Troubles affectifs : cinq sous-catégories
- 210. Réaction de deuil/chagrin prolongée (F 92-0)
- 220. Troubles anxieux de la petite enfance
- 221. Trouble/Angoisse de séparation (F 93-0)
- 222. Phobie spécifique (F 93-1)
- 223. Troubles anxieux généralisés (phobie sociale) (F 41-1)
- 225. Troubles anxieux NAS (non autrement spécifié) (F 41-9)
- 230. Dépression de la petite enfance
- 231. Type1 : Dépression majeure (F 32-2)
- 232. Type 2 : Trouble dépressif NAS (F 32-9)
- 240. Troubles mixtes de l'expression émotionnelle (F 92-8 ou F 92-9), à utiliser par défaut
- 300. Trouble de l'ajustement (F 43-2)
- 400. Troubles de la régulation du traitement de la sensorialité (F 59) : 5 sous-types
- 410. Hypersensible (F 59)
- 411. Type A : Craintif/Prudent (F 59)
- 412. Type B : Opposant et provocant (F 59)
- 420. Hyposensible/Sous-réactif (F 59)
- 430. Recherche de stimulation sensorielle/Impulsif (F 59)
- 500. Troubles du sommeil : 2 sous-types
- 510. Troubles de l'endormissement (protodyssomnie) (F 51-0)
- 520. Réveils nocturnes (protodyssomnie) (F51-8)
- 600. Troubles du comportement alimentaire : 6 sous-types
- 601. Troubles alimentaires par difficulté de régulation (F 50-9)
- 602. Troubles alimentaires par difficulté de réciprocité parent-enfant (F 50-9)
- 603. Anorexie infantile (F 50-0)
- 604. Aversion au contact des aliments (F 50-9)
- 605. Troubles alimentaires associés à une maladie actuelle (F 54)
- 606. Troubles alimentaires associés à des traumatismes du tractus gastro-intestinal (F 54 ou F 50-9)
- 700. Troubles de la relation et de la communication (F 84) on utilise ici le diagnostic ICD applicable ou celui de MSDD si les critères ICD ne sont pas présents
- 800. Autres Troubles (DSM-IV –TR ou CIM-10)

© Zero To Three, 2005

Axe II : l'évaluation des relations parent-enfant , axe spécifique de la DC 0-3

L'axe II est consacré à l'examen des relations que l'enfant construit avec les personnes de référence de son entourage. La nouvelle version de l'axe II intègre deux outils permettant au clinicien de qualifier les difficultés relationnelles entre le jeune enfant et l'un de ses donneurs de soin, à la fois en termes d'intensité de ces difficultés et de la forme qu'elles peuvent prendre : il s'agit de l'échelle PIR-GAS et du RPCL. PIR-GAS signifie Parent-Infant Relationship Global Assessment Scale, traduit par Échelle d'évaluation des relations parents-enfant. L'outil intitulé RPCL correspond à la Relational Problem Checklist, traduit par inventaire des difficultés relationnelles.

L'inventaire des difficultés relationnelles (RPCL) : c'est l'évaluation qualitative globale de la relation du bébé avec chacun des parents. Cet inventaire est un ajout de la révision de 2005. Il permet une appréciation qualitative de la relation de chacun des parents avec le jeune enfant. Il doit se baser au mieux sur plusieurs situations d'évaluations, à des temps différents, avec des degrés de stress variés.

En conclusion, la classification DC 0-3R est un outil diagnostic spécifique de la petite enfance. Elle nécessite que de nouvelles validations en assoient la validité, pour que son usage se dissémine et que les spécificités de la psychopathologie précoces et le point de vue du développement soient mieux pris en compte dans les systèmes majeurs de classification. Il existe donc une traduction française (*Médecine et Hygiène*), un *Case book* (livre de cas cliniques cotés en DC 0-3), et aussi un logiciel israélien (PRINCE) qui permet une cotation dans un dossier informatisé.

Références

American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. Washington DC: Author DSM-IV-TR; 2000.(Trad. française: Guelfi JD, et al. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Paris: Masson; 2003.)

Aoki Y, Zeanah CH, Scott Heller S, Bakshi S. Parent-Infant relationship global assessment scale: A study of its predictive validity. Psychiatry and clinical neurosciences 2002;56:493-7.

CIM-10/ICD-10. Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement. Description clinique et directives pour le diagnostic. Genève: OMS; 1993.(Trad. française: Paris: Masson; 2000).

Misès R, Quemada N, Botbol M, Burzstein C, Durand B, et al. Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescence. Nouvelle version. CFTMEA, Annales médico-psychologiques 2002;160:242-6.

DSM-IV-TR. Diagnostic standard manual. 4th ed. revised. Washington DC: American psychiatric association; 2003.(Trad. française: Guelfi JD. Paris: Masson; 2004).

Dunn W, Westman K. The sensory profile: the performance of a national sample of children without disabilities. American journal of occupational therapy 1997;51(1):25-34.

Recueil de données cliniques DC 0-3. Zero To Three; NCCIP; 1994 (Trad. française: Bracha Z., Nicolazzo B., groupe de travail DC 0-3 parisien. Devenir. Genève: Médecine et Hygiène. 2002; Vol 14: 1-28.

Zero To Three. National center for clinical infant programs, NCCIP. Diagnostic classification of infant mental health and developmental disorders of infancy and early childhood. Arlington: VA; 1994.

Zero To Three. Diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood. Washington DC: Zero To Three Press; 2005.(Trad. française: Devenir. 2009; Vol. 21[2]).

The ICD-10. Classification of mental and behavioural disorders. World health organization. Geneva: WHO; 1992.

Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent (CFTMEA). In: Misès R., Jeammet P. Psychiatrie de l'enfant. 1988; 31:67-135.

Zero To Three, National center for clinical infant programs. Diagnostic classification: 0-3. Diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood. Washington DC: Author; 1994.(Trad. française: Médecine et Hygiène; 1998).

DC: 0-3 Casebook, by Zero To Three/National center for infant, Toddlers and families. Washington DC; 1997.(Trad. française: Parise D., Guedeney A. Classification diagnostique de 0 à 3 ans. Études de cas. Médecine et Hygiène. Genève; 2000).

Keren M, Feldman R, Tyano S. A five year Israeli experience with the DC 0-3 classification system. Infant mental health journal 2003;24:378-97.

Guedeney N, Guedeney A, Danon G, Mintz AS, Morales-Huet M, Rabouam C, et al. À propos des systèmes de classification en psychiatrie du très jeune enfant: utilisation de la classification diagnostique. Zero To Three. Psychiatrie de l'enfant. 2002;45(2):483-531.

Scherringa M, Anders T, Boris N, Carter A, Chatoor I, Egger H. Research diagnostic criteria for infants and preschool children: the process and empirical support. Journal of the american academy of child and adolescent psychiatry 2003;42:1504-12.

Skovgaard AM, Houmann T, Christiansen E, Andeasen AH. The reliability of the ICD-10 and the DC 0-3 in an epidemiological sample of children 1 ½ of age. Infant mental health journal 2005;26(5):470-80.

Viaux-Savelon S, Rabain D, Aidane E, Bonnet P, Montes De Oca, Camon-Senechal L, et al. Phenomenology, psychopathology and short term outcome of 102 infants aged 0 to 12 months consecutively referred to community based 0 to 3. Mental health clinic. Infant mental health journal 2010;31(1):242-53.

7 Les troubles et les symptômes dans la petite enfance

Les troubles dits fonctionnels du nourrisson

La description des troubles dits fonctionnels du nourrisson a été inaugurée en 1974 par le livre de Kreisler, Fain et Soulé, *L'Enfant et son corps : études sur la clinique psychosomatique du jeune âge*. Ce travail rassemblait l'expérience d'un pédiatre, Léon Kreisler, proche de l'Institut de Psychosomatique de Paris (Pierre Marty), d'un psychanalyste et psychosomaticien d'adultes (Michel Fain), et d'un pédopsychiatre, Michel Soulé, poursuivant en France la pratique des consultations thérapeutiques, avec de jeunes enfants inaugurées par Donald Winnicott, pédiatre et psychanalyste, et surtout les descriptions de Spitz des troubles psycho-fonctionnels du nourrisson.

Dès 1965, Spitz réalise un film pédagogique remarquable, qui résume sa conception de la psychopathologie précoce, telle qu'on la trouve dans *De la Naissance à la parole : la première année de la vie*. Spitz décrit les pathologies des relations objectales sous deux grandes catégories : d'abord les désordres dits « psychotoxiques » qui relient les attitudes de la mère aux symptômes et troubles chez l'enfant :

Les désordres dits psychotoxiques selon Spitz, 1951

- Le rejet primaire manifeste.
- La sollicitude primaire excessive et anxieuse (la colique du 3e mois).
- L'hostilité déguisée en anxiété manifeste (eczéma infantile).
- Oscillations entre les cajoleries et l'hostilité (le balancement chez les nourrissons).
- Les sautes d'humeur cycliques chez la mère (jeux fécaux et coprophagie).
- Hostilité maternelle consciemment compensée (enfant hyperthymique).

Cette façon de penser très datée peut faire maintenant sourire, mais elle a longtemps influencé les conceptions de la psychopathologie précoce.

En second lieu, Spitz décrit les maladies de carence affective, sous deux formes, la carence affective partielle ou dépression anaclitique, et la carence affective totale, ou hospitalisme, qu'on appellerait maintenant RAD (*Reactive Attachment Disorder*). Spitz fait des observations dans une prison

© 2014 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

pour femmes où les bébés restent avec leurs mères nuit et jour jusqu'à ce qu'ils aient 7 ou 8 mois, et rejoignent à temps partiel la nursery. Il a l'idée de filmer et de photographier ses interactions avec ces bébés, ce qui contribuera beaucoup à la diffusion de ces idées, et à convaincre la communauté psychanalytique de la réalité de la souffrance du bébé lors de la séparation d'avec la mère.

On incluait alors dans les troubles fonctionnels du nourrisson (Kreisler, Fain, Soulé) :

- les anorexies, séparées en anorexie d'opposition, de sélection alimentaire ou par passivité ;
- le reflux gastro-œsophagien ;
- les troubles du sommeil et les rythmies du sommeil ;
- les cris, agitation, coliques du 3e mois ;
- les spasmes du sanglot-syncopes sous forme bleue ou blanche ;
- la dépression anaclitique, et le comportement vide du nourrisson ;
- le mérycisme (régurgitations depuis l'œsophage dans la bouche puis rumination) ;
- l'asthme et les bronchites asthmatiformes ;
- les allergies et l'eczéma.

La psychopathologie psychanalytique des troubles fonctionnels ; la classification psychosomatique

Cette première classification est encore utilisée par nombre de cliniciens en France, et dans les pays francophones et du sud de l'Europe ou de l'Amérique latine. C'est une classification psychopathologique, dans le sens qu'elle relie le symptôme à une organisation mentale du bébé, ou à une désorganisation psychosomatique, puisque le bébé est considéré comme exprimant dans un premier temps les effets de sa vie pulsionnelle sur un mode dit archaïque, d'abord physique et moteur, puis progressivement mentalisé. Le symptôme est compris dans le cadre de la théorie freudienne de la pulsion comme un effet d'un surcroit, plus souvent qu'un manque de métabolisation mentale de l'excitation. La relation mère-enfant, considérée comme primaire est, on le suppose, d'abord vécue par le bébé sur un mode symbiotique et sur le mode de l'objet partiel (le sein) et sur un mode oral ; elle s'ouvre ensuite à la mère considérée en son entier (objet total), puis au père et au monde des autres personnes et des objets. Les symptômes sont étiologiquement reliés à la relation mère-enfant-le père n'est guère alors pris en compte au-delà d'un attribut et d'une aide ou d'un substitut à la mère.

La force de cette classification était sa clarté et le lien étiologique qu'elle proposait autour de la relation mère-enfant et du niveau de l'excitation, ce

qui correspond bien à la clinique précoce. La relation est classée en quatre catégories, que l'on retrouve d'ailleurs dans la DC 0-3R : avec une relation mère-bébé : adéquate, sur-stimulante, sous stimulante, ou désorganisée.

Cette conceptualisation de la psychopathologie précoce est aujourd'hui dépassée. La première faiblesse de cette façon de voir est liée à une conception caduque du développement précoce. On a vu qu'il n'existe sans doute pas de symbiose initiale, pas plus que d'autisme primaire, et que le bébé est capable d'opérations mentales complexes, et d'une relation, certes peu élaborée, mais qui se produit d'emblée avec l'autre dans son entièreté. Le développement du symptôme psychosomatique est vu dans une perspective qui sépare radicalement le corps et l'esprit, comme le terme en témoigne.

La seconde faiblesse est d'être étiologique, et de considérer que le symptôme est l'effet direct d'un trouble dyadique. Ceci méconnaît la complexité de la chaine séquentielle qui aboutit au symptôme, en dépassant les possibilités d'adaptation et de régulation. Elle méconnaît l'intrication initiale de l'acte et de la pensée (Wallon, Winnicott), et le fait que la situation est d'emblée triadique, et non pas dyadique, et ce même en l'absence du père. La classification psychosomatique a inspiré la révision de la CFTMEA dans sa version petite enfance. La référence psychopathologique de la CFTMEA étant la même, psychanalytique, mais organisée autour du trouble dysharmonique.

Enfin, cette liste et sa conception mélangent des difficultés des parents avec le bébé avec les troubles propres au bébé et méconnaît l'effet du trouble du bébé sur la mère : elle ne prend pas en compte le trouble des relations qui peut être initié par un trouble physique du bébé, ou par un aspect de régulation de l'affect, tempéramental, difficile à identifier.

Tout l'intérêt du processus de l'évaluation au cours des consultations parent-enfant et des évaluations associées (observations, tests) est bien de faire la part entre la plainte des parents, et l'état du bébé, entre le symptôme, lié à un dysfonctionnement transitoire ou non de la relation à ou aux parents et un trouble, qui témoigne déjà d'une adaptation pathologique du bébé à la situation. Les termes de cette équation doivent être évalués indépendamment, sans déduire l'un de l'autre : l'état relationnel, fonctionnel et physique du bébé et le niveau de son développement, la relation du bébé à ses deux parents et à son entourage, et enfin, la relation des parents entre eux et leur psychopathologie individuelle. On voit dès lors que le terme de « troubles fonctionnels du nourrisson » contient déjà un présupposé étiologique, direct et simple, et à sens unique : la relation mère-enfant crée le symptôme du bébé, son amélioration le fera disparaître. Or, cette position contient une culpabilisation implicite. Elle manque de la nécessaire humilité quant à notre connaissance des causes des troubles mentaux. La prudence veut que l'on exclue une pathologie organique devant un de ces troubles fonctionnels, même si l'abus inverse et le danger

de méconnaître un versant relationnel aux troubles existent bel et bien. La douleur du bébé peut s'exprimer par des cris, une agitation, parfois des vomissements, des troubles du sommeil, puis si elle persiste, par un retrait relationnel (Gauvain-Piquard). À l'inverse, la colique du troisième mois est en fait un trouble du comportement de cri, sans aspect abdominal, et sans douleur apparente.

Cependant, nous sommes amenés à voir des symptômes qui sont bien liés à des circonstances relationnelles et qui disparaissent avec elles. Pour autant, ce n'est que très exceptionnellement que nous pouvons affirmer que nous savons précisément pourquoi le symptôme est apparu chez cet enfant et pas un autre, qu'il a été toléré par un parent et pas par un autre, et pourquoi sous cette forme et pas une autre, ni pourquoi un évènement et pas un autre a pu jouer un rôle déclenchant. C'est bien là le « toujours mystérieux déroulement de la psychopathologie » (Peter Fonagy).

Comment classer actuellement ces symptômes « fonctionnels » ?

Ce n'est qu'à l'issue de l'évaluation clinique que l'on pourra classer ces symptômes en troubles, voire en troubles de l'adaptation (troubles réactionnels), ou en symptômes isolés ou encore en variations normales du développement ou du tempérament, et donc en absence de trouble.

Les anorexies, séparées en anorexie d'opposition, de sélection alimentaire ou par passivité, deviennent les troubles du comportement alimentaire, en axe I, avec les diverses formes (DC 0-3R) et la reconnaissance de l'aspect post-traumatique de certains troubles alimentaires, ainsi que les troubles liés aux fentes palatines et autres troubles organiques (voir p. 163). On classe indépendamment les relations parent-bébé en axe II.

Le reflux gastro-œsophagien est un trouble organique primaire, et se classe en axe IV de la DC 0-3R ou de l'ICD-10. Il donne lieu à des douleurs (œsophagite), lesquelles peuvent conduire à un retrait relationnel et à des troubles secondaires de la relation. Il se distingue du rejet simple qui peut être lié à une sur stimulation lors du repas.

Les troubles du sommeil deviennent des troubles du comportement de sommeil classés en axe I, et troubles de la relation en axe II.

Les cris, agitation, coliques du 3e mois, sont en fait des troubles du comportement de cri et d'appel dans le premier trimestre et n'ont pas grand-chose à voir du point de vue étiologique avec l'anxiété maternelle. Au contraire, ces crises de pleurs sont très anxiogènes pour les parents.

L'étiologie de l'asthme et de l'eczéma est clairement génétique, mais leurs crises, une fois la maladie débutée, reconnaissent des déclenchements émotionnels. Il en est de même pour la pelade.

Les spasmes du sanglot, syncopes sous forme bleue, cyanosée ou blanche, sont en fait des crises de colère intenses, avec une réaction vagale au pic de la colère ; ils peuvent être associés ou non à un tempérament irritable.

La dépression anaclitique, devient un trouble du comportement d'attachement en voie de focalisation, par séparation brusque et le comportement vide du nourrisson rejoint la description du comportement de retrait.

Le mérycisme (régurgitations depuis l'œsophage dans la bouche, puis rumination), fait partie initialement des TCA. C'est en fait une recherche de stimulation, qui s'observe sur des fonctionnements divers, retard mental, enfants très carencés, psychoses ; il a même été observé en réanimation néonatale (Guedeney, 1985).

Référence

Kreisler L, Fain M, Soulé M. *L'enfant et son corps*. Paris: PUF; 1974.

La notion de tempérament dans la petite enfance et son évaluation, la spirale interactive

Il s'agit ici de faire la part entre variations interindividuelles et trouble, par exemple, en face d'un nourrisson très irritable. Ces aspects tempéramentaux sont très vite repris dans le contexte de l'interaction parent-enfant et peuvent conduire à une spirale interactive négative. Il est donc important de pouvoir évaluer les différences tempéramentales.

Les différences dans le fonctionnement moteur et émotionnel observées chez les très jeunes enfants, et dès leur naissance, ont souvent été attribuées aux caractéristiques tempéramentales, qui correspondraient à un ensemble de prédispositions émotionnelles et comportementales innées. Ces dispositions tempéramentales modulent les interactions entre l'enfant et son environnement, et jouent un rôle majeur dans la spirale interactive (Nagera, Sameroff). Il n'y a cependant pas d'accord explicite sur les dimensions prises en compte pour définir le tempérament. Hubin-Gayte, Urbain-Gauthier et Wendland rappellent que Buss et Plomin (1984) le considèrent comme caractéristique de la personnalité émergente, génétiquement déterminé et donc héréditaire. Ils prennent en compte trois dimensions : activité, émotivité et sociabilité. Goldsmith et Campos (1990) le définissent comme un mode de régulation des émotions et Rothbart (1989) comme mode de régulation physiologique (réactivité émotionnelle et motrice, ainsi que les capacités attentionnelles aidant à l'auto-régulation).

Les pionniers dans l'étude de cette dimension sont Thomas et Chess (1977) qui considéraient que le tempérament était un style de réaction

qu'ils pensaient inné, mais qui serait susceptible d'être modifié par les interactions avec l'environnement physique (conditions de vie) et par l'environnement relationnel et social.

Thomas et Chess ont dégagé neuf dimensions à partir du contenu des entretiens avec les parents d'enfants dans leur étude longitudinale.

Les neuf dimensions du tempérament selon Thomas et Chess (1977)

1. Le niveau d'activité motrice.
2. La rythmicité et la régularité.
3. Le comportement d'approche ou de retrait face aux stimuli nouveaux.
4. L'adaptabilité.
5. Le seuil de réactivité sensorielle.
6. L'intensité des réactions.
7. La qualité prédominante de l'humeur.
8. La distractibilité.
9. La durée d'attention et sa persistance.

Sur chaque dimension la notation se fait en trois points. Sur la base des données provenant de plusieurs études longitudinales (dont la célèbre NYLS, *New York Longitudinal Study*), ces auteurs ont distingué trois « constellations » tempéramentales :

- les enfants à tempérament dit « facile » (régularité, approche positive des nouveaux stimuli, grande adaptabilité aux changements et humeur positive modérée), représentant environ 40 % de leurs sujets âgés de 2 à 6 mois ;
- les enfants à tempérament dit « difficile » (irrégularité, retrait négatif devant les stimuli nouveaux, faible adaptabilité aux changements, humeurs intenses et souvent négatives), qui représentent environ 10 % des sujets ;
- et les enfants dits « lents à se mette en route » (*slow to warm up*), réactions d'intensité moyenne, initialement plutôt négatives mais devenant positives, adaptabilité lente), pour environ 15 % des individus.

Il faut noter qu'une partie non négligeable des enfants (35 %) ne pouvaient entrer dans aucune de ces trois catégories.

Plusieurs études tendent à montrer la stabilité de certaines dimensions tempéramentales, en dépit de variations dans leur expression au fur et à mesure du développement.

Si l'étude du tempérament connaît maintenant un regain d'intérêt, c'est d'une part parce qu'on a contourné l'obstacle de la non-stabilité démontrée de ces caractéristiques tempéramentales, en les intégrant dans l'étude des ajustements interactifs précoces. On pense que les caractéristiques individuelles du nouveau-né (qui sont à la base du tempérament) peuvent

influencer les interactions qu'il développe avec l'environnement physique (conditions de vie) et l'environnement social (son entourage), lesquels peuvent en retour avoir une incidence sur les modalités d'expression de son tempérament. On s'y intéresse aussi en raison des liens qu'il est susceptible d'entretenir avec la qualité de l'attachement de l'enfant à son entourage, et du fait de son rôle dans la spirale interactive (Hubin-Gayte, 2006 ; Guedeney et Guedeney, 2009 ; Costa et Figuereido, 2011 ; Urbain Gauthier et Wendland, 2013).

Ainsi, l'irritabilité des nouveau-nés, associée à une plus grande difficulté d'auto-régulation qui les rend plus dépendants de la sensibilité de l'adulte à leurs besoins, est un facteur à prendre en compte dans la prévention des dysfonctionnements interactifs. L'hypotonie du nouveau-né est un facteur d'aggravation des effets de la dépression maternelle postnatale (Murray *et al.*).

L'évaluation du tempérament de l'enfant

Elle peut se faire soit par observation en milieu naturel ou en laboratoire, soit par questionnaires. La méthode d'observation est plus objective car elle laisse moins de place aux biais de réponse comme la désirabilité sociale, et elle présente une meilleure concordance intercotateurs. Mais c'est une méthode coûteuse en temps, ne pouvant porter que sur de petits effectifs et ne permettant pas l'établissement de normes. Les questionnaires, généralement adressés aux parents de l'enfant, sont plus rapides à faire passer. On peut donc plus facilement obtenir des bases de données pour des analyses statistiques, mais la cohérence intercotateurs est plus faible et les biais de réponse sont difficilement évitables.

En pratique, ce sont le plus souvent les mères qui remplissent le questionnaire, soit directement, soit avec l'aide d'un praticien. Leurs réponses traduisent la perception qu'elles ont du tempérament de leur enfant. Cette subjectivité inhérente à la situation peut être considérée comme une variable pertinente puisqu'elle mobilise les représentations et attentes maternelles vis-à-vis de l'enfant. Les questionnaires sont, bien sûr, spécifiques selon l'âge de l'enfant, puisque les situations de la vie courante et les réactions qu'elles peuvent susciter évoluent avec l'âge de l'enfant. Les questionnaires de Carey *et al.* sont parmi les plus utilisés, et ont reçu des validations françaises.

L'Infant Temperament Questionnaire et l'Early Infant Questionnaire

L'Infant Temperament Questionnaire (ITQ) – Carey (1970)/R-ITQ Carey et McDevitt (1978) – a été développé comme outil de dépistage pour les pédiatres souhaitant repérer le tempérament difficile des enfants. Il

était constitué de 70 propositions avec trois choix de réponse décrivant des comportements spécifiques du nourrisson dans certaines situations comme la réaction à l'étranger, ou la réaction vis-à-vis de nouveaux aliments.

La version révisée, R-ITQ, avait pour objectif d'améliorer les qualités psychométriques de l'instrument, en particulier la cohérence interne, mais sa validité reste essentiellement clinique. Une version supplémentaire, l'EITQ – Early Infant Questionnaire, Medoff-Cooper, Carey et McDevitt (1993), adaptation française Lombart, Larroque et Kaminski (2000) – a été élaborée par la même équipe pour l'évaluation précoce des nourrissons. L'objectif est d'aider les parents à mieux comprendre et tolérer les caractéristiques individuelles de leur bébé et ainsi à mieux s'ajuster à lui. Elle évalue le tempérament du bébé (entre 1 et 4 mois), tel qu'il est perçu par sa mère. Une traduction/adaptation française de l'EITQ a été réalisée sur un échantillon de 616 mères dont 78 ont participé au retest une semaine après (Lombard, Larroque et Kaminski, 2000). Outre son intérêt pour la recherche, les auteurs soulignent son intérêt clinique dans l'étude des relations mère-enfant.

Les pleurs excessifs du nourrisson : la « colique » du 3e mois revisitée

Tous les bébés pleurent, et tous ont une bonne raison de le faire. Pendant les premiers mois de la vie, les pleurs ont une importance particulière puisque le répertoire de communication du bébé est très limité. Plusieurs études ont démontré que les enfants pleurent de façon croissante au cours des trois premiers mois, avec un point culminant autour de six à huit semaines. Les pleurs du nourrisson diminuent en fréquence et en intensité autour de l'âge de trois à quatre mois. Ceci coïncide avec d'importantes modifications développementales : le bébé semble alors maîtriser mieux la régulation des sensations, il sourit plus, et de façon nettement volontaire ; il s'engage plus nettement dans la communication en face à face. L'agitation motrice diminue, et les périodes de sommeil augmentent. Cependant, certains nourrissons sortent de ce schéma d'évolution des pleurs, et pleurent longtemps, énormément, et sans pouvoir être facilement consolés, au cours des trois ou quatre premiers mois.

Les coliques du 3e mois sont en fait des pleurs non expliqués, excessifs dans leur intensité et leur durée, chez des bébés sans problème organique. Ils n'ont, en fait, rien à voir avec des douleurs abdominales, bien que le bébé ait l'air de souffrir. Ils se produisent plus souvent en fin de journée, et ne sont calmés que par le balancement dans les bras, la poussette ou la voiture. La colique touche environ 10 % des enfants, ce qui est considérable. La colique du nourrisson, ou plutôt les pleurs excessifs,

est un phénomène développemental qui touche à des différences individuelles tempéramentales de réactivité et d'autorégulation. Le contact physique étroit, au corps à corps calme bien ces bébés, sans doute grâce aux phéromones apaisantes, qui sont d'ailleurs la seule molécule constamment efficace (Pageat, 2005),

Les cris fréquents et inexpliqués seraient plus fréquents chez les premiers-nés, mais ne sont pas pour autant dus à l'anxiété maternelle. Ils sont, au contraire, cause de cette anxiété. Au contraire d'un tempérament difficile, les coliques se résolvent après 6 mois, au plus tard. Ces « coliques » sollicitent beaucoup la capacité de parents à rester calmes malgré leur impuissance à calmer l'enfant, et leur capacité à s'aider et à s'entre aider. Chez certains parents fragiles, elles peuvent donner lieu à des réactions brusques, voire violentes, dangereuses pour le bébé (syndrome du bébé secoué).

Références

Carey WB, McDevitt SC. Revision of infant temperament questionnaire. Pediatrics 1978;61:735-9.

Costa R, Figueiredo B. Infant's psychophysiological profile and temperamnt at 3 and 12 months. Infant behavior and development 2011;34(2):270-9.

Crockenberg SB. Infant irritability, mother responsiveness, and social support influences on the security of infant-mother attachment. Child development 1981;52:857-65.

Hubin-Gayte M. Le tempérament du nourrisson: un concept à redécouvrir ou à réinventer ? Devenir 2006;18(3):221-43.

Lombard I, Larroque B, Kaminski M. Tempérament du nourrisson (1 à 4 mois). Validité de la version française de l'Early infant temperament questionnaire. Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence 2000;48:234-44.

Putnam SP, Stifter CA. Reactivity and regulation: The impact of Mary Rothbart on the study of temperament. Infant and child development 2008;17:311-20.

Rothbart MK. Becoming who are: temperament and personnality in development. New York: Guilford Press; 2011.

Rothbart MK, Ahadi SA, Hershley KL, Fisher P. Investigations of temperament at three to seven years: the children's behavior questionnaire. Child development 2001;72:1394-408.

Stevenson-Hinde J. Toward a more open construct in: Kohnstamm GA. Temperament discussed: temperament and development in infancy and childhood. Berwyn: Swets North America Inc; 1986. 97-106.

Thomas A, Chess S, Birch HG. Temperament And Behavior Disorders In Children. New York University Press: New York; 1968.

Thomas A, Chess S, Korn SJ. The reality of difficult temperament. Merrill-palmer quarterly 1982;28(1):1-20.

Urbain-Gauthier N, Wendland J. Tempérament, attachement et troubles du comportement chez les jeunes enfants: une revue de la question. Devenir: sous presse; 2014.

L'état de stress post-traumatique du jeune enfant (ESPT)

La question de la remémoration chez le jeune enfant

Reconnaître l'ESPT nécessite de penser qu'il existe chez le jeune enfant une capacité de mémorisation. La mémoire procédurale, implicite, est la première à apparaître ; elle est non verbale, inconsciente et ne peut être que mise en acte, puisqu'elle ne peut s'exprimer verbalement. On a pu montrer que dès l'âge de 6 mois, les enfants réagissent vis-à-vis de jouets qu'on a pu leur montrer 24 heures auparavant. Les structures mnésiques responsables de la mémoire à long terme sont en place dès 8 à 9 mois, comme on l'observe lorsque l'on reçoit en consultation des enfants de cet âge, et qui réagissent aux personnes et aux lieux même après un délai important entre les entretiens. La mémoire déclarative, autobiographique, apparaît avec le langage autour de 18 mois, s'accroît très vite entre 18 et 36 mois, et se traduit par une capacité de mémoire qui s'exprime en récit dès 36 mois. Les enfants qui sont traumatisés avant 18 mois ne pourront donc en retirer un souvenir verbalisable. Les récits d'évènements antérieurs sont des souvenirs-écrans, basés sur des récits entendus de l'évènement par des proches.

Plusieurs études (voir Scherringa, 2009) ont montré que l'ESPT peut être valablement détecté chez les jeunes enfants, après 12 mois, et que ceux-ci manifestent la plupart des signes de l'adulte et du grand enfant. La série de critères repris par le DC 0-3R a montré une meilleure validité que l'algorithme du DSM-IV (Scherringa, 2003). Plusieurs cas cliniques isolés ont montré que des enfants âgés de de 6 à 9 mois montraient des symptômes très évocateurs, même s'ils n'avaient pas tous les critères de l'adulte ou de l'enfant plus âgé.

La psychopathologie associée est très fréquente dans l'ESPT, et c'est souvent elle qui attire l'attention (troubles du comportement, trouble oppositionnel en particulier, TDAH, troubles du sommeil). Dans les suites de l'ouragan Katrina à La Nouvelle-Orléans, Scherringa et Zeanah ont trouvé 75 % de troubles oppositionnels associés à l'ESPT, 63 % de troubles d'angoisse de séparation, 38 % des troubles attentionnels et dans 6 % des cas, un trouble dépressif majeur (Scherringa et Zeanah, 2008).

Lien de l'EPST avec la psychopathologie parentale

Toutes les études sont unanimes pour indiquer que les enfants avec les niveaux les plus élevés de ESPT sont ceux qui ont des parents ayant eux-mêmes un niveau de psychopathologie et de problèmes familiaux élevé,

mais aucune des ces études n'impliquait de très jeunes enfants, et peu des jeunes enfants de 3 à 4 ans.

Il existe un entretien semi-structuré et d'observation spécifique pour la recherche de signes de l'ESPT, le PTSD-SSI : Post Traumatic Stress Disorder and Observational Record for Infants and Young Children (Scherringa et al., 2003).

L'ESPT dans la DC 0-3R (100) Zero To Three, 2005©

L'ESPT est la mieux validée des catégories diagnostiques du jeune enfant, et la première catégorie du DC 0-3R, qui organise l'axe I autour de l'étiologie. La DC 0-3R est la seule classification qui permet le diagnostic de l'ESPT chez le jeune enfant. Ce diagnostic n'est pas possible chez le jeune enfant dans les autres systèmes de classification.

Le diagnostic d'état de stress post-traumatique nécessite la présence des cinq critères suivants.

1. L'enfant a été exposé à un événement traumatique : c'est-à-dire un événement qui implique une mort réelle ou une menace de mort, ou une blessure grave, ou une menace sur l'intégrité physique ou psychologique de l'enfant lui-même ou d'une autre personne.
2. L'enfant présente des signes de reviviscence de l'expérience traumatique à travers au moins un des symptômes suivants :
   (a) un jeu post-traumatique est caractérisé par les aspects suivants :
      (1) jeu qui représente le fait de revivre certains aspects du trauma,
      (2) qui est mis en œuvre de manière compulsive,
      (3) qui échoue à faire diminuer l'anxiété,
      (4) qui est plus factuel, moins élaboré et imaginatif que d'habitude ;
   (b) des souvenirs récurrents et intrusifs de l'événement traumatique, en dehors des activités de jeu, c'est-à-dire des énoncés ou des questions répétitifs concernant l'événement, suggérant une fascination par l'événement ou une préoccupation pour certains de ses aspects. L'angoisse n'est pas alors nécessairement apparente ;
   (c) des cauchemars répétés, dont le contenu peut être ou non relié à l'événement traumatique ;
   (d) une détresse physiologique, exprimée par le langage ou le comportement, lorsque l'enfant est exposé à des éléments qui lui rappellent l'expérience traumatique ;
   (e) des épisodes récurrents de flash-back ou de dissociation, c'est-à-dire des reviviscences de l'événement sans que l'enfant ne comprenne l'origine ces idées. Le comportement est alors dissocié de l'intentionnalité de l'enfant ou de son objectif. Ce symptôme peut également se manifester par des regards fixes ou une forme de sidération.
3. L'enfant présente une baisse de réactivité ou une diminution de son élan développemental. Le ralentissement ou le problème développemental apparaît ou s'intensifie après un événement traumatique et se manifeste par au moins un des symptômes suivants :

(a) une accentuation du retrait social ;
(b) une restriction de la gamme des affects ;
(c) un intérêt ou une participation clairement diminués dans des activités significatives incluant le jeu, les interactions sociales, ou les activités quotidiennes habituelles ;
(d) des efforts pour éviter les activités, les endroits ou les personnes susceptibles d'évoquer un rappel de l'événement traumatique. Ceci inclut également les efforts pour éviter les pensées, les sensations et les conversations associées au trauma.

4. Après un événement traumatique, l'enfant peut présenter des signes d'augmentation de la vigilance, attestés par au moins deux des symptômes suivants :
(a) des difficultés à aller au lit, qui se manifestent par de fortes protestations au moment du coucher, des difficultés d'endormissement, ou des réveils nocturnes qui ne sont pas dus à des cauchemars ;
(b) des difficultés de concentration ;
(c) une hypervigilance ;
(d) des réactions de sursaut exagérées ;
(e) une irritabilité accrue, des accès de colère, de susceptibilité ou de mauvaise humeur.
5. Ce pattern de symptômes persiste pendant au moins 1 mois.

D'autres aspects symptomatiques peuvent être associés et être le motif de consultation, sans que le traumatisme ait été mis en avant. Les jeunes enfants qui font l'expérience d'un événement traumatique peuvent perdre de manière temporaire certaines compétences développementales acquises précédemment. Une agressivité envers les autres enfants, les adultes, ou les animaux peut émerger. Peuvent également apparaître des peurs qui n'étaient pas présentes avant l'événement traumatique, incluant entre autres l'anxiété de séparation, la peur d'aller seul aux toilettes, la peur du noir, la peur de dormir seul. Des comportements sexualisés ou des comportements agressifs inadaptés à l'âge de l'enfant peuvent également apparaître, et il est important de penser au traumatisme devant de tels comportements apparaissant assez brusquement chez un jeune enfant.

On trouvera dans la DC 0-3R des exemples cliniques illustrant chacun des critères de L'ESPT.

Le traitement de l'ESPT chez le jeune enfant

Il n'existe quasiment pas d'études contrôlées comparant les différents modes d'intervention possibles chez le jeune enfant en cas de ESPT. Les thérapies comportementales nécessitent une capacité verbale. Chez le jeune enfant préverbal, la thérapie de choix est la thérapie parents-jeune enfant, sauf si le parent est l'agent traumatisant. Les travaux d'Alicia Lieberman avec des enfants victimes de différents types de traumatismes (Lieberman, 2007 ; 2009 ; 2011) en sont un exemple très clair. La thérapie par le jeu donne

aussi de bons résultats. Le test de Mc Arthur des histoires à compléter dans sa batterie attachementale est utilisable chez l'enfant à partir de 3 ans, et il met bien en évidence les aspects d'attachement désorganisés, qui peuvent être liés à un comportement parental désorganisé parce que traumatisé (voir Tourette et Guedeney, 2012 et Guedeney et Guedeney, 2010). Ce test est bien accepté par les jeunes enfants, et peut représenter une entrée dans la thérapie et la verbalisation à partir du traumatisme. L'utilisation de l'EMDR n'est pas documentée avant 4 à 5 ans, mais elle peut être très utile pour aider le ou les parents traumatisés, et à les recruter pour le traitement du jeune enfant.

Références

Lécuyer R. Le développement précoce du nourrisson. Paris: Dunod; 2004. (Ouvrage didactique de base, très clair et informatif.)

Lieberman AF. Ghosts and angels: intergenerational patterns in the transmission and treatment of the traumatic sequelae of domestic violence. Infant mental health journal 2007;28(4.)

Lieberman AF. Infants remember: War exposure, trauma, and attachment in young children and their mothers. Journal of the american academy of child & adolescent psychiatry 2011;50(7):640-1.

Lieberman AF., Compton N.C., Van Horn P., Ghosh Ippen C. Parent to death in the early years.(Trad. française: Guedeney A., Losing A. La mort d'un parent dans la petite enfance. Guide du traitement du deuil traumatique du bébé et du très jeune enfant. Ed Zero To Three; 2009).

Scherringa M, Zeanah CH Jr. Reconsideration of harm's way: onsets and comorbidity patrns in preschool children and their caregivers following Hurricane Katrina. Journal of clinical child and adolescent psychology 2008;37:508-18.

Scherringa MS. Post traumatic stress disorders. In: Zeanah CH. Jr, editor. Handbook of mental health. 3e éd. New York: Guilford Press; 2009, p. 345-61.

Les difficultés de comportement avant 3 ans, troubles externalisés, TOP, TDAH

avec la contribution de Jaqueline Wendland

La tendance est croissante à poser des diagnostics de plus en plus tôt dans la petite enfance. Il est vrai que tous les troubles mentaux que l'on observe chez l'adulte reconnaissent un aspect développemental. Il est vrai également que les troubles constitués débutent plus tôt qu'on le pense au début de leur description chez l'enfant. Mais cette tendance au diagnostic d'axe I à tout prix connaît des excès. On le verra dans le cas de la dépression, qui a conduit Luby à proposer des critères diagnostiques inadaptés, qui conduisent à des taux d'épisodes dépressifs majeurs excessifs, voire aberrants, même en population

« tout venant » (études de communauté) : ainsi Luby trouve-t-elle 30 % d'épisodes dépressifs majeurs dans cette population, dès l'âge de 2 ans et demi, ce qui n'a guère de sens, et vient en contradiction de l'augmentation très progressive de l'incidence de la dépression précoce trouvée par Egger et Angold (2006) en utilisant un entretien semi-structuré adapté, le PAPA. Dans cette étude, l'incidence initiale avant 2 ans est de 0,4 % puis monte progressivement au cours de l'enfance. La même tendance aberrante et adultomorphique conduit au diagnostic précoce de troubles bipolaires chez des enfants dès 4 à 5 ans.

Le trouble de l'attention/hyperactivité (TDAH) existe-t-il avant 3 ans ?

La prescription de psychostimulants aux États-Unis s'est généralisée et est devenue plus précoce, avant les 6 ans qu'exige la loi en France pour la prescription de psychostimulants. Certes, nombre d'enfants avec un TDAH sont effectivement agités avant 6 ans et dès la petite enfance, mais l'agitation psychomotrice est fréquente dans la petite enfance et peut être liée à diverses causes, tempéramentales et relationnelles avant tout. De même, la capacité de maintien d'attention est très liée à la relation aux figures d'attachement, et à leur capacité à recueillir et à maintenir l'attention de l'enfant dans les tâches d'apprentissage (Vigotsky). S'il peut exister des difficultés d'agitation et d'impulsivité, de maintien d'attention dès l'âge de 3 ans, ce n'est pas avant 5 à 6 ans que l'on parlera de troubles attentionnels vrais avec hyperactivité. On ne prescrira donc ni psychostimulants ni neuroleptiques nouvelle génération type Risperdal® avant cet âge. Le traitement d'une impulsivité nette avec troubles attentionnels requiert avant tout à cet âge la recherche d'une cause relationnelle.

Vers 5-6 ans, on pourra commencer par vérifier le stock de fer et corriger une carence, avec des effets nets sur la capacité de maintien d'attention (Dugas ; Konofal), et éventuellement, essayer un traitement par Oméga 3, dont l'effet modeste mais réel a été reconnu. En résumé, s'il existe bien des débuts précoces de TDAH, il n'y a pas lieu de le traiter avec des psychostimulants avant 6 ans.

Signes du TDAH de 1 à 3 ans

- Tempérament difficile.
- Troubles de la régulation (DC 0-3R, forme hyperactive, ou mixte, pouvant se traduire par des troubles du sommeil, une impulsivité majeure, une forte intolérance aux frustrations, une agitation motrice).
- Avec des difficultés d'adaptation sociale.
- Des interactions parents-enfant difficiles.
- Prévalence : 3 % (DSM-IV TR).

On peut donc coter un TDAH avant 3 ans en DC 0-3R sous le diagnostic troubles de la régulation, si l'on veut éviter le diagnostic avant 5/6 ans, sous la forme hyperactive ou mixte, avec en comorbidité les troubles associés (sommeil, alimentation, TOP).

Troubles du contrôle de l'agressivité

Richard Tremblay et Sylvana Coté ont décrit, dans leur étude longitudinale canadienne à large effectif, l'évolution des comportements d'agression physique dans la petite enfance et leurs liens avec les troubles effectifs du comportement à l'adolescence. La plupart des enfants commencent à manifester de l'agressivité physique entre la fin de la première et de la deuxième année de vie. Cependant, il y a des différences importantes quant à la fréquence des comportements agressifs parmi les jeunes enfants. La majorité des enfants manifestent occasionnellement des comportements agressifs, alors qu'une minorité utilise l'agression physique beaucoup moins souvent que la majorité, et qu'une autre minorité l'utilise très fréquemment. Les données disponibles sur le développement de l'agressivité physique pendant les années de maternelle indiquent que la fréquence des agressions physiques augmente chez la plupart des enfants pendant les 30 à 42 premiers mois après la naissance pour diminuer de manière constante par la suite. Moins de filles que de garçons atteignent les niveaux de fréquence les plus élevés, et les filles ont tendance à réduire la fréquence de leurs actes d'agression plus tôt dans la vie.

Par ailleurs, les études longitudinales qui se poursuivent jusqu'à l'adolescence montrent que la période préscolaire est une période charnière pour l'apprentissage de la régulation de l'agressivité physique. En effet, la minorité d'enfants (de 5 à 10 %) qui continuent à manifester des niveaux élevés d'agressivité physique à l'école primaire présente le risque le plus élevé de se livrer à des comportements de violence physique pendant l'adolescence. Il est intéressant de noter que la fréquence des agressions physiques diminue à partir de la troisième ou de la quatrième année après la naissance, alors que la fréquence des agressions indirectes (propos désobligeants à l'insu de la personne visée) augmente de façon importante entre 4 et 7 ans. Les filles ont tendance à utiliser cette forme d'agressivité bien plus souvent que les garçons.

L'absence de décroissance de l'agressivité physique est donc un signal d'alarme important à prendre en compte : il est devenu une cause fréquente d'envoi en consultation par les écoles, ou par les médecins scolaires, en particulier lors de leur examen médical en Grande Section d'école maternelle (GSM).

Principaux facteurs indépendants de risques maternels liés aux problèmes d'agressivité physique chez les enfants par ordre d'importance d'*odd ratio* (d'après Tremblay et al., 2004)

- Un faible niveau d'éducation chez la mère (moins de 12 ans d'études, maternelle comprise).
- Des antécédents de troubles de comportement maternels.
- Une première grossesse à un jeune âge.
- La consommation de tabac pendant la grossesse.
- De faibles revenus.

L'étude de larges échantillons de jumeaux semble également indiquer qu'il existe bien une contribution génétique à la problématique de l'agressivité précoce et à son absence de contrôle.

Trouble oppositionnel défiant ou trouble oppositionnel avec provocation (TOP) avant 3 ans

Il se caractérise par une progression des difficultés avec le temps : d'abord refus d'obéissance avec défi, colères par intolérance à la frustration, puis agression, impulsivité, résistance à la discipline, puis enfin, comportements délinquants plus organisés, avec résistance aux règles et transgressions délibérées.

Le trouble peut apparaître dès la maternelle et s'exprimer par les manifestations suivantes : manque d'empathie envers les membres de son groupe, bas niveau d'anxiété et souvent associé à l'hyperactivité-impulsivité.

Le trouble est en fait très hétérogène et associe au moins deux dimensions majeures (Espeleta *et al.*, 2012) : l'une est composée de l'irritabilité et de la « tête dure » (entêtement, *stubborn child*), et l'autre de la négativité de l'affect : *touchy* (susceptible), *angry* (fâché) et *spiteful* (plein de rage) et de l'opposition (*loses temper*, *defies and argues* : explosif, défiant, argumente constamment).

Ceci pose la question du dépistage précoce et de l'intervention précoce dans ces troubles (Guedeney et Dugravier, 2007 ; Wilson, et *al.* 2009 ; 2012), ce que préconisait le rapport INSERM sur les troubles des conduites (www.inserm.org, 2005).

Facteurs de risque

L'étude *Growing Up in Scotland Cohort* montre que plusieurs facteurs sont associés à une fréquence accrue de troubles du comportement entre 3 et 5 ans :

- tabagisme maternel pendant la grossesse ;
- enfants de couples divorcés ;
- plus de chances d'être en mauvaise santé générale ;
- difficultés à communiquer ;
- parents qui pensent que la gifle ou la fessée est parfois nécessaire ;
- enfant rarement amené en visite chez d'autres.

Une étude de Ramchandani et Murray (2013) montre que les interactions père-bébé désengagées, lâches, dès le 3e mois de vie prédisent les troubles externalisés (*Odds Ratio* ou risque relatif augmenté de 5,33), et ceci ouvre à la possibilité d'interventions préventives précoces, dirigées vers le couple, et vers chacun des deux parents.

Troubles du développement de l'intersubjectivité, de l'attachement ou des deux ?

Comme le souligne indépendamment Minnis, Rutter et Zeanah, les troubles de la sociabilité indiscriminée que l'on observe chez certains des enfants qui ont vécu en orphelinat, mais aussi chez ceux de familles chaotiques, à difficultés multiples, relèvent bien des troubles du comportement, avec un mécanisme qui est plus celui des troubles du développement de l'intersubjectivité secondaire et tertiaire, de l'empathie et de la mentalisation, que de l'attachement insécure ou désorganisé. Ceci a des conséquences sur l'attitude thérapeutique et sur le pronostic.

Les signes du trouble oppositionnel avec provocation existent-ils dès 2 ans ?

L'étude récente de Baillargeon *et al.* (2012) montre que lorsque les signes de désobéissance sont fréquents et généralisés, ils ne sont pas plus adaptatifs ou normaux chez les enfants de maternelle qu'à l'école primaire. La plupart des enfants qui montrent un trouble oppositionnel net à 4 ans le montraient déjà à un an, et encore plus nettement à 3 ans. Ceci va à l'encontre de la banalisation des « deux ans terribles » (*The Terrible Twos*), qui seraient habituels et une étape du développement. Il semble, au contraire, que les deux ans, période d'affirmation et d'opposition, doivent garder cette opposition dans des limites assez étroites. De la même façon, l'adolescence normale n'autorise pas de sabotage, ni les troubles intenses de l'humeur qui puissent être considérés comme normaux et faire partie de la « crise d'adolescence » (Pierre Mâle ; Philippe Jeammet).

Efficacité des traitements des jeunes enfants

Une revue récente de la littérature (Comer *et al.*, 2012) confirme l'excellente efficacité des traitements psychologiques relationnels du trouble

oppositionnel : le recours aux psychotropes à cet âge n'est absolument pas justifié, du moins en première intention.

Les thérapies d'interaction et de guidance parent-jeune enfant, du type *Incredible Years* ou *Seeing is Believing* ; le *Video Intervention for Positive Parenting,* VIPP (Velderman *et al.*, 2006), le Triple P (*Positive Parenting Program*) sont les exemples de programmes thérapeutiques les mieux évalués et les plus efficaces. Parmi ceux-ci, les programmes avec une dimension comportementale sont les plus efficaces (Hedge's.08), d'abord sur les symptômes dits externalisés, puis sur l'opposition et la désobéissance, et enfin, sur l'impulsivité et l'hyperactivité.

Comme il a été évoqué précédemment, la dimension relationnelle de ces troubles est incontournable à prendre en compte, surtout avec de très jeunes enfants. Dans la spirale des interactions, les difficultés de comportement dans la petite enfance peuvent être en partie conséquence de relations gravement dysfonctionnelles, tout comme elles peuvent entraîner des perturbations dans la relation parent-enfant. Les difficultés relationnelles de l'enfant avec ses parents, mais aussi avec ses pairs en milieu collectif, sont au premier plan et demandent évaluation et soins spécifiques. Au-delà des comportements manifestes de colères, d'agressivité et d'opposition, l'attention doit être également portée à la qualité des interactions, aux attitudes des parents face aux difficultés de l'enfant, et aussi à leur compréhension de ces troubles. On les interrogera sur leur manière de gérer les difficultés et, au mieux, on observera au cours de l'entretien les attitudes et pratiques éducatives parentales, qui peuvent être inconsistantes, incohérentes, trop rigides, violentes, ou laxistes. La capacité des parents à assumer leur position d'autorité vis-à-vis de l'enfant et à gérer les comportements et conflits de manière raisonnée et sans violence verbale ou physique est centrale. Il n'est pas rare que les parents aient eux-mêmes des difficultés à réguler leurs émotions, à tolérer les frustrations, à respecter leurs engagements vis-à-vis de l'enfant, et parfois même à respecter le cadre de traitement qui leur est proposé. Tous ces éléments vont guider l'intervention thérapeutique centrée sur la relation.

La clinique offre différents scénarios assez récurrents dans ces situations. Ainsi, certains parents se disent « débordés » face à des manifestations développementales normales d'opposition, étonnés de ne pas obtenir une obéissance naturelle en retour de leurs longues explications. Dans d'autres familles, les limites et l'autorité sont vécues comme blessantes, arbitraires, voire abusives. On assiste à un évitement de toute conflictualité, qui sera souvent évacuée en dehors de la famille (crèche, école). Dans ces cas, l'enfant ne peut pas faire, dans le cadre sécurisé de la famille, l'expérience de la confrontation aux règles (claires et stables), du défi, de la négociation et de la résolution des conflits.

De manière paradoxale, face à la fragilisation actuelle de la fonction éducative parentale, là où les interdits diminuent, les attentes parentales

vis-à-vis de l'enfant tendent à augmenter, devenant parfois disproportionnées par rapport à son âge ou l'assignant à un rôle d'objet censé combler le narcissisme parental, lui laissant peu d'espace pour se construire et s'affirmer. Ailleurs, la représentation parentale d'un enfant « fragile », à qui il faudrait épargner toute frustration, sous-tendue parfois par un désir de réparation ou de comblement d'une enfance malheureuse ou carentielle, a de fortes chances de devenir progressivement celle d'un enfant « roi », puis tyrannique. La tyrannie et l'agressivité peuvent être même attribuées à une « contagion », au contact de l'enfant avec d'autres enfants supposés agressifs en milieu collectif. Les parents finiront par consulter lorsqu'ils seront épuisés d'entretenir cette image immaculée, parfois dans un basculement à l'opposé, suite à un épisode de dépassement brutal.

Les représentations parentales de l'enfant peuvent être aussi le reflet de projections très négatives (enfant perçu comme foncièrement méchant, insupportable, cruel, monstrueux…), avec le risque de l'enfermer dans une image de soi très dévalorisante à la laquelle il pourrait finir par s'identifier ; ou bien, les colères et actes agressifs pourraient prendre le sens d'une lutte contre les paroles très blessantes que lui adressent les parents. Ces derniers peuvent se présenter comme impuissants, ayant déjà « tout essayé » avec l'enfant, ou comme irréprochable. Ils peuvent aussi vivre l'enfant comme un fardeau mérité, en miroir à une image d'eux-mêmes en tant que parents très dépreciée, comme s'ils devaient expier une faute en supportant les comportements désagréables de leur enfant.

Ainsi, une intervention conjointe sur les difficultés relationnelles parents-enfant paraît indispensable dans ces situations. Elle peut se faire dans le cadre d'une guidance interactive ou parentale, d'une psychothérapie, d'un petit groupe (autour d'une activité commune, avec des règles à respecter, et une guidance parentale) ou d'une co-thérapie.

Avec deux cothérapeutes, un référent pour l'enfant et un autre pour le(s) parent(s), la cothérapie semble être un cadre particulièrement sécurisant, souple et propice à un travail de guidance et de thérapie autour des difficultés relationnelles parents-enfant associées aux troubles du comportement (tester les limites, expérimenter de nouvelles manières de gérer les émotions, la frustration, l'opposition et l'agressivité ; comprendre et répondre autrement face aux demandes et signaux de l'enfant ; Wendland *et al.*, sous presse).

Les colères isolées

Les colères et la négativité font partie de la sémiologie précoce des TOP, et aussi du TDAH. Cependant, les colères intenses, fréquentes et isolées, relèvent le plus souvent d'une sémiologie purement attachementale (Guedeney et Guedeney, 2010). Elles sont le signe de l'échec à donner des signaux clairs de demande d'aide de la part de l'enfant (Greenberg), parce que ces signaux

ont été généralement ignorés, ou qu'on leur a répondu de façon imprévisible par l'enfant. Les colères intenses et répétées (plus de deux à trois par semaine) sont ainsi un signal d'alarme qu'il ne faut pas banaliser, et qui doit conduire à rechercher les causes de l'intolérance de l'enfant à la frustration.

Les effets de la télévision, des écrans et des jeux vidéo sur l'attention, la socialisation et les difficultés de comportement chez le jeune enfant

Il est devenu banal de voir de jeunes enfants avant le langage que l'on laisse jouer avec un portable, ou même à qui on donne une tablette pour qu'ils restent tranquilles. Et en effet, cela les fascine, et permet aux *caregivers* de vaquer à leurs affaires. Or, les jeunes enfants sont sensibles à la quantité de stimulation qu'apportent télévision et jeux vidéo. Le niveau sonore de la télévision est généralement trop élevé pour de jeunes enfants, en particulier pendant les publicités. Le contenu des dessins animés, très rythmés et parfois violents, peut devenir rapidement addictif pour de jeunes enfants. Le contenu même d'un programme peut être franchement traumatisant, et donner lieu à des troubles du sommeil, et à des symptômes phobiques réactionnels.

L'utilisation de la télévision comme mode de garde ou d'apaisement, ou l'accès aux jeux du portable des parents est un indicateur de troubles de la relation parents-jeune enfant, dans une relation où le jeune enfant a pris le contrôle. L'accès libre à la télévision, la télévision dans la chambre, l'ordinateur personnel chez une jeune enfant sont donc des indices d'un renversement des rôles. Il est donc important de demander quelle est la dose réelle de télévision que reçoit l'enfant, et la manière dont l'accès est contrôlé, et si l'enfant a accès à la télévision dès le matin. Dans certaines familles, la télévision est allumée tôt dans la journée, par les enfants eux-mêmes et le reste jusque tard dans la nuit.

Or, la télévision pour un jeune enfant est fascinante, et fatigante. Elle ne permet pas de réflexion, d'arrêt sur image ; elle ne respecte pas le rythme de l'enfant ; elle ne lui permet pas un exutoire physique après une émotion, alors qu'elle est très excitante. Surtout, le jeune enfant est le plus souvent seul devant la télévision, et il ira difficilement demander de l'aide à un parent devant une scène trop violente ou choquante. Le message implicite du parent qui envoie un jeune enfant regarder durablement la télévision pour s'en débarrasser est : « débrouille-toi tout seul ». C'est un message qui facilite l'évitement dans les relations d'attachement. Le jeune enfant saisit vite le message : on se stimule et on se calme devant l'écran, en jouant, et non pas en faisant appel à la relation intersubjective. Le portable, le jeu, le micro-ordinateur dont les jeunes enfants saisissent intuitivement le fonctionnement apparaissent moins néfastes, car ils offrent plus d'activité et de possibilité d'exercice et de maîtrise.

Les jeunes enfants avec TDAH sont très sensibles aux doses élevées de télévision et surtout de jeux vidéo. Le premier temps du traitement est souvent le rétablissement de rythmes veille/sommeil, de temps de relations sans jeux, et de régulation du temps de vidéo et d'écran. Les jeunes enfants atteints de TED ont souvent des vidéos fétiches qu'ils regardent en boucle. Il ne s'agit pas de les supprimer, mais d'essayer de les varier et de faire rentrer la vidéo ou le jeu dans une relation. La guidance à propos de la télévision et des jeux vidéo est importante, et demandée par les parents ; elle a un aspect préventif et joue un rôle important dans les stratégies de récompenses lors des traitements. On peut s'appuyer sur les recommandations américaines et celles de l'Association française de pédiatrie ambulatoire qui préconisent l'absence complète de télévision avant 3 ans. Après 3 ans, la dose doit être contrôlée, l'après-midi seulement, ainsi que le contenu, en limitant les dessins animés trop rapides et trop violents, et en favorisant de regarder avec l'enfant, de façon à lui permettre de donner sens à ce qu'il voit.

Références

Baillargeon RH, Morisset A, Keenan K, Normand CL, Seguin JR, Japel C, et al. Disruptive behavior in infants. Infant mental health journal 2012;33(6):633-50.

Comer JS, Chow, Chan PT, Cooper C, Lianna V, Wilson AS. Psychosocial treatment efficacy for disruptive behavior problems in very young children: a meta-analytic examination. Journal of the american academy of childand adolescent psychiatry 2012;52(1):26-36.

Egger HL, Angold A. Common emotional and behavioural disorders in preschool children: presentation, nosology and epidemiology. Journal of child psychology and psychiatry 2006;47(3–4):313-37.

Ezpeleta L, Granero R, de La Osa N, Penelo E, Domenech JP. Heterogeneity of defiant and oppositional disorders in young children. Journal of child psychology and psychiatry 2012;53(11):1128-38.

Guedeney A, Dugravier R. Les facteurs de risque familiaux et environnementaux des troubles du comportement chez le jeune enfant: une revue de la littérature scientifique anglo-saxonne. La psychiatrie de l'enfant 2006;1(49):227-78.

Ramchandani P, Domoney J, Vaheshta Sethna L, Psychogiou L, Vlachos H, Murray L. Do early father-infant interactions predict the onset of externalising behaviours in young children ? Findings from a longitudinal cohort study. Journal of child psychology and psychiatry 2013;54(1):56-64.

Tremblay RE, Nagin DS, Séguin JR, Zoccolillo M, Zelazo PD, Boivin M, et al. Physical aggression during early childhood: Trajectories and predictors. Pediatrics 2004;114(1):e43-50.

Wilson P, Minnis H, Puckering C, Gillberg C. Should we aspire to screen preschool children for conduct disorder ? Archives Dis Child 2009;94:812-6.

Wilson P, Bradshaw P, Tipping S, Henderson M, Der G, Minnis H. What predicts persistent early conduct problems ? Evidence from the growing up in Scotland cohort. Journal epidemiology and community health 2013;67:76-80.

Retrait relationnel et dépression précoce : contexte clinique, modèles animaux

Le comportement de retrait relationnel : un mode précoce de défense

Le retrait est défini comme « l'action de se replier sur soi, de se rétracter comme pour se défendre, préserver sa personnalité ». Il apparaît comme un comportement de défense, qui appartient au répertoire de la peur et du figement, par opposition au *Fight or Flight*, le combat ou la fuite (Panksepp). Le retrait relationnel précoce est un phénomène essentiellement dyadique, en lien avec les violations durables survenant dans l'interaction, et comme une façon de s'en protéger et d'attendre (conservation de l'énergie, Engel et Schmale). Trevarthen propose que le retrait soit partie intégrante du système Fierté-Honte, spécifique à l'homme, inné, et dont la fonction est de permettre le développement des états de conscience partagés (Tronick). Feldman pense que la synchronisation mutuelle est la tâche majeure de la première année de la vie du bébé et de ses *caregivers*, et elle décrit les effets d'une désynchronisation durable sur le développement émotionnel et cognitif, en particulier sur la qualité de l'intersubjectivité. Le retrait est donc bien un indice de trouble de l'adaptation mutuelle (Mäntymaa), un trouble dyadique, et un indice d'échecs répétés de la réparation des interactions précoces (Tronick) et de leur désynchronisation (Feldman, Tronick).

L'existence d'un micro-retrait comme phénomène physiologique de régulation par le bébé des inputs interactifs (Brazelton), l'existence de modèles animaux (chat, chien, singe Rhésus) plaide pour son intérêt et sa place dans les mécanismes comportementaux majeurs de régulation. La capacité de retrait relationnel durable apparaît aussi comme un bon endophénotype, c'est-à-dire un système comportemental pour lequel on peut trouver une susceptibilité génétique (par exemple l'allèle court ou long du DRD-4 ou du 5-HIA). On peut ainsi penser à explorer les liens entre la susceptibilité génétique à développer un comportement de retrait plus ou moins net et le système DRD-4 ou le système sérotoninergique.

Le retrait est un symptôme qui existe constamment dans les syndromes dépressifs, l'autisme et les troubles précoces de l'attachement, ou comme conséquence de troubles sensoriels (fig. 7.1). Il est donc un élément important du répertoire sémiologique précoce. Il est précédé par les cris et la protestation, et semble intervenir quand cette protestation est inefficace pour amener une action correctrice de la part des *caregivers*.

La première description clinique du comportement de retrait durable chez le jeune enfant en dehors de l'autisme a été faite en 1956 par

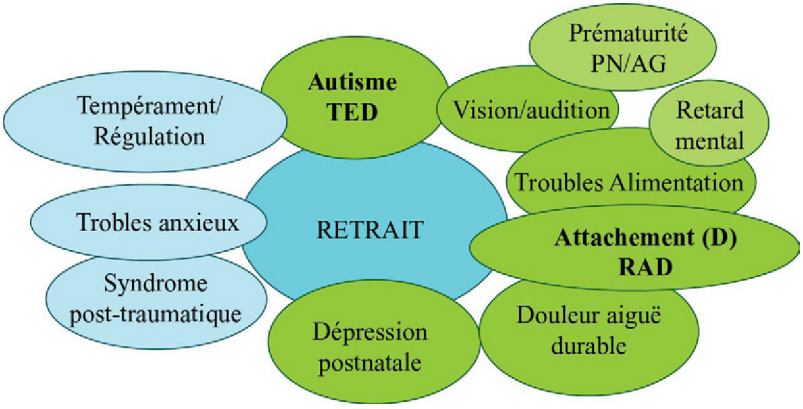

Figure 7.1. Le comportement de retrait dans la psychopathologie précoce.
TED : troubles envahissants du développement ; PN/AG : poids de naissance/âge gestationnel ; RAD : troubles réactionnels de l'attachement ; DPN : diagnostic prénatal.

G.L. Engel et F. Reischman, avec le cas célèbre de Monica, âgée de 18 mois (voir vignette clinique).

Vignette clinique : Monica à 18 mois

Monica naît en 1953 porteuse d'une fistule œsophagienne, ce qui n'était alors pas une malformation que l'on opérait dès la naissance. Monica est donc rendue à sa mère avec une sonde gastrique. La jeune mère est isolée, avec un mari violent et le plus souvent absent, et ne tarde pas à se déprimer, s'éloignant de ce bébé peu gratifiant, et dont la sonde sent mauvais. À l'âge de 1 mois, Monica a un retard statural majeur et apparaît très en retrait. Lorsque l'on s'approche d'elle, ce retrait augmente. Monica fut alors hospitalisée dans un état de retrait relationnel avec refus du contact, évitement du regard, absence de jeu et de vocalisations, immobilité, et anorexie avec retard staturopondéral et développemental sévère. Elle présentait une angoisse nette devant l'étranger et un état que l'on décrirait maintenant comme un attachement désorganisé. Monica va manifester un attachement de plus en plus net vis-à-vis de son médecin. Puis Monica est opérée et sa relation avec sa mère s'améliore de façon nette. La communauté psychanalytique s'interroge sur son devenir après que Engel et Schmale, ses médecins, aient rapporté en 1956 ce cas de dépression anaclitique, exceptionnel par sa durée et son intensité. Monica, suivie pendant 25 ans par Engel, déjouera les pronostics sombres, et deviendra une mère compétente, mais gênée lors de l'alimentation de sa fille. Elle surmonte cette difficulté en se faisant aider de la présence de son compagnon, père du bébé. Ce cas montre aussi les capacités de résilience du bébé qui s'appuie sur une relation thérapeutique.

Selon G.L. Engel et A.H. Schmale, la réaction de conservation-dépression-retrait de l'énergie serait un processus défensif de base ayant pour but de conserver l'énergie dans les situations critiques. Selma Fraiberg avait décrit un mécanisme de défense analogue, le figement, observé dès l'âge de 3 mois chez des enfants soumis à des situations relationnelles très pathologiques. On parlerait maintenant de préformes de désorganisation de l'attachement, dont Beatrice Beebe décrit les signes dès 4 mois.

Le retrait relationnel bref est un mécanisme régulateur normal et important de l'interaction parents-enfant, tel qu'on l'observe à un niveau micro-analytique, en vidéoscopie (Weinberg et Tronick, 1994). En psychopathologie, un retrait relationnel durable s'observe dans différentes situations, en dehors des causes organiques classiques (fièvre, déshydratation, crise convulsive récente, intoxication, troubles du système nerveux central) : la plus évidente est l'autisme infantile et les formes cliniques associées, dans lesquelles le retrait est constant et essentiel au diagnostic, quelle que soit la classification utilisée.

Le retrait relationnel est intense et constant dans le tableau du kwashiorkor, malnutrition protéino-calorique liée à une carence relative en protéines (Guedeney, 1987, 1995), et il s'observe aussi fréquemment dans les retards de croissance, qu'ils soient organiques ou non (Powell et Low, 1983). Les liens du retard de croissance, d'origine manifestement organique ou non, avec la dépression précoce et avec les troubles de l'attachement ont été également très discutés. Le Kwashiorkor offre un tableau de retrait dépressif particulièrement frappant, ce que Colomb à Dakar avait le premier noté. Des travaux récents relient le retard de croissance et le Kwashiorkor à des troubles de l'attachement, en particulier du type désorganisé (Guedeney, 1995 ; Bouville, 2000 ; True, 2001).

Le retrait relationnel est partie intégrante du tableau de la douleur intense et durable chez le jeune enfant (Gauvain-Piquard, Rodary, Rezvani et Lemerle, 1987). Le retrait relationnel est aussi un élément du tableau du syndrome de stress post-traumatique chez le très jeune enfant (ESPT voir p. 117). Il s'observe dans certains aspects de troubles dits de la régulation sensorielle, surtout dans les aspects sous-réactifs (Classification diagnostique 0-3R, voir p. 105). Bien entendu, le comportement de retrait est aussi une conséquence des déficits sensoriels non reconnus, comme la surdité ou l'amblyopie sévère du jeune enfant. La prématurité est aussi une cause de retrait relationnel (Guedeney *et al.*, 2012 ; Braarud *et al.*, 2013, voir p. 129).

Enfin, le comportement de retrait relationnel s'observe constamment dans la dépression précoce, qu'il s'agisse de la dépression anaclitique de Spitz, ou dans les formes plus tardives (Spitz, 1946 ; Herzog et Rathbun, 1982 ; Classification diagnostique 0-3, 1994 ; Marcelli, 1999 ; Guedeney, 2000) ou des troubles de l'attachement précoces, par carence affective ou séparations (Guedeney, 2000).

Peut-on poser un diagnostic de dépression majeure avant 2 ans et demi ?

Bien que la notion de dépression précoce occupe une place majeure dans la pratique clinique de la petite enfance, nous ne disposons, actuellement, d'aucun système de critères diagnostiques validé et d'aucun outil fiable d'évaluation clinique et de dépistage de la dépression précoce avant 2 ans (Guedeney, 2000, 2013). Spitz suggérait, en 1951, que malgré les similitudes de la sémiologie entre l'enfant et l'adulte du tableau de la dépression, une différence essentielle est liée à l'absence de structuration suffisamment développée du moi chez le jeune enfant. Pour Bowlby, au contraire, la dépression anaclitique représente bien le prototype de la dépression de l'adulte. Bibring, en 1953, relie la dépression au sentiment d'impuissance, comme le fera plus tard Seligman, avec le concept d'impuissance apprise. Sandler et Joffe, en 1965, considèrent la dépression comme une réponse affective de base.

La dépression du bébé au sein des classifications diagnostiques

Le statut actuel de la dépression du bébé au sein des diverses classifications diagnostiques existantes reflète bien cette confusion, en l'absence de critères diagnostiques validés. En 1982, Herzog et Rathbun avaient proposé des critères diagnostiques de dépression applicables entre la naissance et l'âge de 36 mois, basés sur le DSM-III. Ces critères pertinents du point de vue clinique n'ont reçu aucune étude de validation. La liste des symptômes proposés par Herzog et Rathbun comprend le retard de développement, des troubles du langage, les troubles d'acquisition de la propreté, le retard de croissance, les mouvements anormaux, le mérycisme, les troubles du sommeil, l'absence d'angoisse de séparation ou, à l'inverse, une angoisse de séparation importante. Les symptômes devaient être présents pendant au moins deux semaines.

Dans le DSM-III Révisé (1987), il n'existait pas non plus de possibilité de poser le diagnostic d'épisode dépressif chez le jeune enfant. Dans le DSM-IV (1994) et dans l'ICD-10 (1988), la dépression du bébé n'apparaît pas et ne peut rentrer que dans la catégorie du trouble de l'ajustement. En France, la position structuraliste a prévalu, et dans la Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent (CFTMEA, 1982), la dépression ne fait pas partie des diagnostics de l'axe I. Il n'existe pas non plus de possibilité de diagnostic de troubles de la relation parent-enfant.

Dans la Classification diagnostique 0-3 ans (1994), la dépression de la petite enfance (203) figure dans la catégorie des troubles de l'affect.

Elle s'applique aux jeunes enfants qui montrent une humeur déprimée ou irritable, avec une diminution du plaisir et de l'intérêt au cours des activités adaptées à leur âge, une diminution de la capacité à protester, des geignements excessifs et un répertoire restreint des interactions sociales ou des initiatives vers l'autre. Ces symptômes peuvent être accompagnés de troubles du sommeil ou de l'alimentation, avec parfois perte de poids. Les symptômes doivent être présents depuis au moins deux semaines.

La révision de 2005 de la DC 0-3R a conservé cette description, en l'adaptant aux critères de la recherche pour les jeunes enfants (RDC-PA). En utilisant ces critères, Luby aux États-Unis a proposé des critères adaptés de diagnostic de l'EDM (épisode dépressif majeur) chez l'enfant à partir de deux ans et demi, et trouve ainsi une incidence de l'ordre de 30 % en population communautaire, non clinique, ce qui est très exagéré, comme nous l'avons déjà remarqué (voir p. 121).

De nombreuses questions restent sans réponse à propos de la dépression précoce : la dépression anaclitique est-elle une dépression au sens de celle de l'enfant et de l'adulte, ou appartient-elle plutôt au trouble du lien d'attachement en constitution ? À partir de quel âge peut-on parler réellement de dépression chez le jeune enfant ? Quels sont les liens de la dépression avec les autres pathologies mentales identifiées dans la petite enfance, en particulier avec les troubles de l'attachement, mais aussi avec les troubles envahissants du développement ?

Le dépistage du retrait relationnel avec l'échelle ADBB (Alarme Détresse BéBé)

La situation de relative confusion concernant la dépression avant 2 ans a conduit à s'intéresser au concept de réaction de retrait relationnel précoce chez le jeune enfant, concept à la fois plus large et plus opérationnel que celui de la dépression précoce, et qui peut apparaître comme annonciateur de la dépression (Guedeney, Puura et Matthey, 2013). On a donc cherché à établir une échelle de mesure et de dépistage de ce comportement si important à noter, avant qu'il ne devienne évident. En effet, le retrait relationnel est, on l'a vu, une défense mise en place par le bébé qui se trouve dans une situation dyadique qui dépasse ses possibilités d'adaptation. C'est donc un signal d'alarme particulièrement important à reconnaître, et à reconnaître tôt. L'échelle est conçue pour être cotée par le professionnel sur la base de sa propre observation, durant une consultation par exemple. L'échelle a été construite en cherchant les items les moins sensibles aux changements liés au développement, et les plus facilement repérables lors d'un examen pédiatrique de dépistage, par exemple en service de Protection maternelle et infantile (PMI).

L'échelle ADBB

L'échelle ADBB (Guedeney et Fermanian, 2001 ; www.adbb.net) comporte huit items cotés de 0 à 4. La note « normale » est donc de 0 et le maximum à 32.

1. Expression du visage.
2. Contact visuel.
3. Activité corporelle.
4. Gestes d'autostimulation ou gestes autocentrés.
5. Vocalisations.
6. Vivacité de la réaction à la stimulation.
7. Capacité d'entrer en relation.
8. Attractivité, en fait la plus ou moins grande difficulté à garder son attention sur le bébé.

L'ADBB n'est pas une échelle de dépression du bébé, ni un outil diagnostique, mais une aide à l'observation et un outil de dépistage. La note seuil de 5 (et au-dessus) donne la meilleure sensibilité (0,82), et la meilleure spécificité (0,78), face au niveau de risque pour le développement, évalué avec les critères de Choquet *et al.* (1985). L'échelle a une bonne cohérence interne (Cronbach = 0,83). Cette note seuil de 5 et au-dessus a été retrouvée dans différentes validations, dans différents pays, ce qui plaide pour une bonne validité transculturelle.

L'ADBB permet donc de dépister un retrait relationnel de manière précoce, indépendamment de la cause de ce retrait, ce qui réalise une première intervention, et de le suivre en fonction de l'intervention, ce qui permet de juger de son efficacité. Il s'agit d'un outil visant au dépistage par les soignants de première ligne, en attirant leur attention sur une situation à risque, mais aussi d'un outil que permet le suivi sous intervention. Dans le lien établi avec la famille, l'orientation vers une prise en charge spécialisée pourra alors s'envisager.

Il existe une forme plus courte à 5 items, la M-ADBB, développée en Australie (Matthey, Crncec et Guedeney, 2011), sans l'item autostimulation ni réaction à la stimulation, et avec le regroupement des items 7 et 8. Cette échelle a été appliquée récemment pour évaluer le retrait des enfants HIV positifs en Afrique du Sud, mais elle n'a pas reçu autant de validation clinique que l'ADBB. Il existe un kit de formation disponible auprès du Pr S Matthey (www.adbb.net).

L'échelle M-ADBB

L'échelle M (modifiée) – ADBB (Matthey, Crncec et Guedeney, 2005) comporte cinq items, côtés par 0 (pas de problème), 1 (problème possible) et 2 (problème manifeste).

▷

1. Expression du visage.
2. Contact visuel.
3. Activité corporelle.
4. Vocalisations.
5. Capacité d'entrer et de rester en relation avec l'autre.

Diverses applications de l'ADBB ont eu lieu, en clinique et en recherche. On en trouvera les détails dans une section entièrement consacrée à l'ADBB de l'*Infant mental health journal* (2013). L'échelle est utile dans l'évaluation des pathologies parentales, dépression postnatale en premier lieu, trouble de la personnalité borderline et pathologie psychotique parentale (Wendland et Medeiros, 2010 ; Wendland *et al.*, 2010), mais aussi dans les unités mère-bébé ; elle peut être utile en Centre d'action médico-sociale précoce (CAMSP), dans le suivi des pathologies liées à la prématurité, et pour le dépistage précoce et le suivi de troubles d'origine génétique. Plusieurs services de PMI l'ont expérimentée (Nancy, Poitiers, Nantes, Hauts-de-Seine).

Références

Choquet M, Ledoux S. La valeur pronostique des indicateurs de risque précoces. Étude longitudinale des enfants à risque à 3 ans. Archives françaises de pédiatrie 1985;42:541-6.

Engel GL, Reichsman F. Spontaneous and experimentally induced depression in an infant with gastric fistula: a contribution to the problem of depression. Journal for the american psychoanalytic association 1956;4:428-52.

Guedeney A, Matthey S, Puura K. Social withdrawal behavior in infancy: a history of the concept and a review of published studies using the Alarm Distress Baby scale. Infant mental helath journal 2013;34(6):516-31.

Guedeney A, Fermanian J. A validity and reliability study of assessment and screening for sustained withdrawal reaction in infancy: the alarm distress baby scale (ADBB). Infant mental health journal 2001;22(5):559-75.

Guedeney A, Charron J, Delour M, Fermanian J. L'évaluation du comportement de retrait relationnel du jeune enfant lors de l'examen pédiatrique par l'échelle Alarme. Détresse Bébé. Psychiatrie de l'enfant 2001;44(1):211-31.

Herzog DB, Rathbun JM. Childhood depression. Developmental considerations. American journal of dis of childhood 1982;136:115-20.

Marcelli D. La dépression dans tous ses états: du nourrisson à l'adolescent… et après. Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence 1999;47:1-11.

Wendland J, Medeiros MS. Retraimento relacional em bebês de mães com transtorno de personalidade borderline: Resultados preliminares. Associação psicanalítica de curitiba em revista 2010;20:147-66.

Wendland J, Brisson J, Medeiros M, Serres J, Rabain, Aidane E. Sustained withdrawal behavior in infants of mothers with borderline personality disorder. 12th World congress of the world association for infant mental health. Leipzig, Allemagne; 29 juin-3 juillet 2010.

Les troubles réactionnels de l'attachement (RAD)

Les évolutions récentes de cette catégorie diagnostique doivent beaucoup aux études sur les adoptés roumains (Rutter et O'Connor) et à ceux de Zeanah et Smyke en Roumanie même, dans les orphelinats rénovés et dans les familles d'accueil. Ces études longitudinales ont permis de séparer en deux entités distinctes ce qui était d'abord décrit en tant que deux formes d'un même trouble.

Le diagnostic de troubles réactionnels de l'attachement (*Reactive Attachment Disorder*) apparaît en 1980, avec la publication du DSM-III. La description du trouble incluait alors le retard de croissance et le manque de réponses sociales comme traits caractéristiques des troubles, lesquels devaient être manifestes avant l'âge de huit mois. Le lien avec le retard de croissance disparut dans la révision du DSM-III (1987), et l'âge de début fut modifié, avec apparition dans les cinq premières années. Ceci permettait d'abandonner le critère plutôt étrange d'un trouble manifeste de l'attachement avant l'existence d'un attachement manifeste et focalisé. Deux sous-types du trouble furent alors introduits : le type « inhibé » et le type « désinhibé ». Dans le DSM-IV (1994), les deux sous-types furent maintenus.

L'évolution récente dans les classifications de ces troubles a été rendue nécessaire pour plusieurs raisons. C'est essentiellement la différence d'évolution dans un environnement sécurisé qui a conduit à modifier la classification des RAD. Les modes de RAD désinhibés peuvent en effet coexister avec des attachements devenus sécures. Le RAD inhibé se modifie beaucoup dans un placement de qualité, sans qu'il semble exister de période sensible pour la capacité à développer un attachement. Le mode désinhibé peut rester stable et durable, alors même qu'un attachement sécure peut se développer avec les figures d'attachement d'accueil ou d'adoption.

L'attachement, ou plutôt son absence ou son caractère très ténu semble bien être au centre du RAD au sens strict, forme inhibée. L'absence prolongée de relation d'attachement dans le début de la vie en est clairement la cause. La forme désinhibée semble quant à elle être liée à des expériences intersubjectives massivement et durablement discordantes, pendant la petite enfance, avec des relations d'attachement généralement insécures, mais pas absentes. Son existence et sa stabilité évoquent l'idée d'une période sensible pour le développement de l'intersubjectivité, alors qu'il ne semble pas en exister pour le développement de l'attachement. Ceci a conduit à la proposition, reprise dans le DSM-V, de deux catégories diagnostiques distinctes, plutôt que de deux formes du même diagnostic, à la suite de la validation des critères alternatifs (Zeanah *et al.*, 2010).

Les critères de ces deux diagnostics sont dus à Zeanah et Gleason, dans leur proposition reprise dans le DSM-V (2010, traduction Antoine Guedeney).

Le *Reactive Attachement Disorder of Early Chidhood* (RAD), trouble réactionnel de l'attachement de la petite enfance (TRAPE)

Il décrit un mode de comportement d'attachement nettement inadapté et inapproprié du point de vue du développement, manifeste avant l'âge de 5 ans, dans lequel l'enfant ne se tourne pas, ou très peu vers une figure d'attachement distincte, pour être réconforté, aidé, pour demander sa protection, et en être nourri. Le trouble apparaît comme un mode stable de comportement, inhibé, émotionnellement en retrait, dans lequel l'enfant ne dirige pas ou très rarement ses comportements d'attachement vers un adulte quelconque source de soins, et qui se manifeste de la façon suivante :

1. cherche rarement ou très peu de réconfort en cas de stress ;
2. répond très rarement ou très peu au réconfort donné en cas de stress.

A. Des troubles émotionnels et sociaux persistants caractérisés par au moins deux des critères suivants :

– manque relatif de réponse sociale et émotionnelle avec l'autre ;
– affects positifs limités ;
– épisodes d'irritabilité inexpliqués, de tristesse, ou de peur qui apparaissent lors d'interaction avec des *caregivers* adultes qui apparaissent sans danger pour l'enfant.

B. Ne remplit pas les critères d'un trouble du spectre autistique.

C. Attitude de soins carentielle, pathologique, avec un au moins des critères suivants :

– négligence persistante des besoins émotionnels de base de l'enfant de confort, de stimulation et d'affection (c'est-à-dire négligence) ;
– négligence persistante des besoins physiques de base de l'enfant ;
– changements répétés des personnes qui s'occupent de l'enfant (*caregivers*), ce qui empêche la formation de liens stables d'attachement – par exemple changements fréquents de famille d'accueil) ;
– l'enfant est élevé dans des conditions inhabituelles, comme par exemple en institution, avec un ratio élevé enfant/*caregiver* qui limite la possibilité de former des attachements sélectifs.

D. Il existe une présomption que le niveau des soins dans le critère C est responsable des troubles du comportement du critère A (c'est-à-dire les troubles dans le critère C se sont produits à la suite des soins négligents en critère C).

E. L'enfant a atteint un âge de développement d'au moins 9 mois.

Une précision importante est apportée par Zeanah en distinguant l'aspect symptomatique du RAD selon l'âge, et en décrivant l'évolution de la symptomatologie de la petite enfance (0-3 ans) à l'enfant plus âgé.

Évolution du RAD/TRAPE avec l'âge

- L'échec à différencier une figure d'attachement évolue en agressivité vis-à-vis de soi-même.
- L'absence de recherche de réconfort spécifiquement lors de la détresse évolue en absence de conscience de cette absence.
- L'absence de réponse au réconfort évolue en attitude semblant figée par la peur.
- L'absence de réciprocité sociale et émotionnelle évolue en fuite en courant quand on l'approche.
- Les difficultés de régulation émotionnelle évoluent en démonstrations d'affectivité fausses et en proximité/familiarité imprévisible.

RAD et autisme

Le critère C d'absence des critères diagnostiques du trouble envahissant du développement pour le RAD est intéressant, et c'est une nouveauté de cette catégorie diagnostique. Cependant, des troubles d'allure autistique mais qui n'en ont pas l'évolution, le plus souvent lente, ont été décrits dans les cohortes d'adoptés roumains (Rutter, O' Connor).

Le *Dishinhibited Social Engagement Disorder* ou trouble de l'engagement social désinhibé (TESD)

Le TESD (Zeanah et Gleason, 2012) a les critères suivants.

A. Un mode de comportement dans lequel l'enfant approche activement et interagit avec des adultes non familiers en montrant au moins deux des critères suivants :

1. absence ou réduction de la réticence à l'approche et à l'échange avec un adulte non familier ;
2. attitude ouvertement familière (violant les limites physiques et verbales des habitudes sociales usuelles) ;
3. absence ou diminution du comportement de référence sociale (*checking back*) vis-à-vis de l'adulte après s'être aventuré à distance, même dans des lieux non familiers ;
4. volonté de partir sans hésitation avec un adulte non familier.

B. Le comportement observé au point précédent n'est pas lié à l'impulsivité comme dans le TADAH mais comporte une désinhibition sociale.

C. Le trouble dans les soins apportés à l'enfant est évident dans au moins l'une de ces situations :

1. négligence persistante des besoins émotionnels de base de l'enfant de confort, de stimulation et d'affection (c'est-à-dire négligence) ;

2. négligence persistante des besoins physiques de base de l'enfant et de sa sécurité psychologique ;
3. punitions excessives constantes ou autres marques d'attitude parentale grossièrement inadaptée ;
4. changements répétés des personnes qui s'occupent de l'enfant (*caregivers*), ce qui empêche la formation de liens stables d'attachement – par exemple changements fréquents de famille d'accueil) ;
5. l'enfant est élevé dans des conditions inhabituelles, comme par exemple en institution, avec un ratio élevé enfant/*caregiver* qui limite la possibilité de former des attachements sélectifs.

Les signes du TESD peuvent être recueillis par l'Entretien des troubles de l'attachement (Smyke *et al.*, 2002), et par le Questionnaire de problèmes dans les relations de Minnis *et al.* (2007). Plusieurs études ont permis la validation de ces critères (Zeanah ; Minnis ; Rutter).

Le trouble réactionnel de l'attachement de la petite enfance (TRAPE) et le trouble de l'engagement social désinhibé (TESD) sont ainsi considérés actuellement comme deux troubles distincts.

Le tableau 7.1 en résume les points communs et les différences.

Tableau 7.1. TRAPE et TSED : points communs et différences.

Type du RAD	TRAPE/RAD	TESD/TSED
Étiologie	Carence et négligence	Carence et négligence, mais aussi syndrome de Williams Beuren
Enfant maltraité	Observable chez l'enfant maltraité	Observable chez l'enfant maltraité
Enfant élevé en institution	Observable chez les jeunes enfants élevés en institution	Observable chez certains des jeunes enfants élevés en institution
Enfants adoptés hors institution	Non observable	Observable chez une minorité d'enfants adoptés hors institution
Interactions avec l'adulte	Passifs, peu d'intérêt dans l'interaction à l'adulte	Veut interagir et approcher tous les adultes sans distinction
Attachement sélectif	TRAPE seulement chez les enfants carencés en attachement	TESD possible avec ou sans attachement
Qualité des soins	Lien direct	Pas de lien
Lien avec problèmes internalisés	Convergence modérée avec dépression	Pas de liens avec dépression
Lien avec problèmes externalispés	Pas de lien	Lien modéré avec inattention/ Hyperactivité Lien variable avec conduite agressive
Réponse à l'intervention	Très bonne réponse aux soins adaptés (*caregiving*)	Peu ou pas de réponse dans un milieu enrichi

Traduit et adapté de Zeanah CH, Smyke AT. Attachment Disorders And Severe Deprivation. *In :* Rutter M, Bishop D, Pine D, et al. (Eds.), *Rutter's Child And Adolescent Psychiatry*, London : Blackwell ; 2009. p. 906-15.

Notons que le TESD est fréquent, et qu'il peut être invoqué pour des enfants plus âgés que 3 ans, amenés en consultation pour des troubles du comportement, généralement agressifs, et qui montrent des difficultés marquées dans l'échange intersubjectif et dans l'empathie, et qui n'ont pour autant pas de signes d'attachement désorganisé.

Cette nouvelle catégorie diagnostique devrait donc permettre une reconnaissance et donc un usage beaucoup plus large du diagnostic de TESD, comme l'effet de carences graves d'attitude parentale, avec violations répétées et durables de l'intersubjectivité et comme étape possible vers un trouble du comportement établi, sans qu'il y ait eu séjour précoce et prolongé en institution. En revanche, on observe ce tableau chez des enfants ayant subi des placements multiples et répétés, du fait de carences et de maltraitances subies dans la famille. Notons que c'est bien de ce genre de trouble dont parlait Bowlby dans son article sur « 44 jeunes voleurs, leurs familles et leurs antécedents, 1943 », en insistant sur leur caractère « non affectif » (*affectionless thieves*), et donc sur leurs troubles de l'intersubjectivité.

Ces deux diagnostics relèvent donc des effets des carences et négligences, mais avec deux mécanismes différents : manque de relations d'attachement pour le RAD/TRAPE, violations répétées et massives de la synchronisation et donc de la subjectivation pour le TESD/TSED.

Les troubles de l'attachement

Devant les ambiguïtés concernant les étiologies des troubles de l'attachement, Zeanah et Boris (2000) ont proposé des critères alternatifs de troubles de l'attachement, basés sur les données de la recherche sur le développement et sur le comportement de l'enfant, plutôt que sur les circonstances étiologiques. Compte tenu de l'importance de l'attachement dans le début de la vie, une question essentielle consiste à savoir à quel point on définit la pathologie dans les troubles de l'attachement. Zeanah et al. (1993, p. 338) proposent que les problèmes d'attachement deviennent des troubles psychiques potentiels pour les jeunes enfants lorsque les émotions et les comportements manifestés dans le contexte relation d'attachement sont si troublés qu'ils indiquent, ou qu'ils augmentent substantiellement le risque d'une détresse permanente ou d'un handicap de l'enfant.

Les trois types de troubles de l'attachement

À partir de la description de Lieberman des troubles de la base de sécurité, Zeanah et Boris proposent ainsi trois grands types de troubles de l'attachement :

- les troubles de « l'absence d'attachement », décrits précédemment sous la forme du RAD ;
- les « distorsions de la base de sécurité », dans lesquels l'enfant entretient une relation d'attachement sérieusement altérée avec les parents ;
- les troubles issus de la « rupture de la relation d'attachement ».

Les troubles de la base de sécurité

Dans ce type de troubles, l'enfant montre un attachement préférentiel à une figure d'attachement, et les troubles sont spécifiques d'une relation donnée. Les quatre catégories de troubles de la base de sécurité suivants sont décrites par Zeanah.

Troubles de l'attachement avec mise en danger

La mise en danger va nettement à l'encontre du but de l'attachement, qui est précisément la sécurité et la survie. Les capacités de mobilité de l'enfant augmentent considérablement au cours de la deuxième année, et l'enfant doit maintenir l'équilibre entre son besoin d'exploration et son besoin de sécurité à la figure d'attachement. Dans ce type de trouble, l'enfant s'éloigne de la figure d'attachement sans en vérifier la présence et la proximité. Il s'engage dans des activités dangereuses, provocantes, pouvant s'accompagner d'agression contre lui-même ou contre le parent. La caractéristique du comportement est d'être spécifique d'une relation. La violence familiale, directement sur l'enfant ou à l'intérieur de la famille, semble être associée à ce comportement de mise en danger dans lequel l'enfant cherche l'attention et la protection d'un parent souvent inaccessible ou peu fiable.

Troubles de l'attachement avec accrochage et exploration inhibée

À l'autre extrémité du spectre clinique, ce type de troubles de l'attachement se manifeste par une inhibition de l'exploration. Cette inhibition n'est pas générale, mais spécifique de certaines situations, lorsque l'enfant est en présence de sa figure d'attachement, mais dans une situation inhabituelle, ou en présence d'un adulte qui n'est pas familier. Le fait que l'inhibition soit spécifique de la relation permet de faire la différence avec des aspects tempéramentaux.

Troubles de l'attachement avec vigilance et compliance excessives

L'enfant est alors hypervigilant, avec une restriction émotionnelle et une compliance exagérée aux demandes de son parent. L'enfant semble craindre par-dessus tout de déplaire aux parents. Ce mode a été souvent décrit comme celui de la « vigilance glacée » (Steele, 1983). Ceci évoque aussi le « regard radar » (*Radar Gaze*) dépeint dans le Kwashiorkor grave, et on se souvient des rapports décrits actuellement entre Kwashiorkor sévère et attachement désorganisé (Mc Carthyet True, Guedeney) Cette catégorie proposée par Zeanah est proche de la description de l'attachement désorganisé (type D). Elle s'associe à une relation marquée par l'abus et l'effroi.

Troubles de l'attachement avec renversement des rôles

Ici, l'enfant assure la charge émotionnelle de la relation intégrée inappropriée à son développement. Ce type de troubles s'associe avec un

contrôle de l'enfant sur le parent d'une façon soit punitive, soit avec une sollicitude excessive. Ce type de troubles est moins facile à reconnaître qu'on pourrait le penser, et il n'est pas non plus très facile de distinguer un mode adaptatif assez positif de ce qui serait un trouble manifeste. En effet, dans ce type de trouble, l'enfant est remarqué et valorisé. La difficulté clinique est de déterminer à quel point ce type de relation peut compromettre le développement de l'enfant (Byng-Hall ; Vuilliez-Coady).

Les ruptures du lien d'attachement

Ici, l'enfant subit la perte d'une figure d'attachement. Les critères de troubles sont ceux de la description de Robertson, dans sa description de jeunes enfants séparés brusquement de leurs parents pendant plusieurs jours ou plusieurs semaines, et qui développent la séquence bien connue de la protestation, du désespoir et du détachement. La perte d'une figure d'attachement dans cette période de la vie représente un changement si considérable qu'il est qualitativement différent d'une perte survenant à une autre période de la vie. La perte peut intervenir à travers la mort du parent ou par le changement successif de familles d'accueil.

Une question importante est celle de savoir si un attachement insécure antérieur à la perte offre plutôt une chance de résilience vis-à-vis des conséquences de la perte, ou au contraire, rend les enfants plus vulnérables, comme dans la description initiale de Spitz de la dépression anaclitique. Lieberman *et al.* ont décrit en détail la guidance interactive et le mode d'aide aux enfants qui perdent un parent dans la petite enfance, et la manière d'aider le parent survivant (Lieberman *et al.*, 2009, voir p. 252)

Diagnostic différentiel : TED et troubles de l'attachement

Il est particulièrement difficile de faire la différence entre des troubles de la relation et un trouble réactionnel de l'attachement. Zeanah suggère que le trouble de l'attachement doit inclure des difficultés profondes et permanentes dans le fait qu'un enfant reçoive du confort, de la réassurance et du support de la part d'un adulte qui soit une figure d'attachement distincte pour lui. Dans le cas où aucune figure d'attachement n'existe pour l'enfant, le diagnostic se pose avec celui d'un trouble envahissant du développement, ou avec un syndrome autistique.

Il existe peu d'études sur les façons de faire cette différence. Bien sûr, on peut rechercher une capacité normale à la relation sociale chez les enfants

porteurs d'un trouble réactionnel de l'attachement, par rapport au trouble envahissant du développement. On s'attend aussi à une évolution plutôt positive des troubles quand l'enfant atteint d'un trouble réactionnel de l'attachement est de nouveau élevé dans un contexte favorable, ou devant une évolution très positive pendant l'évaluation d'un trouble apparaissant d'abord comme un TED. Le trouble envahissant du développement s'accompagne de troubles spécifiques de la communication, du langage et des attitudes psychomotrices, mais les études chez les orphelins roumains et russes suggèrent que la distinction entre les troubles de l'attachement et les troubles envahissants du développement n'est pas toujours facile à faire. La différence n'est pas non plus simple à établir entre dépression précoce et trouble de l'attachement, ni avec les troubles anxieux précoces. Il existe aussi des points communs importants entre la sémiologie du syndrome post-traumatique précoce (ESPT) et celui du trouble réactif de l'attachement (Zeanah, 2000).

Ainsi a-t-on la description des troubles de l'attachement, sur une *échelle d'organisation décroissante*, qui va de l'absence de trouble avec un attachement sécure (type B), aux styles d'attachement insécures (types A et C), résistants et évitants (Zeanah, 2000). La pathologie commence, selon Zeanah, avec les troubles de la Base de Sécurité et se poursuit avec les troubles de la rupture du lien d'attachement. Enfin, le plus rare et le plus grave est l'absence d'attachement, sur le mode inhibé ou indiscriminé. Zeanah situe l'attachement désorganisé (type D), entre l'attachement insécure et les troubles de la base de sécurité, en particulier dans le trouble avec compliance et vigilance excessives.

Évaluation clinique du style d'attachement et des troubles de l'attachement

La situation étrange et le *Q-Sort* (Waters, 1987) sont des procédures assez complexes à mettre en œuvre, et ne peuvent être utilisés pour l'évaluation clinique quotidienne des troubles de l'attachement. Elles peuvent cependant être utiles en cas d'expertise, ou devant un tableau complexe. Cependant, on peut organiser une situation de séparation et de retrouvailles, avec jeu libre, changes, snack et rangement lors de consultations d'évaluation (Crowell). L'important est de se centrer sur les relations avec les figures d'attachement, plus que sur le comportement social en général. On peut ainsi observer les marques d'affection, la recherche de réconfort, d'aide de la part de l'adulte, la capacité d'exploration, le comportement de contrôle du parent, la réponse à la séparation et à la réunion. Au mieux, l'observation devrait être faite dans différents contextes. Un entretien semi-structuré spécifique existe pour diagnostiquer le TESD.

Conclusion

Les études concernant les troubles de l'attachement, leur sémiologie et leur pronostic sont encore rares. Elles vont dans le sens de la validité de l'individualisation de ces troubles par rapport aux troubles de la relation, par rapport au syndrome post-traumatique (ESPT) et par rapport aux troubles envahissants du développement (TED). La sémiologie s'exprime soit par une sociabilité indifférenciée, soit par une angoisse intense face à l'étranger. La place de l'attachement désorganisé dans ces troubles est croissante. La seconde révision de la DC 0-3R donnera sans doute une place spécifique aux Troubles de la base de sécurité comme facteur favorisant de certaines symptomatologies, comme les colères intenses isolées et la mise en danger.

Références

Bowlby J. Fourty-four juvenile thieves: Their characters and home-life. International journal of psychoanalitic. 1944; 25, 19-53 et 107-128 (Trad. française: Quarante-quatre jeunes voleurs: leur personnalité et leur vie familiale. La psychiatrie de l'enfant. 2006; 49.(1):7-123).

Crowell JA, Feldman SS, Ginsberg N. Assessment of mother-child interaction in preschoolers with behavior problems. Journal of the american academy of child and adolescent psychiatry 1988;27:303-11.

Goldfarb W. Psychological deprivation in infancy and subsequent stimulation. American journal of psychiatry 1945;102:18-33.

Minnis H, Marwick H, Arthur J, Mc Laughlin A. Reactive attachment disorder-a theoretical model beyond attachment. European child and adolescent psychiatry 2006;15:336-42.

Schofield G., Beek M. Attachment Handbook for Foster Care and Adoption. London: BAAF; 2006.(Trad. française: Guedeney A, Guedeney N. Guide de l'attachement en familles d'accueil et adoptives. La théorie en pratique. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2011.)

Zeanah CH, Gleason MM. Reactive attachment disorder: a review for DSM-V. American psychiatric association, 2010.

L'autisme infantile : dépistage et intervention précoces

Pour le clinicien, les choses se sont profondément modifiées depuis une dizaine d'années en matière d'autisme. Si la physiopathologie du trouble reste mystérieuse et complexe, avec sans doute une interaction gène/environnement, on en sait plus sur sa transmission génétique, son incidence, la sémiologie des modes de début, la possibilité de dépistage précoce dès 18 mois, la fréquence des troubles neurologiques et génétiques associés,

sur l'intérêt d'un traitement précoce, et même sur le pronostic, qui reste cependant hasardeux à préciser. Le suivi des prématurissimes montre un taux plus élevé chez eux de TED, ce qui confirme le caractère développemental du trouble autistique et plaide pour un effet gène/environnement dans son déclenchement. La mise en œuvre de traitements intensifs précoces semble améliorer un pronostic qui reste toujours difficile à donner.

Ce sous-chapitre se centre sur les modes de début, le diagnostic précoce et l'intervention précoce.

Dépistage précoce

Dans le domaine si controversé en France de l'autisme, l'intérêt d'un diagnostic aussi précoce que possible est l'un des rares points qui fassent consensus. Le diagnostic de l'autisme est possible avec le DSM-V et l'ICD-10 dès l'âge de 3 ans. Pourtant, ce n'est souvent qu'après 3-4 ans que les enfants suspectés de troubles autistiques sont vus par les services spécialisés.

Le dépistage précoce, entre 18 mois et deux ans, permet d'améliorer le pronostic ainsi que d'approfondir les connaissances touchant à la nosographie, l'étiologie, les formes cliniques et le diagnostic différentiel des troubles autistiques.

Quel que soit le motif des premières consultations, il apparaît que, la plupart du temps, il existait dès les premiers mois chez le bébé des signes évocateurs de trouble autistique qui ne sont interprétés en tant que tels qu'a posteriori. Près de la moitié des parents d'enfants autistes remarquent des différences chez leur enfant dans la première année, voire les premiers mois. Dans la première description de l'autisme infantile, Kanner (1943) n'avait pas recherché de manière systématique les signes initiaux de ses onze cas d'autisme, mais avait décelé un certain nombre de signes très précoces, repérables dès la première année de vie de l'enfant : un défaut d'attitude anticipatrice (dès 4 mois), d'ajustement postural (dès 4 mois), des troubles des conduites alimentaires et du comportement (une inactivité, un ralentissement, des comportements. Répétitifs, des peurs inhabituelles), un retrait/repli extrême « dès le début de la vie » et une indifférence au monde extérieur avec une apparence de surdité. Deux ordres d'anomalies dans le développement de l'enfant sont à considérer : un retard dans l'apparition des capacités plus ou moins précoce, plus ou moins important mais qui n'est pas spécifique à lui seul d'une pathologie autistique d'une part, et d'autre part, des atypies ou des déviances dans un ou plusieurs secteurs du développement.

Plus le nourrisson est jeune, plus il est difficile de mettre en évidence des signes qui seraient spécifiques, en particulier par rapport au retard mental. Aussi, la plupart de ces signes doivent être interprétés en fonction du niveau global de développement et ne prennent sens et signification que dans une

mise en situation sociale et interactive. Certains signes, cependant, sont plus caractéristiques mais inconstants (stéréotypies, automutilations) ou d'observation moins évidente (anomalies du regard, hypotonie et dystonie, faible réaction aux sons). Ainsi, il apparaît que ce sont surtout leur association, leur intensité et leur persistance au cours de l'évolution qui donnent à ces signes toute leur valeur, attirent l'attention et permettent d'évoquer le diagnostic (Adrien, Perrot, Sauvage, *et al.*, 1992). Sauvage, en 1986, fut le premier en France à attirer l'attention sur l'intérêt des films familiaux pour comprendre le mode de début. Sa description du bébé trop calme, indifférent, donnant l'apparence d'une surdité, dormant beaucoup est maintenant bien connue.

Les films familiaux d'enfants autistes

L'analyse de films familiaux apparaît aujourd'hui comme l'une des meilleures méthodes pour la connaissance des premiers signes d'autisme, car ils sont réalisés dans un contexte qui sollicite les capacités relationnelles du jeune enfant. Ils présentent l'intérêt particulier de fournir une connaissance de l'histoire naturelle de l'autisme, de visualiser l'évolution de l'enfant, et de déceler l'apparition des premiers signes pathologiques (Wendland *et al.*, 2010).

Les premières études réalisées grâce à ce support furent conduites aux États-Unis par Massie (1975). À travers la micro-analyse des comportements, Massie a pu montrer que, dès l'âge d'un mois, les enfants avec autisme avaient une activité moins importante et des particularités du contact visuel, du toucher, et de l'attachement. Sandra Maestro montre ainsi l'importance de la passivité, de l'irritabilité, de l'absence de réponse à la voix, de l'absence d'harmonisation affective, de jeu et d'interactions. Elle propose trois grands types de modes de début : *progressif*, *régressif ou fluctuant*.

Il est ainsi devenu habituel de demander aux parents les vidéos de leur bébé, et de les regarder avec eux. Pour autant, peut-on empêcher l'évolution vers l'autisme confirmé en intervenant dès le début de ces manifestations ? Certains le croient et ont mis en place des modalités d'observation thérapeutiques à domicile. Carel suggère la notion d'évitement relationnel (ERN) comme signal d'alarme et propose une grille d'évaluation pour dépister les troubles précoces à risque d'autisme. Ce concept lui paraît préférable à celui de pré-autisme.

Les études longitudinales des frères et sœurs d'autistes

L'étude récente de Sally Ozonoff a apporté des éléments décisifs sur le débat sur les modes d'entrée. Ozonoff a suivi depuis la naissance une cohorte de bébés nés dans des familles qui avaient déjà eu un enfant autiste, donc avec un risque

accru de survenue d'un nouveau cas. Cette étude longitudinale et contrôlée, comparée à une cohorte d'enfants nés dans des familles indemnes, montre que le mode de début le plus fréquent est un mode mixte, et que le plus rare est le mode dit typique, avec développement normal globalement jusque vers 18 mois et stagnation et régression ensuite. Elle observe que rien n'apparaît avant 6 mois et que les premiers signes concernent le regard. Son étude portant sur peu de cas devra être confirmée. Elle est cependant la base d'une intervention de guidance interactive et sociale précoce (Ozonoff *et al.*, 2010).

L'échelle d'« Évaluation des comportements autistiques-nourrisson » : ECAN

L'ECAN (Sauvage, 1988 ; Adrien, *et al.*, 1992) est destinée à l'évaluation des comportements autistiques du jeune enfant de 6 à 36 mois. Elle est constituée de 33 items, cotables de 0 à 4, selon l'intensité du trouble, allant de jamais (0) à continuellement (4) et sans avis (en l'absence du comportement dans les films). Les items sont regroupés en six catégories de « fonctions » :

1. socialisation ;
2. communication ;
3. adaptation à l'environnement ;
4. tact, tonus, motricité ;
5. réactions émotionnelles et instinctuelles ;
6. attention et perception. Cet outil est très utile pour asseoir le diagnostic de jeune enfant à risque autistique et pour suivre l'effet d'une intervention précoce.

Sémiologie autistique et sémiologie de la désorganisation de l'attachement

Willemsen-Swinkels et al. (2000) ont confirmé que l'on pouvait séparer la sémiologie du retrait autistique de celle, plus fluctuante, plus contextuelle et transitoire, liée à la désorganisation de l'attachement. Le TED et la désorganisation de l'attachement apparaissent donc comme deux dimensions différentes, et qui peuvent être associées. L'attachement et la sémiologie autistique sont bien différents mais peuvent donc s'associer, même s'ils ont des aspects grossièrement semblables (figement détournement, bizarrerie). Le RAD dans sa forme inhibée peut se présenter avec des aspects autistiques, mais qui évoluent plus vite qu'un autisme typique lorsque l'enfant est accueilli dans un milieu favorable. (Rutter, O' Connor ; Zeanah et Smike). Pour Rutter, 6 % d'un groupe de onze enfants adoptés roumains présentaient un autisme. Cependant, la sémiologie de ce syndrome autistique est particulière, avec des recherches intenses de sensations, surtout tactiles, et la symptomatologie autistique est beaucoup plus facilement mobilisable au cours de l'adoption ;

enfin, le sex-ratio est de 1 pour 1, alors qu'il est de 1 pour 4 dans l'autisme typique. C'est donc cette sémiologie de l'attachement qui semble expliquer des changements initiaux importants sous l'effet du traitement.

Les outils du dépistage précoce de l'autisme

Fondé sur la théorie de l'esprit, la Checklist for Autism in Toddlers (CHAT), proposé sur la base d'un trouble de la théorie de l'esprit chez les autistes est un questionnaire simple sur le comportement de l'enfant, qui s'associe à une période d'observation. Il explore la curiosité sociale, la capacité de faire semblant, l'attention conjointe, les capacités de communication sociales. Ces dimensions sont mélangées avec d'autres items non spécifiques concernant l'activité motrice, le jeu, l'activité. L'échec à plus de 2 des 4 dimensions pertinentes indique un risque d'autisme. La validation, avec plus de 30 000 enfants en Angleterre, et un diagnostic posé ou écarté à 3 ans, a montré une bonne sensibilité mais une faible spécificité (38 %). Cependant, la spécificité monte considérablement si on répète l'évaluation à un mois d'intervalle. Cette spécificité est meilleure en utilisant le M (pour *modified*)-CHAT américain, mais celui-ci est plus long et moins facile d'utilisation. La capacité du M-CHAT à dépister la pathologie autistique par rapport à celle du retard est elle aussi meilleure si on répète l'évaluation à 1 mois, ce qui semble donc être la méthode de choix d'un dépistage précoce.

Intervention précoce et autisme

La figure 7.2 ci-après résume les étapes de la décision dans un TED d'un jeune enfant.

Le dépistage précoce n'a de sens que s'il est relié à un réseau d'intervention d'aval. Une étude récente associant plusieurs Centres de ressources autisme (CRA) concernant l'autisme montre que le délai avant l'identification des premiers troubles et la date de la première consultation restent encore longs en France (Aussilloux). Basée sur 193 enfants vus dans 49 centres différents entre 1997 et 1998, cette étude montre une moyenne de 17 mois pour l'identification du premier trouble, et de 32 mois pour le premier avis spécialisé. Ce délai n'est pas lié au sexe de l'enfant, ni à son rang dans la fratrie, ni au niveau socioéconomique des parents ni, et cela est plus surprenant, avec l'intensité des signes autistiques. Le diagnostic apparaît plus précoce si le déficit cognitif est important, s'il existe une surdité ou un trouble neurologique associé. Le délai avant le diagnostic et surtout le début de l'intervention est donc encore important. Il peut bien sûr tenir aux craintes des parents de voir infliger à leur enfant un diagnostic aussi lourd de conséquences.

Cependant, surtout lorsqu'il s'agit d'un premier enfant, c'est la pathologie autistique même qui rend difficile sa reconnaissance, puisqu'il s'agit de repérer

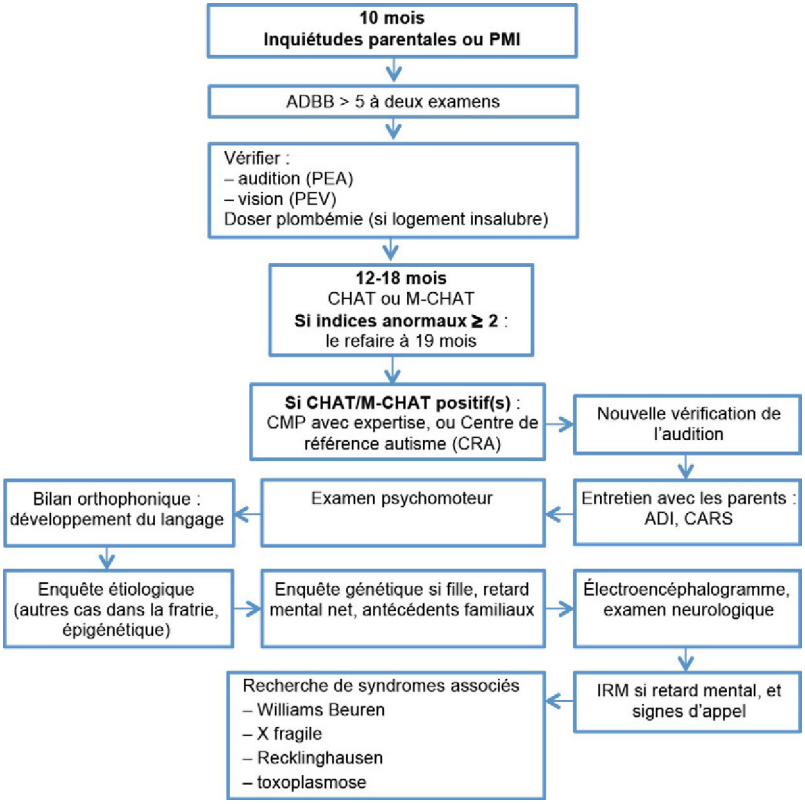

Figure 7.2. Arbre de décision TED - Diagnostic précoce.
PEA : potentiels évoqués auditifs ; PEV : potentiels évoqués visuels ; ADI : Autism Diagnostic Interview ; CARS : Childhood Autism Rating Scale

essentiellement un défaut d'interactions affectives, et de réactions à l'environnement social. Les médecins pédiatres ou généralistes peuvent être réticents à porter un tel diagnostic s'ils n'ont pas idée de l'intérêt d'une intervention précoce et des possibilités d'évolution, et s'ils ne sont pas reliés à un réseau actif de dépistage, d'évaluation et d'intervention. D'où l'importance de la représentation de l'autisme, de la connaissance de sa sémiologie, des éléments connus de son étiologie et de son traitement chez les professionnels de santé, si l'on veut que les outils de dépistage soient effectivement utilisés en pratique.

Références

Baron-Cohen S, Allen J, Gillberg C. Can autism be detected at 18 months? The needle, the haystack and the CHAT. British journal of psychiatry 1992;161:839-43.
Kanner L. Autistic disturbances of affective contact. Nervous child 1943;2:217-50.

Ozonoff S, Iosif AM, Baguio F, Cook IC, Moore Hill M, Hutman T, et al. A prospective study of the emergence of early behavioural signs of autism. Journal of the american academy of child and adolescence psychiatry 2010;49(3):256-66.

Robins DL, Fein D, Barton ML, Green JA. The modified checklist for autism in toddlers: An initial study investigating the early detection of autism and pervasive developmental disorders. Journal of Autism and Developmental Disorders 2001;31:131-44.

Rogé B, Chabrol H, Unsaldi I. Le dépistage précoce de l'autisme: quelle faisabilité ? Enfance 2009;61(1):27-40.

Wendland J, Gautier A-C, Wolff M, Brisson J, Adrien J-L. Retrait relationnel et signes précoces d'autisme: étude préliminaire à partir de films familiaux. Devenir 2010;22(1):51-72.

Willemsen-Swinkels S, Bakerman-Kranenburg M, Buitelaar J, Van Ijzen-doorn M, Van Engeland H. Insecure and disorganised attachment in children with a pervasive developmental disorder: relationship with socialinteraction and heart rate. J Child Psychol Psychiatry 2000;41:759-67.

Les troubles du développement du langage : évaluer le développement communicatif et langagier précoce

Les étapes du développement du langage et de la communication

Dès le troisième mois, le bébé imite une mélodie ou des sons émis par les proches, dès lors que ces sons appartiennent déjà à son répertoire. L'imitation vocale est un puissant levier du développement des vocalisations (Meltzoff, Tronick, Stern). Tous les bébés, même sourds ont un jasis initial, mais son développement dépend de la stimulation parentale. Vers 6 mois apparaissent les premières combinaisons consonnes/voyelles : ce sont les proto-syllabes. Un enfant dont le *babillage rudimentaire* n'évolue pas après un an (pas d'évolution en babillage canonique) doit donc attirer l'attention.

Le *babillage canonique* : de 5 à 10 mois est la période où l'enfant commence à produire des syllabes bien formées (Bababa, papapa, topoca,). Ces séquences évoquent un jazz primitif. Vers 6-8 mois, on voit apparaître les traits prosodiques spécifiques de la langue maternelle. L'apparition de cette prosodie est un élément prédictif fiable d'un bon développement du langage.

Le *babillage mixte* s'observe entre 9 et 18 mois : avec les premiers mots, c'est un proto-langage qui s'organise. L'enfant désigne un objet par le pointage ; il utilise de plus en plus le geste et les différences d'intonation pour donner sens à ses proto-mots. Avant un an, les mots commencent à être produits et compris.

L'apparition de la première proto-phrase est essentielle : c'est bien une étape majeure qu'il faut systématiquement repérer et rechercher dans une anamnèse. Sa présence rassure sur l'efficacité du processus de développement de l'usage du symbole dans le langage, et elle doit apparaître, quelles que soient les cultures, vers 18-20 mois et au plus tard vers 24 mois. À 20-24 mois, la compréhension verbale reste bien supérieure à l'expression.

Puis le stock lexical se développe de façon exponentielle. Le « je » apparaît vers 3 ans, indice majeur du développement du sens de soi, et absent à cet âge chez la plupart des enfants atteints de TED.

Les troubles du langage n'ont pas de valeur univoque : ils peuvent relever de diverses pathologies comme la déficience mentale, la surdité ou les TED. Ils peuvent être isolés, premiers et spécifiques, et ils sont appelés alors instrumentaux. Des investigations spécifiques et un diagnostic différentiel sont alors essentiels pour l'orientation thérapeutique.

Étant donné les conséquences durables sur le plan social et scolaire des difficultés langagières des enfants, il est indispensable de chercher à en repérer précocement les signes d'appel, afin de mettre en place un suivi et si besoin une prise en charge adaptée (orthophonie). Le souci d'agir le plus tôt possible sur le retard ou les troubles de la communication et/ou du langage a conduit différentes catégories de professionnels de l'enfance (orthophonistes, médecins scolaires, psychologues enseignants) à concevoir des outils divers pour des objectifs, des cadres et des utilisateurs variés. Ce sont les outils de dépistage/repérages qui permettent d'identifier les enfants présentant des risques de difficultés de développement langagier.

Soulignons une difficulté importante inhérente à la tranche d'âge 0-3 ans et qui concerne l'importance de la variabilité interindividuelle : celle-ci peut masquer les caractéristiques développementales, ou faire apparaître comme à risque un enfant qui se situe à l'extrémité de la courbe. De même, la rapidité du développement à cet âge ne permet pas de différencier facilement un trouble de langage spécifique d'un retard de développement global, et encore moins de poser un diagnostic de certitude. D'où l'importance de connaître et d'utiliser les outils de dépistage adaptés à l'âge.

L'environnement constitue un facteur déterminant dans la dynamique du développement du langage : l'environnement langagier de la famille est ainsi un point important à évaluer. En effet, la qualité du développement du langage du jeune enfant est liée à la qualité et à la fréquence du bain de langage dans lequel il baigne. Une attention particulière doit être portée aux situations de bilinguisme ou multilinguisme qui ont un impact sur l'émergence et le développement du langage. Le bilinguisme précoce peut être un facteur favorable au

développement de l'enfant (flexibilité mentale, capacités attentionnelles, compétences métalinguistiques), mais parfois aussi un désavantage comportant des risques de confusion et de difficultés pour l'enfant. Comme le montrent les travaux de Francine Couëtoux, la reconnaissance de la langue et de la culture d'origine est importante pour le développement affectif et identitaire de l'enfant, tout comme pour la relation parent-enfant (Couëtoux *et al.*, 2010). Ainsi, certains parents récemment émigrés peuvent maîtriser mal la langue du pays d'accueil, présentant alors une inhibition et parlant peu à leur enfant, dans le souhait que l'enfant apprenne plutôt la langue du pays d'accueil dans un souci d'intégration. Ailleurs, le couple de parents peut exclure l'enfant de leurs échanges qui se déroulent dans la langue de leur pays d'origine, parfois dévalorisée. Ou les parents peuvent utiliser leur première langue seulement pour exprimer des émotions négatives (colère, réprimandes).

Notons là encore que la prématurité apporte un risque accru de troubles du langage, même en l'absence de troubles auditifs (Jarreau, 2010). Parmi les indices les plus pertinents pour apprécier le bon développement du langage, on peut retenir :

- la diversité lexicale ;
- la production (le nombre total de mots) ;
- la longueur moyenne de l'énoncé (indice de maturité syntaxique) ;
- l'utilisation des pronoms sujets, des déterminants marqueurs du nom, des prépositions ;
- le début de l'accord du verbe.

Plusieurs études montrent la valeur prédictive de ces indices précoces sur le développement ultérieur du langage.

Le recueil des données relatives aux compétences communicatives et langagières de l'enfant peut être fait de façon directe ou indirecte. Le choix parmi les différents outils disponibles peut se faire sur la base de ceux qui sont connus et/ou disponibles localement, mais aussi en fonction du cadre de l'examen (école, consultation), de la spécificité professionnelle de l'évaluateur (enseignant, professionnel de santé) et des contraintes éventuelles (temps de passation).

Évaluation des troubles du langage

Nous ne citerons qu'un seul test de dépistage du comportement verbal du jeune enfant, l'EVALO-6. On se reportera à Tourrette et Guedeney (2012), pour une description plus précise des différents tests et échelles de communication et de langage.

L'EVALO-6 est une batterie d'épreuves pour l'évaluation du langage oral des enfants de 2 à 6 ans, mise au point par des orthophonistes en collaboration avec des psychologues, à destination des orthophonistes.

Il existe deux versions : une forme « Petits » (2 ans et 3 mois à 4 ans et 3 mois) et une forme « Grands » (4 ans et 3 mois à 6 ans et 3 mois), certaines épreuves étant communes, ainsi qu'une version courte utilisable pour un examen de première intention. L'EVALO-6 est ainsi l'outil de référence pour une évaluation d'un trouble du langage d'un jeune enfant dans un bilan d'orthophonie.

L'EVALO BéBé est la version pour l'enfant de moins de 30 mois. Il s'agit d'un outil de repérage précoce par et pour les orthophonistes, qui cible essentiellement les enfants de moins de 3 ans, mais aussi les enfants plus âgés avec peu ou pas de langage, ainsi que les jeunes enfants en situation de handicap. Cette batterie ne permet pas de poser un diagnostic orthophonique, mais sert plutôt à étayer la démarche d'observation/évaluation de l'orthophoniste et pourra déboucher sur une prise en charge orthophonique et la mise en place d'un accompagnement parental adapté.

Références

Couëtoux F, Wendland J, Aidane E, Rabain D, Plaza M, Lecuyer R. Bilinguisme, plurilinguisme et petite enfance. Intérêt de la prise en compte du contexte linguistique dans l'évaluation et le soin des difficultés de développement précoce. Devenir 2010;4:293-307.

Coquet, Ferrand, Roustit. Évaluation du langage oral chez l'enfant de 2 ans 3 mois à 6 ans 3 mois. Ortho Editions et EVALO BéBé; 2009.

Coquet, Ferrand, Roustit. Évaluation du développement du langage oral chez l'enfant de moins de 30 mois. Ortho éditions; 2010.

Jarreau PH. Le devenir de l'enfant prématuré. La revue du praticien 2012;62:361-77.

Pinker S. The Language Instinct. New York: Harper Perennial Modern Classics; 1994. (Trad. française: Desjeux MF. L'instinct du langage. Paris: Odile Jacob; 2008.) (Le livre du développement du langage.)

Thibault C, Pitrou M. L'aide-mémoire des troubles du langage et de la communication. L'orthophonie à tous les âges de la vie. Paris: Dunod; 2012.

Les troubles du sommeil

La maturation du système de veille-sommeil et la consolidation du sommeil nocturne sont des mécanismes précoces essentiels dans la petite enfance. Ce processus est très dépendant du contexte psycho-social et relationnel de l'enfant. Il a en retour un impact significatif sur le fonctionnement neurocomportemental et émotionnel de l'enfant, et sur celui des parents. Les troubles du sommeil durables ont un impact certain sur la qualité de vie des parents et le fonctionnement familial. Il est ainsi très important pour les professionnels de connaître les facteurs qui pourraient faciliter ou gêner le sommeil de l'enfant, et d'être sensibles à l'impact qu'un sommeil insuffisant

ou de mauvaise qualité peut avoir sur son développement. Les troubles du développement du sommeil sont fréquents et, semble-t-il, de plus en plus.

Vingt à trente pour cent des enfants sont considérés comme de mauvais dormeurs pendant les trois premières années de leur vie. Les difficultés de sommeil sont précocement identifiables, et constituent une des raisons les plus fréquentes de consultation.

L'évolution du rythme veille/sommeil

On peut étudier le sommeil chez le nourrisson et les jeunes enfants à l'aide d'enregistrement EEG, avec la polysomnographie du mouvement pendant le sommeil (l'actigraphie), les mesures ambulatoires des niveaux d'activité pendant la veille, et enfin les questionnaires parentaux.

Initialement rythmé par l'alimentation, le rythme veille-sommeil du bébé se marque par un accroissement progressif du sommeil nocturne : le bébé « fait ses nuits », le plus souvent vers 4-6 mois, mais avec de grandes variations individuelles, avec un intervalle très large entre 2 et 9 mois. L'étude longitudinale de Londres dans les années 60 a montré que l'âge moyen de l'établissement du rythme nycthéméral était de 6 mois, avec une période sensible de un an : en effet, les troubles de l'établissement du rythme nycthéméral du sommeil ont du mal à céder après cet âge. La tendance à la persistance des troubles du sommeil est la seconde caractéristique importante tirée de l'étude de Londres (Moore et Ucko, 1957). Enfin, l'existence d'un trouble du sommeil précoce accroit nettement le risque de troubles ultérieurs de l'axe I. Un trouble du sommeil est donc un facteur risque clair de psychopathologie ultérieure.

Variation individuelle, symptôme ou trouble ?

Il est important de ne pas assimiler automatiquement les troubles du sommeil précoces à des troubles de la relation parent-bébé. Certes, les troubles de la relation sont bien la cause la plus fréquente de troubles du sommeil du jeune enfant, mais ils ne sont pas la seule. De plus, il est important de rechercher systématiquement une participation de l'enfant à ces troubles : il peut s'agir de troubles organiques (ORL, reflux gastro-œsophagien, douleur d'autre origine), génétiques (troubles du rythme veille/sommeil et de la sécrétion de mélatonine, syndrome de Smith-Magenis voir p. 234), ou d'un trouble du développement comme l'autisme (qui se traduit parfois par la grande insomnie calme d'un nourrisson sans curiosité pour la relation), ou encore un trouble tempéramental de la régulation sensorielle. On inscrira donc les troubles du comportement du sommeil dans l'axe I, avec éventuellement sa cause (autisme, syndrome de Smith-Magenis, trouble de la régulation de de l'intégration sensorielle, trouble organique), et on décrira les éventuels

troubles de la relation parent-enfant en axe II de la classification spécifique du jeune enfant DC 0-3R (voir p. 106). Rappelons que le trouble du sommeil (500) comprend deux catégories dans la DC 0-3R (2005) :

510. trouble de l'endormissement (proto-dyssomnie) **(F 51-0 en ICD-10)** ;
520. réveils nocturnes (proto-dyssomnie) **(F 51-8 en ICD-10)**.

Les différents aspects symptomatiques

Devant une demande d'aide pour des troubles du sommeil, il est important d'évaluer la qualité du sommeil dans toutes ses dimensions. En effet, on explore tout d'abord un éventuel trouble du sommeil en fonction du moment de survenue des difficultés. Ainsi on retrouve principalement :

• *des troubles de l'endormissement* : on parle de durée d'endormissement allongée quand elle dépasse 20 minutes ;

• *des troubles de la durée du sommeil* : la durée du sommeil évolue rapidement avec l'âge, et elle dépend aussi beaucoup des susceptibilités individuelles. On se base sur la durée moyenne par 24 heures en fonction de l'âge, de 0 à 2 mois (16-17 h en moyenne), de 2 à 6 mois (15-16 h en moyenne), de 6 à 12 mois ensuite (14-15 h en moyenne) (Thirion et Challamel, 2011) ;

• *des réveils nocturnes* : les bébés se réveillent comme les adultes à la fin d'un cycle de 90 minutes, mais on compte comme réveil effectif un épisode avec cris et agitation. Un trouble avec réveils nocturnes est défini par la présence de plus de deux à trois réveils par nuits, deux à trois jours par semaine.

• *des rythmies du sommeil* : il s'agit d'activités physiques pendant la phase de sommeil profond au cours de laquelle elle est normalement limitée aux yeux. Le bébé se met à quatre pattes dans son berceau et fait le « petit cheval », réveillant les parents par le bruit du berceau cognant le mur. Le bruxisme n'apparaît lui qu'avec la dentition ; le somnambulisme débute vers an, après l'âge de la marche. Les rythmies du sommeil sont surtout développementales, liées à l'architecture du sommeil et beaucoup moins liées que les autres aspects symptomatiques (endormissement, réveils) aux relations parent-enfant, auxquels ils peuvent être cependant associés.

Les troubles du sommeil symptomatiques ou associés à un autre trouble précoce

Évaluer un trouble du sommeil c'est également rechercher une cause organique sous-jacente et/ou la présence d'un autre trouble précoce. Les troubles ORL (végétations, rhinites) sont les premiers à écarter lors de troubles du sommeil, surtout en cas de réveils nocturnes isolés ; on recherche si l'enfant ronfle en respirant ; on recherche aussi une cause de douleur nocturne et en premier lieu le reflux gastro-œsophagien qui peut réveiller un bébé peu après son endormissement. Ces troubles physiques

sont des causes favorisantes de la mort subite inexpliquée du nourrisson (MSIN), et donc à traiter en priorité.

Les autres troubles pouvant s'associer à des troubles du sommeil sont l'autisme, les troubles de l'attachement (carences, abandon), mais également le syndrome de Smith-Magenis (associant retard de développement, troubles du comportement et troubles du sommeil avec décalage de cycle). Les troubles du sommeil au début de l'autisme sont caractérisés par une grande insomnie calme, qui n'est cependant pas la plus fréquente. Le syndrome de Smith-Magenis est dû à une anomalie génétique qui altère le métabolisme de la mélatonine (voir p. 234).

Les difficultés de sommeil sont très fréquemment liées au stress et aux traumatismes chez le bébé. La plus fréquente de ces situations est celle de la séparation, trop brusque ou trop prolongée, d'avec la figure d'attachement et qui se traduit par des perturbations du sommeil. Ceci est fréquemment observé lors des gardes partagées imposées à de jeunes enfants, qui montrent alors leur détresse lors de la séparation et plus encore aux retrouvailles. Ailleurs, le stress conduit le bébé à chercher refuge dans le sommeil, pour échapper à des relations désorganisantes, par exemple lors de situations de maltraitance, négligence, conflits et violence intrafamiliale, ou en présence de psychopathologie parentale. La recherche d'un conflit conjugal ou de l'exposition du bébé à des scènes violentes doit donc être recherchée systématiquement lors d'un trouble du sommeil persistant.

Impact des facteurs psychosociaux sur le sommeil de l'enfant

Les caractéristiques parentales comme la personnalité, la psychopathologie, l'emploi des parents et leur niveau d'éducation ont démontré leur association avec les difficultés de sommeil dans la petite enfance. On a bien montré en particulier que les interactions parents-enfant au moment du coucher étaient en lien direct avec la qualité du sommeil de l'enfant. Le bébé ne s'endort bien que seul, et rassuré, mais le rassurer hors de propos et être trop présent physiquement à son coucher le gène pour s'endormir. Zuckerman a montré que la fréquence des réveils nocturnes dans la première année était directement proportionnelle au temps passé dans les bras des parents lors de l'endormissement. Ceci est assez logique : la prise dans les bras est le moyen le plus puissant de rassurer un bébé, lequel va vite associer la prise dans les bras avec l'idée d'un danger potentiel (anxiété parentale liée à la peur de la MSIN, de laisser l'enfant seul dans le noir). De fait, le danger réside parfois dans la crainte de séparation d'avec le bébé pour le parent, qui se rassure en fait lui-même, et ce faisant inquiète le bébé.

Le bébé a besoin d'un cadre ferme et sûr, qui lui permette de s'organiser par lui-même, en privilégiant ses besoins d'attachement. Le bébé ne s'endormira que s'il est repu sur le plan physique et surtout psychologique, et s'il se sent en sécurité. Un jeune enfant qui passe trop de temps en crèche, loin de ses figures d'attachement, ou trop de temps devant des dessins animés, ne voudra pas s'endormir avant d'avoir reçu ce dont il a besoin du point de vue relationnel et affectif. Nombre de bébés attendent en fait un parent qui rentre tard avant de pouvoir s'endormir. Il faut d'abord avoir été suffisamment bien ensemble pour pouvoir ensuite se séparer… De même, il sera difficile pour l'enfant de s'abandonner au sommeil si le moment du coucher a été précédé d'un climat conflictuel, de contrainte, sans apaisement possible.

C'est donc bien dans le déroulement de la journée qu'il faut chercher la cause des troubles de la nuit. Les causes des troubles de l'endormissement sont en général différentes de celles du réveil ou de la durée trop brève du sommeil. Quant aux rythmies, elles sont plus un trouble de survenue des phases du sommeil ; elles peuvent cependant avoir des conséquences sur la sécurité du jeune enfant.

La question du sommeil partagé chez les jeunes enfants (le *co-sleeping* : faut-il ou non dormir avec son bébé ?) a reçu beaucoup d'attention, surtout aux États-Unis. Le sommeil partagé peut représenter un choix culturellement acceptable, et aussi une réponse aux difficultés de sommeil de l'enfant. Dans la plupart des études, les chercheurs ont associé le sommeil partagé à des épisodes de réveil nocturne plus fréquents et à des plaintes par rapport au sommeil, bien que l'association entre le sommeil partagé et les problèmes de sommeil semble dépendre surtout de facteurs socioculturels. Le risque, assez réel, que les très jeunes bébés soient étouffés ou blessés dans le lit de leurs parents constitue un des inconvénients les plus graves du sommeil partagé. Ce risque est plus élevé pour des parents obèses. Cependant, il ne faut pas méconnaître le risque inverse qui consiste à faire dormir un bébé trop loin de ses parents, même en utilisant éventuellement un dispositif sonore ou vidéo d'appel et de surveillance. La vigilance d'un parent au début de la vie du bébé est parfaitement justifiée, avant que le bébé ait fait montre de ses capacités d'autorégulation physiologiques.

Enfin, la présence du bébé peut mettre à mal l'équilibre intime du couple. Un certain nombre de troubles du sommeil sont ainsi liés à l'utilisation du bébé comme « tampon » entre les parents.

Le trouble du sommeil peut encore être lié à une psychopathologie parentale (trouble de la sensibilité maternelle liée à une dépression postnatale ou à un trouble schizophrénique ou borderline). Il peut aussi arriver que les besoins d'attachement du bébé réveillent ceux des parents qui ont eu une petite enfance troublée sur le plan de l'attachement (Fantômes dans la chambre d'enfants). La thérapie parent-bébé va alors identifier ces fantômes et soulager parents et enfant (Daws ; Fraiberg, Debray).

Effets à terme des troubles du sommeil

Le sommeil insuffisant ou de mauvaise qualité compromet la vigilance et le fonctionnement physiologique, et entraîne des déficits cognitifs et des troubles attentionnels. La recherche sur le sujet chez les jeunes enfants est encore très limitée et de nature principalement corrélationnelle plus qu'étiologique. On a ainsi associé la mauvaise qualité du sommeil à des tempéraments difficiles, mais sans que ceci ne soit confirmé. Une étude récente effectuée a montré qu'un sommeil fragmenté était prédictif d'une adaptation moins bonne à l'entrée en maternelle.

Les interventions efficaces sur les problèmes de sommeil du jeune enfant

De nombreuses études démontrent l'efficacité des approches comportementales et psychoéducatives des parents pour prévenir et traiter les problèmes de sommeil chez les jeunes enfants. Un trouble installé du sommeil d'un jeune enfant peut être également l'effet d'une désorganisation familiale. L'abord familial, systémique, peut être alors indiqué (Berger). Les programmes de prévention centrés sur la guidance des parents qui attendent un enfant ou ceux qui ont de très jeunes bébés ont montré une diminution des cas de problèmes de sommeil. De plus, un sondage a démontré que nombre de parents utilisent efficacement l'information disponible dans les médias pour régler les problèmes de sommeil de leurs enfants.

Il est important de noter que le succès de ces programmes d'intervention s'accompagne d'effets positifs sur la famille. Les parents rapportent une amélioration du sentiment de compétence et une diminution du niveau de stress à la suite de telles interventions. La réaction de certains parents porteurs de troubles psychopathologiques importants peut être très violente en cas de troubles du sommeil du bébé et conduire à des abus (syndrome du bébé secoué). Rappelons que les problèmes de sommeil pendant la petite enfance sont très persistants s'ils ne sont pas traités. En conséquence, le dépistage précoce et les interventions pour problèmes de sommeil chez les jeunes enfants devraient faire partie intégrante de l'examen en PMI et chez le médecin dans la première année.

Traitements pharmacologiques

La prescription de somnifères au bébé est tout à fait contre-indiquée, et elle est le plus souvent inefficace. Les hypnotiques neuroleptiques de type Melleril© peuvent donner lieu à des dyskinésies tardives, qui peuvent être confondues avec des signes neurologiques d'une tumeur cérébrale, ou d'une méningite, et qui troublent gravement la vigilance du bébé. Les

benzodiazépines peuvent avoir un effet déstructurant chez un très jeune enfant du fait des troubles mnésiques lacunaires qu'ils provoquent. Dans des circonstances rares, la prescription d'antihistaminiques (Nopron®) peut être utile en de facilitant l'autorégulation d'un bébé très irritable et son entrée dans le sommeil, mais elle est faite surtout pour aider des parents fragiles, irritables et impulsifs à supporter ce temps d'endormissement. On peut aider les parents à se soutenir et à améliorer leur propre sommeil pour diminuer leur stress. La mélatonine retard est le traitement de choix du syndrome de Smith Magenis. La mélatonine est également très utile en première intention dans les troubles du sommeil chez les enfants ayant un syndrome autistique. Les nouveaux neuroleptiques types Risperdal® peuvent être utiles pour diminuer les troubles de l'endormissement des jeunes enfants avec agitation et retard mental, mais à partir de 4-5 ans seulement.

Références

Benoit D, Zeanah CH, Boucher C, Minde KK. Sleep disorders in early childhood: association with insecure maternal attachment. Journal of the american academy of child and adolescent psychiatry 1992;31(1):86-93.

Berger M, Tamet JY, BLanchon Y. Thérapie familiale d'un nourrisson présentant une insomnie grave. Genève:Thérapie familiale 1983;4(3):297-306.

Berry Brazelton T. Points forts. In: Pernoud L, editor. De la naissance à 3 ans, tome 1. Paris: Stock; 1993. (La base de la prévention précoce.)

Breil F, et al. Les troubles du sommeil du bébé et du jeune enfant: revue de la littérature et analyse psychodynamique. Devenir 2010;22(2):133-62.

Cramer B, Palacio-Espasa F. La pratique des psychothérapies mère-bébé: études cliniques et techniques. Paris: PUF; 1993. (La technique et l'évaluation des thérapies brèves mère bébé par l'école de Genève.)

Fraiberg S. Fantômes dans la chambre d'enfants. Paris : PUF; 1999.

Clinical Studies Infant Mental Health. The first year of life. Harper Collins, 1989.

Guedeney A, Kreisler L. Sleep disorders in the first 18 months of lif: hypothesis on the role of mother-child emotional exchanges. Infant mental health journal 1987;8(3):307-18.

Le Heuzey MF, Jacq-Aigrain E. Les médicaments des troubles du sommeil de l'enfant. Archives de pédiatrie 2002;9(Suppl 2):187-9.

De Leersnyder H. Troubles du sommeil dans les maladies graves: l'accompagnement des enfants et des familles. Médecine et Enfance 1999;311-4.

Minde K, Popiell K. The evaluation and treatment of sleep disturbances in young children. Journal of child psychology and psychiatry 1993;34(4):521-33.

Moore T, Ucko LE. Night waking in early infancy. Archives of diseases of childhood 1957;32:333-42.

Stoléru S, Nottelmann ED, Belmont B, Ronsaville D. Sleep problems in children of affectively ill mothers. Journal of child psychology and psychiatry 1997;38(7):831-41.

Thirion M, Challamel M-J. Le sommeil, le rêve et l'enfant. Paris : Albin Michel; 2011.

Zuckerman B, Stevenson J, Bailly V. Sleep problems in early childhood: continuities, predictive factor and behavioural correlates. Pediatrics 1987;80(5):664-71.

Les troubles du comportement alimentaire du jeune enfant (TCA)

Le diagnostic de trouble du comportement alimentaire, dont les symptômes peuvent se manifester à différentes étapes de la première et de la petite enfance, peut être envisagé lorsqu'un bébé ou un jeune enfant rencontre des difficultés dans l'établissement de modes réguliers d'alimentation, c'est-à-dire lorsqu'il ne parvient pas à réguler ses conduites alimentaires en fonction de sa sensation physiologique de faim ou de satiété.

Comme pour les troubles du sommeil, il est important d'évoquer ce diagnostic dès lors qu'existe une symptomatologie persistante, quels que soient les retentissements sur la croissance, et sans anticiper des causes du symptôme, qu'elles soient relationnelles, liées au bébé et à d'éventuelles difficultés de régulation, ou mixtes.

Devant un TCA du nourrisson, l'observation d'un repas est essentielle pour chercher la cause et le type du trouble. Ce temps d'observation est aussi le premier temps de l'intervention. Les troubles alimentaires du nourrisson traduisent souvent une désysinchronisation majeure et durable des interactions précoces, avec un défaut de réparation. La vidéo d'un repas permettra de mettre en évidence ces ratés répétés de synchronisation, et donne souvent le mécanisme du trouble. Cela permet surtout aux parents de réaliser eux-mêmes leurs erreurs d'interprétation des signaux de l'enfant, et ainsi d'en rechercher les raisons en eux-mêmes, dans leur propre expérience avec l'alimentation ou avec leurs parents. Mais comme pour les autres troubles dits fonctionnels, il faut éviter de sauter aux conclusions et d'affirmer que le trouble des relations est premier, sans avoir cherché une cause favorisante chez le bébé, ou dans l'histoire du développement.

Les troubles alimentaires du bébé suscitent une anxiété majeure chez les parents, et réalisent une atteinte narcissique importante. Manger est vital et renvoie donc à la peur de la mort, alors que le refus de manger peut être perçu comme un rejet du parent, de l'amour parental. Ils sont une cause relativement fréquente de demande d'avis et de soins. Dans la mesure où ils renvoient les parents à leurs expériences précoces d'insécurité, de carence ou d'intrusion et de leur capacité de transmission, ils tendent aussi à être minimisés et gardés secrets, car vécus comme étant trop intimes pour être exposés.

Physiologie du développement du comportement alimentaire

Le comportement d'alimentation, au sein ou au biberon, est mature à la naissance, mais seulement chez les bébés à terme et sans hypotrophie. Les réflexes archaïques sont en place dès la naissance et facilitent l'alimentation.

Le carrefour œsophagien est certes fonctionnel dès avant la naissance, mais sa coordination est complexe, avec la possibilité de fausses routes faciles. Manger n'a rien de facile pour un bébé, même né à terme et sans complications : c'est toujours un effort d'adaptation, de synchronisation et de contrôle. Il suffit de voir l'état d'épuisement d'un nouveau-né après une tétée réussie. L'alimentation peut aisément donner lieu à une fausse route et à une sensation d'étouffement, voire à un syndrome post-traumatique qui va dès lors gêner considérablement l'alimentation ultérieure. Le dispositif des phéromones apaisantes, spécifiques de chaque espèce de mammifère, et secrétées dans les deux sexes humains par l'aréole du sein et le sillon intermammaire permet de réduire le stress de l'alimentation et de la faciliter. C'est ce qui fait le succès de la méthode dite « kangourou » d'élevage des prématurés, calés entre les seins de la mère ou de la nourrice.

L'alimentation est déclenchée par la faim, et cesse à la satiété. Chez le très jeune enfant, la faim est sans doute ressentie de façon intense et négative, avant que le bébé ne commence à anticiper la satisfaction, et la satiété intervient d'un coup, à réplétion complète. Souvent alors le bébé s'endort, plus du fait de l'épuisement que de la satiété. Mais très vite, la relation infiltre ce comportement, et la satisfaction des besoins relationnels prime sur la faim : très tôt, le bébé est capable de résister à la faim, de picorer, de résister passivement et activement à une intrusion ou à l'introduction d'un aliment dur, de régurgiter, voire de ruminer de façon active.

Psychopathologie des TCA précoces

La dimension la plus importante pour réussir l'alimentation est la synchronisation du comportement du parent avec celui du bébé pendant l'alimentation, en respectant son rythme (son rythme propre, ses goûts, ses sensibilités, ses pauses, son désir de jouer, de manipuler), ses goûts et préférences. Il est également important que les erreurs dans l'interprétation des signaux soient identifiées et réparées. Que l'alimentation se déroule au sein ou au biberon, il est important que le parent garde son calme, alors que le bébé témoigne de sa détresse du fait de la faim et s'agite. L'alimentation nécessite toute la présence et l'attention des parents, surtout au début, pour arriver à se synchroniser avec le bébé, et saisir ses caractéristiques tempéramentales. On l'a vu, le système biologique des phéromones facilite l'apaisement du bébé au sein.

Dans la suite du développement, l'alimentation peut être souvent influencée par diverses étapes. Ainsi, vers 6 mois l'enfant est fasciné par les objets et aime souvent jouer avec la nourriture et l'explorer avant de la manger. Ceci va demander patience et tolérance de la part du parent. Certains parents anxieux, contrôlants ou obsessionnels auront du mal à laisser cette étape d'exploration et de jeu se dérouler, sans comprendre qu'elle conditionne le fait

que l'alimentation devienne un plaisir. Vers 9-12 mois, l'apprentissage de la station debout, puis de la marche mobilise intensément le bébé, et manger devient alors secondaire. Là encore, la patience des parents est mise à contribution. L'attitude des parents vis-à-vis de l'alimentation dépend aussi de ce qu'ils ont vécu sur ce plan dans leur propre enfance, comme de leur éventuelle psychopathologie actuelle et passée (en particulier les antécédents de troubles alimentaires), et donc de ce qu'ils veulent transmettre ou éviter de transmettre à l'enfant à propos de l'alimentation. L'alimentation est en effet un élément important de la culture spécifique à chaque famille, et un véhicule majeur de la transmission familiale et sociale.

Incidence des TCA

Les symptômes alimentaires du jeune enfant sont fréquents et pourraient toucher 20 % à 50 % d'entre eux. La persistance et la sévérité du trouble, marquées par une prise de poids insuffisante, permettent de parler de trouble. Les TCA du jeune enfant représentent entre 3 % et 10 % des enfants de moins de 3 ans. Ils sont cependant une cause de consultation et de demande d'aide moins fréquente que les troubles du sommeil, ou les difficultés de comportement en général, bien qu'ils soient une source d'inquiétude importante pour les parents et de tension entre eux et l'enfant. En effet, il s'agit d'un trouble ressenti comme très privé, voire intime par les familles, culpabilisant et angoissant, mais pour lequel les familles ont souvent réticence à consulter d'elles-mêmes, craignant d'être jugées ou de recevoir des conseils évidents. D'où l'importance du rôle du médecin de famille, qui peut connaître les antécédents des parents et s'enquérir de difficultés alimentaires avec le bébé, et l'importance de pouvoir être admis au domicile, où on percevra mieux les tensions et les enjeux autour du repas du bébé.

La dépression maternelle postnatale gêne particulièrement la capacité de se synchroniser et de s'accorder aux besoins du bébé, et peut diminuer l'appétence des mères déprimées vis-à-vis de l'alimentation, ainsi que leur patience avec le bébé et leur capacité à prendre du plaisir avec lui. Les mères avec des antécédents de troubles alimentaires sont très vulnérables, car elles sont stressées et se sentent aisément incompétentes (Alan Stein). Elles vont très souvent se retrouver en difficulté pour nourrir de façon adéquate leur bébé, ce qui peut conduire à des comportements de restriction et d'évitement. Une insensibilité aux signaux de réplétion du bébé peut conduire à un surpoids. Du côté du bébé, la prématurité gêne sa capacité de synchronisation, ainsi que le retard de croissance éventuel. La stimulation orale précoce, très aménagée et prudente, permet une meilleure prise de poids et surtout d'éviter les troubles ultérieurs de l'alimentation, plus fréquents chez les grands prématurés. Des manœuvres de sondage traumatiques peuvent déclencher une anorexie

post-traumatique, et en général tous les troubles respiratoires ou les malformations faciales, comme les fentes palatines, qui peuvent gêner considérablement la mise en place de l'alimentation, malgré l'utilisation de tétines adaptées (voir p. 229).

Devenir des TCA du nourrisson

Les troubles sévères de l'alimentation du jeune enfant tendent à persévérer, voire à s'aggraver avec le temps, de la même façon que les troubles du sommeil précoces sévères tendent eux aussi à persister. Une étude longitudinale suédoise a démontré que parmi les 1 % à 2 % de nourrissons qui ont présenté des problèmes d'alimentation sévères et un retard de croissance durant la première année de vie, 70 % ont continué à avoir des problèmes alimentaires à la maison et à l'école. Dans les antécédents des anorexies mentales et des TCA des adolescents, les troubles alimentaires du nourrisson sont fréquemment retrouvés. Les TCA sont plus fréquents chez les enfants handicapés avec retard mental, en cas de trouble médical associé, de prématurité et de retard de croissance intra-utérin.

La littérature pédiatrique a repéré un certain nombre de liens entre les difficultés d'alimentation précoces et les pathologies alimentaires plus tardives. Par exemple, être « petit mangeur » dans la petite enfance peut se poursuivre par un comportement de sélection alimentaire draconienne dans l'adolescence. Le pica (la consommation persistante de substances non nutritives) dans la petite enfance peut devenir un facteur de risque significatif de développement d'une boulimie dans l'adolescence. Dans les situations les plus graves d'anorexie précoce, le risque vital peut être engagé. Le retard de croissance est en lui-même un risque pour le développement, avec de possibles conséquences sur les capacités cognitives.

Classification des différents aspects cliniques des TCA du jeune enfant

Le DSM-IV n'a inclus les troubles alimentaires du nourrisson et du jeune enfant qu'en 1994 sous l'appellation « Trouble alimentaire du nourrisson et du jeune enfant » (F98.2 en ICD 10, 307.59 en DSM-IV). Le DSM IV-TR (APA, 2000) présente quatre critères diagnostiques :

A. la perturbation de l'alimentation se manifeste par la persistance de prise alimentaire inadéquate avec l'absence significative de prise de poids et perte de poids pendant au moins un mois ;

B. la perturbation n'est pas due à l'association d'une gastroentérite ou d'autres conditions médicales générales (par exemple, Reflux gastro-œsophagien, RGO) ;

C. la perturbation n'est pas liée à des troubles mentaux associés (par exemple, mérycisme) ou à un manque de nourriture disponible ;
D. la perturbation a débuté avant l'âge de 6 ans.

La classification la plus pertinente des troubles alimentaires précoces est cependant celle de Zero To Three (DC 0-3R, 2005), spécifique de la petite enfance. La DC 0-3R suit ici les propositions d'Irene Chatoor, spécialiste américaine des TCA du bébé, avec des critères cliniques précis. Les TCA du nourrisson y figurent sous la catégorie 600, avec huit catégories spécifiques.

Trouble alimentaire lié à la régulation des états d'éveil (DC 0-3R : 601)

Le diagnostic de trouble alimentaire lié à la régulation des états d'éveil s'applique aux difficultés ultra précoces, juste après la naissance, et c'est l'intérêt de cette catégorie diagnostique, qui n'existe nulle part ailleurs. Il requiert la présence des trois critères suivants :

1. le bébé a des difficultés à adopter et maintenir un état d'éveil calme durant ses conduites d'alimentation (par exemple le bébé est trop endormi, trop agité, et/ou trop perturbé pour parvenir à s'alimenter) ;
2. les difficultés d'alimentation débutent durant la première enfance ;
3. le bébé perd du poids ou ne parvient pas à en prendre.

Notons que les enfants avec un trouble du spectre autistique (TSA) n'ont en général pas de problème d'alimentation, du moins de façon précoce, mais peuvent montrer des difficultés au passage aux aliments solides, ou face à la nouveauté.

Trouble alimentaire lié à la réciprocité parents-bébé (DC 0-3R : 602)

Le diagnostic de trouble alimentaire lié à la réciprocité parent-bébé s'applique entre 2 et 6 mois. Il était intitulé « Trouble alimentaire lié à l'attachement » dans la DC 0-3 (1995). Il avait l'intérêt de proposer un sous-type qui montrait l'importance rapidement croissante de l'étage du fonctionnement alimentaire sur le développement et la focalisation du lien d'attachement au *caregiver*. On peut regretter la disparition du terme « attachement » dans cette sous-catégorie, au profit des troubles de la synchronisation, qui sont plus généraux, même s'ils sont plus pertinents. Le diagnostic de ce trouble requiert la présence des trois critères suivants :

1. le bébé ou le jeune enfant ne manifeste pas avec la personne qui s'occupe de lui durant le repas les signes habituels de réciprocité sociale en fonction de son âge (par exemple le contact oculaire, le sourire ou le babillage) ;

2. le bébé ou le jeune enfant présente un retard de croissance significatif ;
3. ce retard de croissance et ce manque de réciprocité sociale ne sont pas seulement dus à un trouble somatique ou un trouble envahissant du développement.

Ce trouble est le plus fréquent et traduit le manque de synchronisation pendant l'alimentation, avec une sous-implication majeure du *caregiver* au moment des repas mais aussi en dehors. On n'observe pas de réparation des erreurs interactives. Une cause fréquente en est la dépression maternelle postnatale, mais il peut s'agir d'une pathologie psychotique, borderline ou schizophrénique chez le parent le plus souvent en charge de l'alimentation du bébé. La situation est celle d'une absence de relation proche, sans intimité, et d'un nourrissage automatique, sans affect exprimé.

Anorexie du bébé et du jeune enfant (DC 0-3R : 603)

Le diagnostic d'anorexie du bébé et du jeune enfant survient le plus souvent au moment du passage à la cuiller, c'est-à-dire de l'alimentation autonome, qui se voit troublée par un conflit parent enfant pendant le repas. Il requiert la présence des six critères suivants :
1. le bébé ou le jeune enfant refuse de manger une quantité adéquate de nourriture pendant au moins un mois ;
2. le début de ce refus advient avant l'âge de 3 ans ;
3. le bébé ou le jeune enfant ne communique pas son état de faim et manque d'intérêt pour la nourriture, mais manifeste un intérêt marqué pour l'exploration, les interactions avec les personnes qui s'occupent de lui, ou pour les deux ;
4. l'enfant présente un retard de croissance significatif ;
5. le refus de la nourriture n'est pas consécutif à un événement traumatique ;
6. le refus de la nourriture n'est pas lié à une maladie somatique.

Ce trouble est le second en fréquence. Le bébé ne semble pas intéressé par la nourriture et ne semble pas ressentir la faim, ou encore apparaît être rassasié par de très faibles quantités.

Ce trouble anorexique est donc secondaire, après une phase initiale satisfaisante. Il survient au sevrage et au début de la diversification, mais il peut être lié en fait à une modification des relations du bébé au *caregiver* (reprise de travail, mise en nourrice ou en crèche, garde alternée, etc.).

Aversion sensorielle pour la nourriture (DC 0-3R : 604)

Ce trouble débute au moment de l'introduction de la nourriture pour bébé. Le refus alimentaire semble être lié à la sélection alimentaire. Le diagnostic d'aversions sensorielles pour la nourriture requiert la présence des quatre critères suivants :

1. l'enfant refuse avec constance de manger certains aliments spécifiques par leur goût, leur texture et/ou leur odeur ;
2. le début du refus alimentaire intervient après l'introduction d'un nouveau type d'aliment (par exemple l'enfant peut boire un type de lait mais en refuser un autre, peut manger des carottes mais refuser les haricots verts, peut boire du lait mais refuser la nourriture pour bébé) ;
3. l'enfant mange sans difficulté lorsque sa nourriture préférée lui est proposée ;
4. ce refus alimentaire peut engendrer des déficits nutritionnels spécifiques ou un retard dans le développement moteur oral.

Ce type de trouble s'observe souvent lorsqu'un parent a subi lui même des TCA et organise une sélection alimentaire, parfois sans s'en rendre compte. Dans cette catégorie, on peut avoir un trouble de la régulation en axe I, et ce trouble a la prééminence dans la DC 0-3R, associé à un TCA.

Trouble alimentaire associé à un trouble somatique (DC 0-3R : 605)

Le diagnostic de trouble alimentaire lié à un trouble somatique requiert la présence des quatre critères suivants :
1. le bébé ou le jeune enfant commence à s'alimenter sans difficulté, mais apparaît perturbé au cours du repas et refuse de le poursuivre ;
2. l'enfant présente par ailleurs un trouble somatique que le clinicien considère comme étant la cause de cette perturbation ;
3. le traitement médical réduit la difficulté alimentaire, mais ne la supprime pas totalement ;
4. l'enfant ne parvient pas à prendre suffisamment de poids ou peut perdre du poids.

Un exemple d'un tel trouble est l'anorexie liée à une insuffisance rénale ou à une maladie infectieuse sévère. On l'observe le plus souvent en situation de psychiatrie de liaison, ainsi que le trouble suivant.

Trouble alimentaire lié à une atteinte de l'appareil gastro-intestinal ou à l'oropharynx (DC 0-3R : 606)

Le diagnostic de trouble alimentaire lié à une atteinte de l'appareil gastro-intestinal requiert la présence des quatre critères suivants :
1. le refus alimentaire est consécutif à un événement affectant sévèrement l'appareil gastro-intestinal ou l'oropharynx et provoquant une détresse chez l'enfant (par exemple une obstruction, des vomissements importants, des reflux, l'insertion de sondes) ;
2. le refus de s'alimenter du bébé ou du jeune enfant prend l'une des formes suivantes :
   – le bébé ou le jeune enfant peut refuser de boire au biberon mais accepter la nourriture à la cuillère (il est également possible que l'enfant puisse

refuser le biberon lorsqu'il est éveillé, mais boive lorsqu'il est endormi ou sur le point de s'endormir),
– le bébé ou le jeune enfant peut refuser la nourriture solide mais accepter le biberon,
– l'enfant refuse toute forme d'alimentation orale ;

3. les éléments susceptibles de rappeler l'événement traumatique provoquent chez l'enfant une détresse qui peut se manifester d'une des manières suivantes :
– le bébé manifeste une détresse anticipée dès qu'il est mis en position pour le repas,
– le bébé ou le jeune enfant résiste intensément lorsqu'une des personnes qui s'occupent de lui s'approche avec un biberon ou de la nourriture,
– le bébé ou le jeune enfant résiste intensément à avaler la nourriture placée dans sa bouche ;

4. ce refus alimentaire constitue une menace importante pour la nutrition de l'enfant.

Si un trouble somatique ou constitutionnel (comme une fente palatine ou un reflux) affecte la capacité de l'enfant à ingérer ou digérer la nourriture, le clinicien ne devrait pas utiliser le trouble du comportement alimentaire comme diagnostic sur l'axe I, mais indiquer le diagnostic médical approprié sous l'axe III. Toutefois, si une difficulté alimentaire trouvant son origine dans un problème organique ou constitutionnel persiste après le traitement effectif de ce problème, alors le diagnostic de trouble de comportement alimentaire peut être approprié.

Les autres troubles alimentaires avant 3 ans sont décrits dans le DSM-IV et l'ICD10.

• Le pica s'observe chez des enfants sans psychopathologie, mais aussi lors des carences en fer et chez des enfants carencés, retardés ou avec un TSA. Il s'agit d'enfants qui ingurgitent des substances ou des objets sans caractère alimentaire, par exemple de la terre ou du sable ou encore du papier ou du tissu.

• Le mérycisme est défini par un comportement de rumination, avec la capacité de faire revenir le bol alimentaire dans la bouche après l'ingestion, au moyen de manœuvres d'aspiration de la langue conduisant à la régurgitation. Il est décrit comme un trouble mental précoce dans le DSM et l'ICD, alors qu'il s'agit en fait d'une dimension comportementale que l'on observe dans des circonstances très diverses et qui apparaît liée à la recherche de sensation. Le mérycisme peut s'observer en l'absence de tout trouble mental chez l'adulte. Le médecin anglais Sydenham, qui a décrit la Chorée, en était porteur, et l'a raconté dans ses mémoires. Le mérycisme a été décrit chez des enfants nés prématurés, en situation d'isolement relationnel en soins intensifs, donc très tôt dans la vie. C'est donc bien un comportement d'auto-stimulation, qui n'est pas lié à une situation psychopathologique spécifique (Guedeney, 1995).

Comment préciser la psychopathologie d'un trouble alimentaire précoce ?

Le point essentiel est d'analyser séparément les causes possibles du trouble, en les recherchant simultanément du côté du bébé (prématurité, troubles de la régulation et de l'intégration sensorielle, sensibilités spécifiques, aspects organiques favorisants, traumatismes, alimentation par sonde), du côté de la relation (sur ou sous impliquée, capacité de coparentage, antécédents de troubles alimentaires parentaux et psychopathologie parentale), éléments traumatisants (à la fois du côté du bébé et des parents), et enfin éléments de gravité (retard de croissance staturo-pondéral, troubles organiques associés, psychopathologie parentale préoccupante.

On commence par recueillir l'histoire détaillée du trouble, et par établir l'histoire de la courbe staturo-pondérale et noter le moment de son infléchissement ; on évalue ainsi s'il y a ou non retentissement staturo-pondéral, au-delà d'une déviation standard. Dans certaines situations, l'enfant en fait se nourrit tout au long de la journée, avec des tétées ou des biberons, ou en grignotant des biscuits ou du pain. Ceci n'est pas forcément perçu par les parents comme négatif, car ceci permet de contourner les difficultés ou conflits liés à un vrai moment des repas et de maintenir la prise de poids, et parfois même un surpoids. Ceci peut aboutir à une abolition de la distinction faim/satiété, et alors paradoxalement on peut observer des enfants qui mangent sans avoir faim.

L'étape suivante est celle du diagnostic du trouble ainsi que celui de l'attitude parentale et de l'interaction au moment du repas. Il est en fait indispensable de demander à assister à un repas, au mieux en conditions usuelles à domicile, dans une situation alors familière à tous, sinon en situation de repas thérapeutique en co-thérapie (puéricultrice-psychologue, Unité Petite Enfance et Parentalité Vivaldi, Paris). On pourra le filmer, en se centrant sur le bébé, et ceci permettra d'analyser la sensibilité parentale aux signaux de l'enfant et de trouver des pistes pour l'améliorer. On peut aussi demander aux parents de filmer eux-mêmes le repas. La participation de chacun au trouble, enfant et parents, la qualité du coparentage et de la situation triadique sont alors bien mis en évidence. Il est possible que la difficulté alimentaire soit limitée à la relation du bébé avec un de ses parents ou que l'enfant mange bien ailleurs (crèche, nourrice). Le clip vidéo sera alors très utile pour le traitement, en le regardant avec les parents, qui peuvent alors réaliser l'effet de leur attitude sur la difficulté alimentaire de leur enfant (Downing ; *VIPP* ; *Seeing is Believing*).

On cherche enfin l'existence de troubles associés : troubles du sommeil, troubles de la régulation sensorielle, antécédents de séparations prolongés,

et l'existence d'un conflit parental spécifique au repas ou général. On peut ainsi déterminer si l'enfant peut se nourrir en se sentant en sécurité (c'est-à-dire sans risque de fausses routes, d'étouffement, de régurgitations acides), s'il a ou non un retard de croissance, s'il veut s'alimenter ou s'il manque de goût ou d'énergie, et si l'attitude parentale est aidante ou non, et en particulier si le trouble est pris ou non dans un conflit du couple.

Thérapie et prévention

Un grand nombre de ces situations sont accessibles à la prévention : une aide à l'allaitement, qui n'a rien d'évident pour la première fois peut être précieuse, clairement chez le prématuré et le bébé ayant un petit poids de naissance. Mais cette guidance va prévenir beaucoup de difficultés initiales pour tous les bébés. La guidance développementale permet d'aider les parents à anticiper les difficultés normales et les mini-crises du développement (points forts de Brazelton). Le développement d'un bon comportement alimentaire suppose de laisser le jeune enfant manger à son rythme, sans le forcer mais aussi sans laxisme excessif, c'est-à-dire en lui donnant un cadre. L'alimentation est un point essentiel de transmission du parent à l'enfant : on transmet le plaisir d'être ensemble, de manger ensemble, une cuisine qui est celle de la famille et de sa culture.

Selon les causes du trouble, on s'orientera vers une thérapie parent-enfant, une thérapie dirigée sur l'enfant, comportementale, ou des entretiens avec les parents seuls. Voir avec les parents une vidéo d'un repas qu'ils ont réalisée est souvent une première étape de l'intervention. Les enfants longtemps nourris par sonde peuvent avoir besoin d'aide pour reprendre un comportement alimentaire normal, parfois avec l'aide d'une hospitalisation en milieu spécialisé (Scheer et Dunitz). Les anorexies sévères du jeune peuvent justifier une hospitalisation conjointe mère-bébé pour soulager l'un et l'autre et apporter des pistes diagnostiques et thérapeutiques. Le traitement parent-enfant, au mieux basé sur l'enregistrement vidéo, est le traitement de choix ; il peut être structuré (type VIPP) ou non. Les programmes de type STEEP et VIPP ont démontré des effets préventifs dans les situations à risque.

Références

Chatoor I. Feeding disorders in infants and toddlers: Diagnosis and treatment. Children adolescent psychiatric clinics of north america 2002;11:163-83.

Guedeney A. Les aspects psychosomatiques des malnutritions protéino-caloriques de la première enfance. La psychiatrie de l'enfant 1987;1:155-90.

Guedeney A. De l'actualité du mérycisme à l'actualité de la dépression précoce: une revue critique de la littérature et une hypothèse psychopathologique. La psychiatrie de l'enfant 1995;37(1):345-63.

Ramsay M. Les problèmes alimentaires chez les bébés et les jeunes enfants. Une nouvelle perspective. Devenir 2001;13(1):11-2.
Keren M, Feldman R. Le rôle de l'évaluation des interactions lors du repas dans l'évaluation psychopathologique usuelle du jeune enfant. Devenir 2002;14(1):5-16.
Dunitz Scheer M. Manger ou ne pas manger, telle est la question. Le sevrage de la sonde dans la petite enfance: les programmes du Centre universitaire pédiatrique de Graz. Devenir 2007;19(1):5-20.
Cascales TH. Anorexie du nourrisson: un diagnostic différentiel compliqué. Devenir 2013;25(1):5-25.
Delfosse MJ. Place de l'oralité chez des prématurés réanimés à la naissance. État des lieux à trois ans et demi. Devenir 2006;18(1):23-35.

8 Situations spécifiques

Le diagnostic anténatal

par Sylvie Viaux-Savelon

Le diagnostic prénatal, aussi appelé diagnostic anténatal, est l'ensemble des pratiques médicales ayant pour but de détecter *in utero* chez l'embryon ou le fœtus une affection ayant un impact sur la santé de l'enfant. Il peut s'agir par exemple d'une anomalie génétique, d'une malformation congénitale, d'une fœtopathie infectieuse. Quand cette affection est curable, le diagnostic prénatal permet d'optimiser le suivi périnatal de l'enfant. Quand cette affection est incurable et de mauvais pronostic, le diagnostic prénatal peut déboucher sur une interruption médicale de la grossesse ou sur la préparation des parents à l'accueil d'un enfant malade ou handicapé. Le dépistage prénatal s'intègre dans le parcours de soins de toute femme enceinte, qui peut choisir ou non d'y avoir recours. Le dépistage et le diagnostic prénatal sont très encadrés, en ce qui concerne l'information des parents et l'assurance de la qualité des pratiques. Les techniques de diagnostic prénatal s'appliquent dans deux situations très différentes.

Risque connu avant la grossesse

La situation la plus simple, mais la moins fréquente, résulte d'un risque connu avant la grossesse. Il s'agit typiquement d'un couple ayant donné naissance à un premier enfant atteint d'une maladie génétique, et envisageant une nouvelle grossesse. Les enjeux du diagnostic prénatal sont discutés en consultation de conseil génétique avant de décider d'arrêter la contraception. La maladie est bien connue par les parents, qui disposent de tout le temps nécessaire pour s'informer et décider de recourir ou non au diagnostic prénatal pour la future grossesse. S'ils choisissent de recourir au diagnostic prénatal, il s'agira souvent d'effectuer au premier trimestre de la grossesse un prélèvement de trophoblaste permettant l'analyse ciblée du gène responsable de la maladie. Le risque de complication de l'examen (fausse couche) est en règle très inférieur au risque de découvrir une anomalie (1 % vs 25 % par exemple). Le résultat est clair. Le choix d'interrompre la grossesse en cas d'enfant atteint a été mûrement réfléchi.

© 2014 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Dépistage en cours de grossesse

La situation la plus fréquente, mais aussi la plus complexe, résulte de la mise en évidence d'un risque par un test de dépistage au cours d'une grossesse sans facteur de risque connu. Il peut s'agir d'une anomalie morphologique fœtale découverte à l'échographie ou d'un risque de trisomie 21 révélé par un dépistage par marqueurs sériques, d'une séroconversion de toxoplasmose… Cette situation de risque révélée par un examen de dépistage s'oppose point par point à la précédente. La révélation du risque est imprévue. La patiente et son entourage n'ont pas la connaissance directe de l'affection fœtale suspectée. L'annonce est faite par des professionnels de première ligne, qui n'ont eux-mêmes pas d'expérience clinique de la pathologie pédiatrique suspectée. Les outils diagnostiques ne permettent pas toujours de donner un pronostic clair. Bref, tout concourt à faire de l'annonce d'un dépistage positif une expérience stressante pour les futures mères, même si dans la grande majorité des cas, les explorations déclenchées par le dépistage aboutiront finalement à un diagnostic rassurant.

Le principal outil de dépistage est l'échographie fœtale. En France, trois examens sont recommandés, à 12, 22 et 32 semaines. Le dépistage échographique comporte des objectifs multiples, qui ne sont pas toujours clairs pour la femme enceinte et son entourage. Certains de ces objectifs sont consensuels, cars ils apportent un bénéfice connu pour la santé de l'enfant ou de sa mère : préciser la date de début de grossesse, le nombre de fœtus, le bien-être fœtal (croissance), la position du placenta, découvrir des anomalies amenant à un traitement curatif de l'enfant (par exemple malformation opérable à la naissance). D'autres objectifs sont différemment perçus selon les choix éthiques des parents. L'échographie peut concourir au dépistage des anomalies chromosomiques et notamment de la trisomie 21, soit par la mesure de la clarté nucale au premier trimestre, soit par la découverte de signes dits mineurs, soit par la découverte de malformations à proprement parler. Elle peut également révéler des malformations graves, incurables, parfois mortelles, qui poseront aux parents le dilemme difficile du recours à l'interruption de la grossesse ou de l'accueil d'un enfant gravement malade. Enfin, l'échographie peut révéler des anomalies morphologiques dont le pronostic est incertain, ce qui peut placer les parents face à des choix difficiles. Actuellement, l'utilisation d'un consentement écrit aux échographies de dépistage est recommandée, avec la remise d'un document explicatif sur les enjeux de ces examens.

Le dépistage de la trisomie 21 repose sur la combinaison de trois facteurs : l'âge maternel, le dosage de marqueurs sériques biochimiques dans le sang maternel et la mesure de la clarté nucale et de la longueur cranio caudale de l'embryon. L'âge maternel seul n'est plus une indication d'amniocentèse. En pratique, les femmes enceintes reçoivent en début de grossesse une

information orale et écrite sur le dépistage, et choisissent ou non d'y recourir, après consentement écrit. Un calcul de risque est effectué par un laboratoire de biochimie agréé par l'agence de la biomédecine, au vu des résultats des dosages, des données échographiques et de l'âge maternel. Ce risque est rendu au prescripteur qui en informe la patiente. En cas de risque dit « élevé », supérieur à 1/250, un examen est proposé pour établir le caryotype fœtal. Il peut s'agir d'une choriocentèse (prélèvement de trophoblaste qui constitue le futur placenta) réalisable dès 12 semaines d'aménorrhée, ou d'une amniocentèse (prélèvement de liquide amniotique) réalisable à partir de 15 semaines d'aménorrhée. Toutes ces techniques sont invasives, et sont associées à un risque de fausse-couche compris entre 0,5 % en et 1 %. Récemment, des techniques d'analyse de l'ADN fœtal circulant dans le sang maternel sont apparues comme une alternative aux gestes invasifs. Quand cet examen est rassurant, le risque de trisomie 21 est très faible. Quand il est considéré comme anormal, le risque est très élevé, mais doit encore être confirmé par un geste invasif. En France en 2011, 85 % des femmes enceintes ont eu recours au dépistage de la trisomie 21 par les marqueurs sériques et/ou l'échographie. Environ 5 % des femmes enceintes ont un prélèvement invasif pour caryotype fœtal. Plus de 80 % des cas de trisomie 21 sont identifiés avant la naissance, aboutissant le plus souvent à une demande d'interruption de grossesse.

Parcours de soin et choix des femmes enceintes en matière de dépistage

En matière de dépistage de la trisomie 21, le processus de choix est simple en apparence : certaines femmes attachent de l'importance au diagnostic de trisomie 21, envisageraient une interruption de grossesse en cas d'enfant atteint, et choisissent de recourir au dépistage. D'autres, au contraire, n'envisageraient pas d'interrompre la grossesse en cas d'atteinte fœtale et choisissent de ne pas recourir au dépistage, ou y ont recours dans un simple but d'information. La réalité est plus complexe. La notion de niveau de risque est difficile à appréhender. Les familles ne se représentent pas clairement la trisomie 21. Les examens chromosomiques peuvent révéler des résultats inattendus, comme par exemple une anomalie de nombre des chromosomes sexuels (XXY ; XYY), dont le pronostic peut être difficile à préciser.

En matière d'échographie, la notion de consentement au dépistage est délicate, tant les objectifs de l'examen sont multiples. Il est difficile de consentir, par exemple, au dépistage de troubles de la croissance et de refuser celui des malformations, car une malformation peut apparaître manifeste lors d'un examen pratiqué pour évaluation de la croissance fœtale. L'information de la femme enceinte sur les enjeux de l'échographie est cependant cruciale pour éviter un malentendu : la femme est son conjoint font cet examen pour « voir » l'enfant, et connaître le sexe, alors que

les professionnels effectuent une série d'images pour effectuer un dépistage suivant une liste pré établie. Quand une particularité est découverte à l'échographie, elle s'avère particulièrement inquiétante pour les mères, même quand les examens suivants sont rassurants.

Rôle des Centres pluridisciplinaires de diagnostic prénatal (CPDPN)

Les CPDPN ont été constitués par la loi de bioéthique de 1994. Ils sont agréés et évalués par l'agence de la biomédecine. Tout le territoire français est maillé par ces CPDPN. Leur rôle est crucial en matière de dépistage et de diagnostic prénatal : conseils aux professionnels effectuant le dépistage, prise en charge des cas difficiles, orientation des femmes enceintes en fonction de la pathologie fœtale, expertise en cas de doute diagnostique et pronostique, traitements *in utero*, accueil des enfants malformés, autorisation de réaliser une interruption médicale de grossesse demandée par la femme enceinte. Les CPDPN ont un rôle majeur dans l'accompagnement des familles après diagnostic d'une anomalie fœtale, notamment en mettant la femme enceinte en contact avec des spécialistes pédiatriques susceptibles d'expliquer les enjeux de la prise en charge postnatale.

Le dépistage : quand le doute est révélé aux parents à l'échographie

L'échographie joue un rôle majeur dans le dépistage des anomalies fœtales. Le dépistage échographique est largement répandu depuis plusieurs décennies. Il rassure la majorité des couples, améliore la sécurité de la grossesse et la santé des enfants. Cependant, comme tout dépistage, il peut être à l'origine d'anxiété chez les futurs parents.

Les dépistages, qu'ils soient échographiques, sanguins ou génétiques par le biais de l'amniocentèse et à présent l'étude de l'ADN fœtal sur le sang maternel, donnent fréquemment des faux positifs, du fait même de leur construction. Ainsi théoriquement, l'estimation de poids fœtal sera supérieure au 95^{e} percentile ou inférieure au 5^{e} percentile dans environ 10 % des grossesses. Des anomalies morphologiques dites mineures à l'échographie (clarté nucale augmentée, pyélectasie, intestin hyperéchogène, fémur court, hypoplasie des os propres du nez, foyers échogènes cardiaques…) sont retrouvées dans environ 5 % des grossesses (Smith-Bindman, 2001, 2007).

Le plus souvent, des explorations complémentaires s'avèrent ainsi rassurantes : normalité des échographies de contrôle (dites de diagnostic), normalité du caryotype fœtal… Pour autant, la première annonce d'une suspicion d'anomalie peut laisser une trace dans les représentations que les futurs parents ont de leur enfant, et avoir un impact négatif sur la relation parent-enfant ultérieure.

Quand, dans les années 80, l'échographie s'est banalisée dans les suivis de grossesse, des psychanalyses intervenant en petite enfance se sont émus de ce que pouvaient induire ces images prénatales sur les représentations maternelles. L'impact psychologique chez tous les partenaires en présence parents, bébé et professionnels a été souligné. L'échographie estompe les limites entre le réel et l'imaginaire et renforce le sentiment « d'inquiétante étrangeté » (Freud, 1919) concernant le contenu utérin. Or la dynamique des représentations au cours de la grossesse a une implication nette dans la construction des interactions parents-enfants (Ammaniti, 1991, Field, 2003). Dès avant sa conception, l'enfant existe « en puissance » pour ses futurs parents (Lacan). Le processus de parentalité se nourrit de l'attraction entre cette virtualité et son actualisation dans l'enfant postnatal, à tous les âges de la vie, bien avant la concrétisation du projet d'enfant.

La notion de « relation d'objet virtuel » (ROV), correspondant à la relation qui se crée *in utero* entre l'enfant et sa mère et qui intervient dans la constitution du lien s'établissant en prénatal entre les futurs parents et le fœtus. Les auteurs (Missonnier, 2004) insistent sur le fait que cette relation *in utero*, imaginaire mais forte, crée une proto relation entre la mère et l'enfant qui sera la base des différentes relations postnatale.

Auparavant, d'autres auteurs (Bion, 2003) ont insisté sur l'importance de la « rêverie maternelle » de l'enfant imaginé « sanctuaire de l'anticipation de l'enfant virtuel » et proposé la notion de représentation anticipatrice (Cupa, 1992) par laquelle « la mère prend le risque de créer, de pré-investir le bébé imaginé ».

Les représentations de la future mère changent au cours de la grossesse et évoluent par phases. Trois phases sont généralement retenues (Raphael-Leff, 1993) : une première phase au cours de laquelle la mère est centrée sur la grossesse, une seconde centrée sur le fœtus et la troisième sur le bébé, pouvant être mise en parallèle des trois échographies de surveillance de la grossesse, moments forts du dépistage anténatal. On parle de dynamique psychique parentale ou de maturation de la relation d'objet à l'enfant virtuel. La qualité de cette dynamique psychique est déterminante pour l'établissement de la relation postnatale avec l'enfant réel. Du degré de maturation objectale de l'enfant du dedans dépendra, en partie, l'empathie parentale en postnatal à l'égard de l'enfant réel. Les recherches en petite enfance ont ainsi montré combien les scénarios comportementaux, affectifs et fantasmatiques maternels imaginés pendant la grossesse contribuent à organiser les interactions ultérieures en postnatal (Ammaniti, 1991, Fonagy, 1991). Michel Soulé a évoqué le premier le concept d'« Interruption volontaire de fantasme » (Soulé, 1999). Cette expression exprime que l'inquiétante étrangeté provoquée par les images échographiques risque d'inhiber le libre développement de l'enfant imaginaire qui autrefois restait pendant neuf mois sans confrontation avec la réalité, mais

il a pu reconnaître que l'échographie n'altérait en rien le travail mental de la grossesse. Actuellement on parle plutôt de « remaniement des fantasmes imaginaires de la future mère » : c'est-à-dire que la mère (qui se porte bien) fait des allers-retours entre la représentation qu'elle a de l'enfant imaginaire et les aspects directs vécus des images. Ainsi, il est à présent attribué à l'échographie fœtale un rôle fondamental dans le processus de parentalisation. Elle constitue en effet une première rencontre des parents avec « la réalité du fœtus et avec une image du futur bébé ».

Cependant, il reste qu'en faisant irruption dans la psyché parentale, les images échographiques peuvent entraîner des résurgences déstabilisantes. Ainsi pour les couples plus fragiles, la situation du dépistage échographique reste une question délicate soulevée par les professionnels. Gourand relève ainsi le quiproquo fondamental de la situation de l'échographie fœtale : « Alors que la femme enceinte s'attend à un certificat de normalité, l'échographiste doit rechercher tout signe possible d'anormalité » (Gourand, 2006). Il insiste sur la difficulté devant laquelle se retrouve le professionnel devant la question de l'annonce et du fait que « l'échographie la plus normale en apparence recèle potentiellement le même danger : en dire trop ou pas assez ».

« Du côté de la femme, l'échographie est vécue comme une intrusion, une inquisition, un vouloir savoir de son corps, de ses secrets les plus intimes. »[1] Avec l'arrivée de nouvelles technologies, notamment d'imageries en trois puis quatre dimensions (3 et 4 D), les auteurs continuent de s'interroger sur les effets de ces avancées technologiques sur le psychisme parental en général et dans certaines populations (Segmen, 2006 ; Rustico, 2005 ; Ndeye Camara, 2013).

Lors de l'annonce d'une malformation, les parents et les professionnels décrivent une suspension de l'investissement pour l'enfant, qui va peut-être mourir ou pour lequel ils vont demander une Interruption médicale de grossesse. Pour pouvoir faire cette demande, il est sans doute préférable que le fœtus reste à son état d'objet et non de sujet pour les parents (Viaux-Savelon, 2007, 2012).

L'annonce et le risque de vécu traumatique

Selon Soubieux (Soubieux, 2005) lors de l'annonce d'une anomalie à l'échographie, « il y a toujours un décalage entre le vécu des parents, la compréhension de l'événement, la gravité du diagnostic et ce que pensent transmettre les soignants ».

1. Soubieux MJ. Œil du dedans, œil du dehors. In: Soulé M, Gourand L, Missonnier S, Soubieux MJ. L'échographie de la grossesse. Promesses et vertiges. Paris: Érès; 2011 : p. 139-158.

Les mots perdent alors leur sens : « […] la femme, le couple n'entendent plus, ne comprennent pas ce qu'on leur dit malgré les longues explications répétées. » Les parents vont projeter sur l'annonceur leur vécu immédiat d'horreur, de violence, d'incompréhension. L'échographiste aura donc à recevoir cette intense décharge en même temps qu'il devra contrôler ses propres sentiments induits par la découverte de l'anomalie et de l'annonce elle-même.

Soulé et Soubieux font l'hypothèse que l'échographiste peut soit renforcer l'angoisse du couple et entrainer un effet déstructurant sur leur psychisme par son silence ou par des paroles angoissantes, ambiguës, soit les aider à se construire dans leur parentalité grâce à sa disponibilité, son écoute et son rôle contenant. Leur travail avec les obstétriciens leur permet ainsi de recommander un processus d'annonce : « Conserver une attitude neutre pendant l'échographie, se concentrer sur le diagnostic morphologique, recevoir la mère rhabillée et le père dans un bureau de consultation en leur consacrant du temps ». Malheureusement, les échographistes disposent rarement de temps suffisant entre deux échographies pour réaliser eux-mêmes cette consultation. Celle-ci est souvent déléguée dans un second temps à un collègue spécialisé en diagnostic anténatal.

L'impact émotionnel du dépistage

Pour répondre à la question de la prévalence des troubles possiblement induits par une échographie, des enquêtes utilisant des échelles d'affects ont été réalisées. Ces études utilisent principalement des auto-questionnaires. (Petersen, 2008, Kaasen, 2010, Watson, 2002, Larsson, 2009) et portent sur des femmes enceintes ayant eu une échographie soit rassurante, soit révélant une anomalie fœtale grave, soit à la conclusion incertaine quant au pronostic de l'enfant.

En 2002, Watson *et al*. (Watson, 2002) ont ainsi comparé à 14 témoins un groupe de 14 femmes enceintes chez qui un signe échographique mineur avait été décelé. Les signes mineurs étaient à chaque fois isolés, et avaient été dépistés à 20 semaines. Une semaine après l'échographie, le score d'anxiété était supérieur à 42/80 chez huit des 14 futures mères avec un signe mineur anormal à l'échographie et chez une seule des femmes enceintes du groupe témoin. À l'élévation des scores d'anxiété s'associait une insatisfaction vis-à-vis des informations reçues, et des craintes sur la santé de l'enfant. Fait rassurant, l'anxiété et les craintes vis-à-vis de la santé de l'enfant redevenaient comparables dans les deux groupes un mois après la naissance de l'enfant. Toutefois, même à un mois post-partum, le groupe exposé au diagnostic de signe mineur restait insatisfait des informations reçues.

L'étude de Kaasen (Kaasen, 2010) portait sur 180 femmes enceintes ayant une échographie de seconde intention pour anomalie fœtale et 111 témoins

avec échographie normale. Le niveau d'anxiété, de dépression, et de stress était d'autant plus élevé qu'une anomalie fœtale avait été retrouvée, que cette anomalie était grave ou que le pronostic était ambigu, et que le terme de la grossesse était avancé.

Quelques études cliniques avec observation clinique, parfois prospective, ont été réalisées. Cette approche permet des évaluations semi-quantitatives, en explorant des aspects qualitatifs tout en restant objective. Elle n'est pas adaptée aux grands échantillons, mais présente l'avantage d'être plus spécifique que les auto-questionnaires et de permettre de dégager des pistes psychopathologiques. Ces entretiens concernent généralement la mère, mais aussi parfois le père et le couple ensemble.

Ainsi Watson (Watson, 2002) utilise des entretiens téléphoniques au cours du suivi de grossesse pour une comparaison entre deux groupes (n = 28), avec signes mineurs et témoins. L'enregistrement audio des échographies est réalisé et corrélé au niveau d'anxiété. Il pointe la question de l'annonce et de l'information délivrée lors de celles-ci. Une information rassurante lors de l'annonce permet ainsi de diminuer le niveau d'anxiété évalué par entretien téléphonique auprès de la mère sur 3 temps. Ainsi, une information rassurante de type « votre enfant ira probablement bien » au cours de l'écho diminue l'impact du signe mineur sur l'anxiété.

Larsson (Larsson, 2009) effectue des entretiens en question ouverte analysés par la théorie sous-jacente ou *grounded theory*. Neuf couples et une femme seule sont interviewés après diagnostic échographique de kystes des plexus choroïdes. La dimension principale émergeant du discours des parents est un besoin important d'information, jugée insuffisante lors de l'échographie. Par ailleurs, s'ils ressentent un manque d'information, les parents déclarent chercher ailleurs l'information notamment sur internet. La période de délai entre l'annonce et la consultation suivante est aussi pointée comme fortement anxiogène. Les autres dimensions relevées dans le discours concernent l'effroi et la confusion ressentie, la nécessité de l'évaluation des risques et du choix à prendre, l'importance du réconfort et de la reprise de contrôle de la situation.

Dans notre expérience (Viaux-Savelon 2007, 2012), les entretiens semi-structurés utilisés ont relevé un décalage entre le silence de l'échographie et l'intensité du discours maternel. Le délai entre l'annonce échographique et les résultats rassurants était rapporté comme douloureux et concomitant d'une suspension des investissements vis-à-vis de l'enfant. Il existe plusieurs niveaux de décalages :

- le décalage entre le regard médical qui examine le fœtus, comme un organe potentiellement malade, et le regard du parent qui voit son futur enfant et déjà une personne en devenir ;
- le décalage entre la position passive de la femme enceinte et la position active de l'échographiste, celui-ci explorant l'intérieur du corps de la femme sous le regard des parents ;

• et un décalage fondamental sur la nature de cette image échographique, reconstruite à partir de données indirectes, qui, avec les avancées technologiques, donne une impression de « voir » l'enfant dans le ventre de sa mère. L'échographiste, habitué à cette reconstruction, sait remettre dans son contexte ces perceptions, mais cette gymnastique de la pensée est plus difficile à réaliser pour les couples, pris par leurs émotions et ayant moins de connaissance sur le mode de construction de ces images.

Nous avons également noté des différences dans les représentations de leur fœtus entre un groupe de témoin et des femmes chez qui un signe échographique mineur avait été décelé. Enfin, les échelles d'anxiété et de dépression mesurées lors des entretiens révélaient que dans le groupe exposé, 43 % des femmes présentaient un état anxieux au troisième trimestre de la grossesse, 33 % en post-natal immédiat, et 61 % à un mois post-partum contre respectivement 11,5 et 11 % chez les témoins. De même, le taux de dépression du post-partum était de 30 % chez les femmes exposées contre 5 % chez les témoins.

D'autres recherches ont exploré les évènements prénataux et leur influence sur les interactions précoces mère/enfant en utilisant à la fois des méthodes d'entretiens semi-quantitatifs et l'observation objective des interactions. Dans une étude de ce type (Viaux-Savelon, 2012) les interactions mère-enfant ont été mesurées par des films effectués en suites de couches à la maternité et deux mois après le retour à la maison. Il s'agissait de séquences de nourrissage de l'enfant chez 18 témoins et 19 femmes chez qui un signe mineur avait été diagnostiqué à l'échographie (pyélectasie, intestin hyperéchogène, kyste des plexus choroïdes, ventriculomégalie modérée, nuque épaisse à caryotype normal). Les films étaient cotés en aveugle par des professionnels ignorant le groupe d'appartenance de chaque dyade mère-enfant.

Les interactions dans le groupe exposé au diagnostic prénatal d'un signe mineur étaient caractérisées par : une plus faible sensibilité maternelle (capacités à reconnaître et réagir aux signaux de l'enfant), moins d'affects positifs mère-enfant exprimés, une plus grande intrusivité (forçage, etc.), une plus faible fluidité dans la dyade, des relations tendues dans la dyade, et un évitement de l'interaction par l'enfant. Ces différences s'accentuaient aux deux mois de l'enfant.

Ces observations sont en cohérence avec l'analyse des entretiens semi-structurés qui mettaient en évidence un décalage entre les attentes des parents et les objectifs des professionnels lors de l'examen, à la source de quiproquos et de malaises, une altération des représentations maternelles, et des signes d'anxiété et de dépression.

Les analyses multivariées de cette étude montraient que le style représentationnel et le niveau de dépression au 3e trimestre étaient corrélés au style interactif à la naissance et aux deux mois de l'enfant.

Le conseil génétique, le nouveau cas des analyses chromosomiques sur puce à ADN (ACPA)

Aujourd'hui, la mise en pratique de nouvelles techniques génétiques de diagnostic anténatal de plus en plus performantes comme l'ACPA, pose de nouvelles questions et leur impact sur les représentations maternelles et l'état émotionnel des mères est questionné. En effet, cette méthode permet de faire un diagnostic plus fin des anomalies chromosomiques éventuelles, mais l'état actuel des connaissances ne permet pas d'identifier toutes les anomalies qui peuvent être mises en évidence. Certaines d'entre elles peuvent être une variante de la normale sans pour autant être pathologiques, c'est ce qu'on appelle des copy number variation (Redon, 2006). D'autres, ayant un caractère dit « d'anomalie de novo » et mesurant plus de 1 Mb sont susceptibles d'être à l'origine d'une expression clinique (Miller, 2010) dont on ne peut pas toujours prévoir l'impact sur l'enfant futur.

Ceci est l'une des limites de cette méthode mais également une source supplémentaire d'anxiété et d'incertitude pour les parents.

Les généticiens relèvent que les couples montrent un haut niveau d'anxiété suite à ces nouvelles techniques de dépistage, la question se pose donc que si l'ACPA bien qu'étant une méthode plus fine et vraisemblablement plus rassurante pour les parents n'est pas elle aussi source de troubles des représentations maternelles et de l'état émotionnel des mères, comme dans les situations d'anomalies mineures de bon pronostic (Viaux-Savelon, 2007, 2012)

Point sur le dépistage

Les différentes approches de l'impact psychique de la découverte d'une anomalie fœtale à l'échographie mettent en lumière les grandes lignes suivantes : la révélation d'une anomalie échographique fœtale entraine une élévation significative de l'anxiété maternelle, d'autant plus grande que l'anomalie est grave, que le pronostic est incertain, que le diagnostic est tardif, et qu'il existe un déficit d'information. Ces troubles anxieux peuvent persister en post-partum. Ils s'accompagnent de traits dépressifs. Les représentations que se font les mères de leur enfant sont altérées. Le comportement des mères et leur interaction avec le nouveau-né sont modifiés, et ces modifications persistent à deux mois.

Du point de vue des femmes enceintes, les représentations qu'elles se font de leur futur enfant se construisent tout au long de la grossesse et sont alimentées aussi bien par leur passé, leur couple, des éléments transgénérationnels, etc. auxquels viennent s'ajouter les éléments médicaux apportés par le diagnostic prénatal. Ces représentations servent de base aux relations

que les mères tissent avec leur fœtus puis avec leur nourrisson. Elles peuvent être en décalage avec les représentations de leur conjoint, qui effectue un travail psychique en parallèle.

Le clinicien a lui-même ses propres représentations de la pathologie, de la parentalité et de son statut lors de l'échographie et du futur enfant. Il est important qu'il puisse en avoir conscience et assumer sa position par rapport aux familles, afin de ne pas se laisser déborder par ses propres émotions lors d'une annonce délicate ou difficile.

Lors de l'annonce d'une anomalie, même mineure, les mots prononcés ou l'attitude de l'échographiste se fixent avec une grande intensité sur le plan mnésique pour les parents. Ce phénomène est difficile à gérer pour le professionnel. Cette trace mnésique intense peut être due à l'intensité émotionnelle de ce moment, qui fait trauma et empêche les parents d'entendre ensuite les propos explicatifs du professionnel.

Plusieurs hypothèses peuvent être proposées pour expliquer ce phénomène traumatique. Par exemple, l'annonce réveille chez la mère les fantasmes d'infanticide habituels mais refoulés pendant la grossesse (Sirol, 2003). Elle peut remettre en cause ses capacités maternelles à faire grandir en elle un enfant « en bonne santé » (« constellation maternelle » de Stern). Lors d'une anomalie avérée, ces phénomènes sont également présents (Fonseca, 2013) et des stratégies d'accompagnements ont été développées afin de permettre aux parents de mieux se représenter le devenir de leur enfant, en particulier au cours des consultations pédiatriques prénatales (Moutard, 2004).

L'anxiété observée après l'annonce de l'anomalie échographique est un mode de défense physiologique, qui permet de mobiliser les capacités d'adaptation des parents. Le dépassement de ces capacités d'adaptation entraine une angoisse dite pathologique voir une décompensation dépressive. Cette anxiété pathologique, les modifications des représentations et les symptômes dépressifs associés peuvent expliquer les modifications des interactions mère-enfant et leur persistance après la naissance. Compte tenu de la complexité des phénomènes, leur approche clinique et scientifique devrait prendre en compte non seulement les réponses émotionnelles (anxiété, dépression), mais aussi l'analyse des représentations et les modalités d'interactions.

Perspectives de prévention des effets négatifs du dépistage prénatal

On ignore l'impact réel à long terme de ces signes mineurs sur la santé psychique des enfants et leur relation avec leurs parents. On ignore également quels sont les mécanismes d'adaptation et de résilience mis en jeu par les mères, les pères et les enfants.

Le repérage de ces facteurs permettrait de mieux accompagner les familles les plus à risque. Compte tenu de la fréquence des particularités échographiques ou cliniques découvertes lors du dépistage prénatal, qui peut concerner jusqu'à 20 % des femmes enceintes sans facteurs de risque, les données convergentes sur l'impact négatif de l'annonce d'un signe mineur doivent amener les professionnels à des mesures de prudence.

Une première piste d'amélioration pourrait consister à diminuer l'ambigüité de l'information délivrée aux patientes et à éviter les avis contradictoires en établissant des consensus sur les conduites à tenir en cas d'anomalies mineures morphologiques ou d'anomalies biométriques. Par exemple, quand il n'existe pas de référentiel national, la valeur diagnostique donnée à chaque signe mineur pourrait être déterminée dans le cadre d'un travail en réseau, même si cela comporte une part d'arbitraire.

Une autre piste consisterait à lever l'ambigüité sur les objectifs et les limites de l'examen échographique par une information claire et compréhensible avant même la réalisation du dépistage.

Il est possible que la pratique du consentement écrit avant dépistage échographique contribue à la qualité de l'information. Cependant, il est bien établi que l'usage d'un consentement écrit ne suffit pas à lui seul à garantir une information de qualité (Favre, 2007).

La formation à l'annonce devrait être promue pour les professionnels du diagnostic prénatal, échographistes, sages-femmes et obstétriciens. Cette formation pourrait notamment comporter des jeux de rôle qui permettent aux professionnels d'effectuer un travail sur leurs propres représentations des pathologies, sur leurs stratégies d'interactions avec les patients, et sur l'évolution des représentations parentales pendant la grossesse. Ces formations contribueraient à alerter les professionnels de la périnatalité sur l'impact d'un diagnostic qu'ils considèrent pourtant comme rassurant.

Ainsi malgré son aspect non invasif au plan somatique, le dépistage anténatal échographique peut avoir des effets psychiques négatifs, aujourd'hui bien documentés. Les professionnels sont de plus en plus conscients de ces problématiques et des stratégies de prévention sont envisagées et demandent à être évaluées, notamment l'information des familles sur les enjeux de l'échographie et la formation des professionnels aux situations d'annonce, le meilleur repérage des femmes enceintes exposées pour lesquelles une prise en charge périnatale adaptée est nécessaire.

Le diagnostic prénatal : pathologies avérées

Lorsqu'une anomalie fœtale détectée est considérée comme ayant une « forte probabilité que l'enfant à naître soit atteint d'une affection d'une particulière gravité réputée comme incurable au moment du diagnostic » (art. L. 2231-1 du Code de Santé publique), les CPDPN ont la charge de

l'attester. Ceci rend alors possible, en cas de demande de la mère, l'interruption médicale de grossesse (IMG). Dans le cas contraire, les CPDPN ont la charge de contribuer au suivi de la grossesse, à l'accouchement et à la prise en charge du nouveau-né dans les meilleures conditions de soins possibles.

Interruptions médicales de grossesse

Les interruptions médicales de grossesse, si elles répondent au désir des couples suite aux consultations de diagnostic prénatal, ont des implications immédiates et à long terme sur les couples.

L'impact des IMG et des morts fœtales sur les grossesses ultérieures est bien connu et l'investissement des enfants suivants parfois considérés comme des « enfants de remplacement ».

Lorsque l'enfant présente une malformation ou une pathologie qui est explicitée aux parents, Sirol décrit l'activation de l'ambivalence maternelle vis-à-vis de son fœtus habituellement refoulée par la mère au niveau inconscient. Cette activation peut faire trauma en accédant à la conscience (Sirol, 1999).

Les mouvements de haine de la mère pour le fœtus existent tout au long de la grossesse, mais sont généralement refoulés par la mère, voire annulés par les processus d'idéalisation de l'enfant à naître. La haine pour le fœtus resurgit (Soubieux, 2005) « quand ce dernier vient à manquer à ses "devoirs", c'est-à-dire lorsqu'il cesse d'être un objet sur lequel il lui est possible de superposer son enfant imaginaire et un être qui sera capable de remplir son mandat transgénérationnel et de répondre aux attentes maternelles et paternelles.

On observe alors un désinvestissement rapide, voir quasi immédiat, du fœtus « imparfait ou malformé », qui peut se traduire par une demande des parents de réaliser l'interruption médicale de grossesse le jour même, car « [le fœtus] n'apparaît plus comme capable d'assurer le mandat transgénérationnel et d'être un partenaire pour ses parents ». Les attitudes du père et de la mère peuvent être différentes et tous deux peuvent ne pas être au même degré de désinvestissement. »

Ce désinvestissement brutal, dans la journée même de l'annonce, peut faire peur lorsque les pulsions hostiles passent dans l'exigence de la femme d'interrompre cette grossesse-là sans délai (Sirol, 1999). Ce désinvestissement engendre la culpabilité de tous. Les auteurs en concluent que ces positions radicales vis-à-vis de la décision d'interruption médicale de grossesse font suite au vécu traumatique des futurs parents lors de l'annonce.

Cependant, le désinvestissement n'est pas forcément définitif, un réinvestissement est possible. Ainsi, les professionnels du diagnostic anténatal, en permettant aux parents de se représenter l'enfant avec sa pathologie après la naissance, en particulier avec l'apport des consultations de pédiatrie en prénatal, peuvent permettre la réactivation de cet investissement.

Mais, « quels que soient les résultats des examens, le doute persistera "comme une sorte de faille psychique à jamais entrouverte" (Soubieux, 2005), même s'il y a sans conteste une part de réassurance ». Cette suspicion pendant la grossesse entrainera des perturbations dans les relations précoces parents-enfants ou resurgira à la moindre difficulté de l'évolution de l'enfant, un travail psychothérapeutique est alors nécessaire.

La perte d'un enfant au cours de la grossesse est ainsi reconnue comme un événement de vie traumatique. Dans les facteurs prédictifs d'un trouble d'un deuil pathologique après une perte prénatale, on retrouve (Kersting A., 2012) un manque de support social, la préexistence de difficultés relationnelles, l'absence d'enfant survivant, mais aussi des attitudes ambivalentes ou une perception intensifiée de la réalité de la grossesse. Le risque de deuil compliqué est décrit comme particulièrement important après les IMG pour anomalie fœtale (par rapport aux mort-nés, fausse couche spontanée ou décès néonataux). Les études montrent que les hommes et les femmes ont des formes de deuils différentes, ce qui est peut précipiter la rupture du couple.

Les patientes faisant le choix d'une IMG après l'annonce d'une fœtopathie au diagnostic prénatal disent qu'elles ont besoin pour surmonter cette crise d'une profonde compréhension et compassion de la part des équipes. Elles sont très sensibles au fait que les professionnels leur communiquent du respect et les assurent qu'elles vont recevoir des soins et des traitements médicaux adaptés. (Asplin, 2013)

Sur le plan psychologique, elles décrivent une détresse psychologique immédiatement après l'IMG et au moins dans les 3 mois suivants. La plupart des femmes font l'expérience d'un panel d'émotions négatives après l'IMG incluant la tristesse, l'absurdité, la solitude, la fatigue, la souffrance, la colère et la frustration. La sévérité du deuil dépend des variables de l'IMG et du contexte maternel. Ainsi les facteurs aggravants relevés sont un comportement de rejet, d'effondrement, la culpabilité, la présence d'un deuil récent, l'absence d'enfant vivant au moment de l'IMG et l'incertitude par rapport à la décision d'interrompre la grossesse. La planification de l'IMG, l'appartenance à une religion, l'acceptation et l'élaboration positive diminuent l'intensité du deuil (Lafarge C., 2013).

Un certain nombre des patientes décrivent aussi des réactions positives du fait de l'expérience d'empathie et de la bonne organisation des soins. Les facteurs les plus importants associés avec cette satisfaction sont liés à l'aspect humain des soins, la communication adaptée à leur état et la compassion et la compréhension profonde des équipes.

Cependant, si ces couples relèvent positivement la qualité de la relation avec les professionnels et le bon degré d'information, ils soulignent aussi la difficulté de gérer le délai avant l'intervention, la durée et la longueur du travail en salle de naissance (Garel, 2001).

Un suivi à moyen et long terme permet de limiter ses impacts. Ces prises en charge peuvent être individuelles ou en groupe.

Cette difficulté de gérer cliniquement, émotionnellement et moralement l'accompagnement des femmes en salle de travail lors des IMG est aussi présente dans des services référents pour le diagnostic prénatal et l'IMG. (Garel, 2007). Les sages femmes soulignent la difficulté de leur rôle en salle de travail. La responsabilité qui incombe à la sage femme d'apporter du soutien psychologique à ces femmes et la détresse émotionnelle de ces femmes elles-mêmes. Ainsi 65 % rapportent qu'elles se sentent particulièrement touchées lorsque l'enfant était vivant dans le cas des IMG tardives. 25 % soulignent le conflit moral dû à leur culture, leur identité personnelle et religieuse, surtout dans certaines indications. Les sages femmes ayant le plus d'expériences et celles travaillant dans les centres de références indiquent moins de difficulté que les autres.

Cependant, il est nécessaire d'améliorer le soutien institutionnel disponible dans les maternités pour soulager les sages-femmes dans leurs rôles. Le besoin de formation sur les aspects psychologiques et éthiques de l'IMG est fréquemment soulevé. Certaines équipes ont ainsi souhaité mettre en place des groupes de parole pour les professionnels.

Par ailleurs améliorer la formation des sages-femmes à l'accompagnement des patientes en deuil paraît indispensable pour améliorer la prise en charge des patientes en particulier en salle de naissance et dans le post-partum immédiat mais aussi pour améliorer le vécu des sages-femmes.

Naissance d'un enfant porteur d'une malformation

Même quand l'anomalie fœtale diagnostiquée s'avère curable où de bon pronostic, la grossesse, la naissance, et la période périnatale sont une épreuve pour les parents. L'annonce initiale est toujours traumatique. Une information honnête claire, et compréhensible est indispensable pour permettre aux parents d'imaginer de nouveau leur enfant comme un être concret, par opposition au fantasme effrayant porté par la notion « d'anormalité » ou le nom effrayant d'une malformation. Dans ce processus, la rencontre du pédiatre ou du chirurgien susceptible de prendre en charge l'enfant après la naissance est un élément fondamental, qui illustre bien l'indispensable fonctionnement multidisciplinaire des CPDN.

Gillot de Vries *et al.*, (Gillot de Vries, 1992) dans une étude sur quatre maternités sur une population de femmes avec des fœtus/enfant témoins et présentant des fœtopathies, ont montré l'effet traumatique de l'annonce et du diagnostic de ce diagnostic : angoisse, sentiment d'abattement, isolement, déni de la réalité. Les références sur lesquelles se fondait leur existence sont brusquement remises en question et l'image qu'ils ont d'eux-même est profondément altérée.

Les femmes ont un vécu négatif de leur grossesse, 64 % contre 88 % souhaitent avoir un nouvel enfant. Physiquement elles se sentent plus « abîmées » par leur grossesse (50 % *vs* 29 %).

Leur grossesse est vécue comme négative, empreinte d'anxiété et de culpabilité. L'annonce d'une anomalie fœtale provoque une blessure narcissique intense.

Lorsque l'enfant présente une malformation ou une pathologie qui est explicitée aux parents, Sirol, décrit l'activation de l'ambivalence maternelle vis-à-vis de son fœtus habituellement refoulée par la mère, qu'il présente sous le concept de « haine contre le fœtus ». Cette activation peut faire trauma en accédant à la conscience (Sirol, 2003).

À l'arrivée de l'enfant, fréquemment, toute l'angoisse contenue depuis plusieurs semaines éclate intensifiée avec la confrontation entre l'enfant et réel et l'enfant imaginaire ? Les fantasmes liés à la perte de l'enfant sont nombreux et décuplés quand les mères sont séparées du nouveau-né, signantle fait qu'elles ont donné naissance à un bébé « malade », « qu'elles n'ont pas été à la hauteur ». Elles peuvent alors présenter une forme « d'hyperactivité » face à la culpabilité et le sentiment d'être dépossédés de leur enfant au profit de l'équipe médicale. Elles cherchent à se repositionner dans leur rôle de mère, à se sentir utile, compétente, de maîtriser ainsi dans une certaine mesure l'angoisse qui les assaille.

Les soins médicaux entravent leur interaction avec leur bébé dont elles craignent sans cesse la disparition. On voit alors des phénomènes de « deuil anticipé » présent déjà au cours de la grossesse (les mères évoquent les difficultés rencontrées dans cette période pour investir leur fœtus.

Certaines luttent en surinvestissant leur enfant, ont des comportements de surprotection pouvant ensuite freiner le processus de séparation individuation.

Comme lors du dépistage, l'annonce de la malformation, entame les limites de la fiabilité de l'échographie (17 % non satisfaites par les échographies contre 0 % chez les contrôles $p < 0{,}024$). Ainsi, l'échographie qui apparaît dans un premier temps comme un moyen de « rencontrer » l'enfant réel, de suivre l'évolution du développement du fœtus, apparaît comme un facteur d'anxiété, susceptible de révéler une anomalie fœtale grave.

Les professionnels se disent eux peu préparés aux situations d'annonce, considérant l'annonce comme un « temps de crise » accentué par l'anxiété parentale (dans 50 % des cas) et la gravité de la pathologie. Ils parlent de tristesse, de doute, de malaise.

Par ailleurs, les patientes sont demandeuses de rencontrer les équipes pédiatriques qui traitent du type de troubles annoncé pour leur enfant et cette pratique, si elle est encore peu étudiée, est de plus en plus pratiquée par les équipes.

Ainsi dans leur étude sur l'accompagnement des familles dans le cadre de l'annonce de maladies cardiaques complexes (Menahem, S, 2004)

Menahem *et al*. ont proposé aux parents décidant de poursuivre la grossesse un accompagnement au cours de l'échographie de confirmation du diagnostic. L'échographie est ainsi réalisée en présence d'un cardiologue pédiatrique qui amorce l'explication de l'anomalie avec l'échographiste en posant et donnant des explications en termes simples compréhensibles par les parents concernant la nature de l'anomalie, ses possibles conséquences, la nécessité d'une intervention, les risques à court et long terme centrés sur la qualité de vie ultérieure de l'enfant. Ils observent ainsi que l'accompagnement dans le processus de deuil de l'enfant idéal et l'information prénatale sur les soins postnatals de l'enfant permettent aux parents d'être mieux préparés à accueillir leur enfant et permettent que l'investissement de celui-ci puisse se réaliser dans les meilleures conditions possibles.

Quelques études axées sur les professionnels (Moutard, 2004) spécialisés en diagnostic prénatal montrent que l'incertitude des médecins et l'ambiguïté de la réponse donnée aux parents seraient selon eux un facteur d'anxiété chez les futures mères. L'étude suggère que dans les situations de doute diagnostic le recours au 2e avis d'un référent pédiatre impliqué dans le suivi d'enfants porteurs de la malformation serait de nature à améliorer la qualité de l'information des parents dans les situations où le pronostic est difficile à établir. On peut émettre l'hypothèse que l'expérience du pédiatre permettrait de réincarner l'enfant aux yeux des parents ce qui leur permettrait de reprendre la dynamique représentationnelle suspendue par l'annonce du diagnostic.

Conclusion

Les professionnels sont de plus en plus soucieux de l'accompagnement des parents dans le cadre des annonces de pathologie fœtale. Les réunions pluridisciplinaires de diagnostic anténatal permettent une concertation pour les situations les plus délicates au plan pratique ou éthique. Le moment de l'annonce reste un moment clef auquel l'échographiste ne peut se soustraire même si les différents enjeux pourront être rediscutés en consultation de diagnostic prénatal dans un second temps. Les parents ont des questions aussi bien au sujet des implications de la grossesse, de la signification des examens mais aussi des « solutions » possibles : IMG, soins *in utero*, opération après la naissance. Ces questions impliquent aussi bien l'obstétricien, l'échographiste, parfois le généticien et le pédiatre ainsi que les professionnels du psychisme. Il n'est pas possible d'y répondre complètement dans l'urgence de l'annonce. En revanche, toute annonce devrait être accompagnée d'un programme clair, visant dans les meilleurs délais à infirmer ou confirmer la suspicion, et le cas échéant, à réunir tous les éléments du pronostic.

En postnatal, l'accompagnement des parents est fondamental pour leur permettre de prendre leur place de parent, d'être valorisés dans leurs

compétences parentales afin que les liens précoces puissent se tisser au mieux. Lorsque c'est possible, la présentation du nouveau-né à la mère avant son éventuel transfert en service de néonatologie ou réanimation et ensuite un contact régulier leur permet d'installer les interactions précoces, travailler l'investissement du bébé réel, si différent du bébé imaginaire.

La formation des professionnels à l'annonce, à la gestion de leurs propres angoisses et représentations face aux pathologies qu'ils découvrent sous les yeux des parents. Mieux connaître les enjeux des différents mouvements des parents pour mieux s'y préparer apparaît à présent comme un élément important de leur formation.

Références

Ammaniti M. Maternal. Representations during pregnancy and early mother-infant interactions. Psychiatrie Enfant 1991;34(2):341-58.

Asplin N, Wessel H, Marions L, Georgsson Öhman S. Pregnancy termination due to fetal anomaly : Women's reactions, satisfaction and experiences of care. Midwifery, 2013.

Bion WR. Aux sources de l'expérience. Paris: PUF; 2003.

Brisch KH, Munz D, Bemmerer-Mayer K, et al. Coping styles of pregnant women after prenatal ultrasound screening for fetal malformation. Journal of psychosomatic research 2003;55(2):91-7.

Cupa D, Valdes L, Abadie I, Pineiro M, Lazartigues A. Bébé imaginé et interactions précoces. Devenir 1992;4(2):47-60.

Field T, Diego M, Hernandez-Reif M, et al. Pregnancy anxiety and comorbid depression and anger: effects on the fetus and neonate. Depress Anxiety 2003;17(3):140-51.

Fonagy P, Steele H, Steele M. Maternal representations of attachment during pregnancy predict the organization of infant-mother attachment at one year of age. Child Dev 1991;62(5):891-905.

Fonseca A, Nazare B, Canavarro MC. Clinical determinants of parents' emotional reactions to the disclosure of a diagnosis of congenital anomaly. J obstet gynecol neonatal nurs 2013;42(2):178-90.

Freud S. L'inquiétante étrangeté. Paris: Gallimard; 1919.

Garel M, Cahen F, Gaudebout P, et al. Opinions of couples on care during medical termination of pregnancy. Gynecol obstet fertil 2001;29(5):358-70.

Garel M, Étienne E, Blondel B, Dommergues M. French midwives' practice of termination of pregnancy for fetal abnormality. At what psychological and ethical cost? Prenat diagn 2007;27(7):622-8.

Gillot de Vries F. Un bébé bien portant-un bébé problème. Arch. public. Health 1992;449-56.

Gourand L. L'arrêt du mirage ? L'échographie prénatale avant et après l'arrêt Perruche. In: Missonnier S, Golse B, Soulé M, editors. La grossesse, l'enfant virtuel et la parentalité. Paris: PUF; 2006. p. 215-22.

Haute autorité de santé. Évaluation des stratégies de dépistage de la trisomie 21. Recommandations en santé publique. Juin 2007. www.has-sante.fr

Irwin NA, Kennel JH, Klaus HM. Caring for the parents of an infant with a congenital malformation. In: Klaus MH, Kennel JH, editors. Parent-bounding. Losby: Ed. Saint-Louis; 1982.

Kaasen A, Helbig A, Malt UF, et al. Acute maternal social dysfunction, health perception and psychological distress after ultrasonographic detection of a fetal structural anomaly. BJOG 2010;117(9):1127-38.

Kersting A, Wagner B. Complicated grief after perinatal loss. Dialogues clin neurosci 2012;14:187-94.

Lafarge C, Mitchell K, Fox P. Perinatal grief following a termination of pregnancy for foetal abnormality: the impact of coping strategies. Prenat diagn 2013;33(12):1173-82.

Larsson A, Crang-Svalenius E, Dykes A. Information for better or for worse: interviews with parents when their foetus was found to have choroid plexus cysts at a routine second trimester ultrasound. J psychosom obstet gynaecol 2009;30(1): 48-57.

Mazet P, Stoléru S. Psychopathologie du nourrisson et du jeune enfant. Développement et interactions précoces. Paris: Masson; 2003.

Menahem S, Grimwade J. Effective counselling of pre-natal diagnosis of serious heart disease-an aid to maternal bonding? Fetal diagn ther 2004;19(6):470-4.

Miller DT, Adam MP, Aradhya S, et al. Consensus statement : chromosomal microarray is a first-tier clinical diagnostic test for individuals with developmental disabilities or congenital anomalies. Am j hum genet 2010;86:749-64.

Missonnier S, Golse B, Soulé MD. La grossesse, l'enfant virtuel et la parentalité. Paris: PUF; 2004.

Moutard ML, Fauriel I, Moutel G, et al. Parent's information and prenatal diagnosis of cerebral malformation with an uncertain prognosis. Arch pediatr 2004;11(5):423-8.

Pommier N. Le rêve : paradigme de l'ambivalence du désir d'enfant… et de la rencontre interculturelle. Cliniques méditerranéennes 2013;87(1):203-20.

Petersen J, Jahn A. Suspicious findings in antenatal care and their implications from the mothers' perspective: a prospective study in Germany. Birth 2008;35(1): 41-9.

Raphael-Leff J. Pregnancy. The Inside Story. London: Sheldon Press; 1993.

Redon R, Ishikawa S, Fitch KR, et al. Global variation in copy number in the human genome. Nature 2006;444(7118):444-54.

Rustico MA, Mastromatteo C, Grigio M, et al. Two-dimensional vs two-plus four-dimensional ultrasound in pregnancy and the effect on maternal emotional status: arandomized study. Ultrasound in obstetrics & gynecology 2005;25(5): 468-72.

Sedgmen B, McMahon C, Cairns D, et al. The impact of two-dimensional versus three-dimensional ultrasound exposure on maternal-fetal attachment and maternal health behavior in pregnancy. Ultrasound in obstetrics & gynecology 2006;27(3):245-51.

Sirol F. Le diagnostic antenatal, un nouvel indice prédictif de la dépression maternelle. Neuropsychiatr Enfance Adolesc 1999;47(1-2):17-21.

Smith-Bindman R, Chu P, Goldberg JD. Second trimester prenatal ultrasound for the detection of pregnancies at increased risk of down syndrome. Prenat diagn 2007;27(6):535-44.

Smith-Bindman R, Hosmer W, Feldstein VA, Deeks JJ, Goldberg JD. Second-trimester ultrasound to detect fetuses with Down syndrome: a meta-analysis. JAMA 2001;285(8):1044-55.

Soubieux MJ, Soulé M. La psychiatrie fœtale. Paris: PUF; 2005.

Soulé M, Gourand L, Missonnier S, Soubieux M-J. L'échographie de la grossesse. Promesses et vertiges. Paris: Érès; 2011. 376.
Viaux-Savelon S, Dommergues M, Rosenblum O, et al. Prenatal ultrasound screening: false positive soft markers may alter maternal representations and mother-infant interaction. PLoS One 2012;7(1). e30935.
Viaux-Savelon S, Rosenblum O, Mazet P, Dommergues M, Cohen D. La surveillance échographique prénatale des grossesses à suspicion de malformation : étude du retentissement sur les représentations maternelles. Neuropsychiatrie de l'enfant et de l'adolescent 2007;55:413-23.
Watson MS, Hall S, Langford K, Marteau TM. Psychological impact of the detection of soft markers on routine ultrasound scanning: a pilot study investigating the modifying role of information. Prenatal diagnosis 2002;22(7):569-75.
http ://www.agence-biomedecine.fr/IMG/pdf/rapport_annuel_vdef.pdf
Arrêté du 23 juin 2009. Les règles de bonnes pratiques en matière de dépistage et de diagnostic prénatals avec utilisation des marqueurs sériques maternels de la trisomie 21. http ://www.legifrance.gouv.fr

Les enjeux de la prématurité : interventions auprès des bébés et des parents

avec la contribution de Laure Vannier

Les progrès de ces dernières décennies dans le domaine de la néonatalogie ont abouti à la survie d'enfants de plus en plus prématurés et de plus en plus petits. Ce n'est que plus récemment que les chercheurs se sont intéressés aux conséquences de la prématurité sur le développement cognitif et psychologique des enfants, avec plusieurs grandes études françaises longitudinales (EDEN et EPIPAGE, OLIMPE). Si les conséquences chez l'enfant d'âge scolaire sont actuellement beaucoup étudiées, il existe encore relativement peu d'études s'intéressant aux adolescents et aux adultes anciens prématurés. Ces conséquences sont importantes à connaître en psychopathologie de la petite enfance, pour analyser les causes d'un symptôme, d'un trouble du développement chez un ancien prématuré, en ayant une idée des épreuves subies par le bébé et par ses parents.

Causes et incidences de la prématurité

Entre 5 % et 12 % des naissances surviennent avant le terme normal de la grossesse dans les pays industrialisés.

En France, les naissances prématurées sont chaque année environ 60 000, dont 13 000 (1,5 %) avant 32 semaines d'aménorrhée (grande prématurité), 7 000 (0,8 %) à 32-33 semaines (prématurité modérée) et 40 000 (5,1 %) à 34-36 semaines (prématurité tardive). En France, le taux de prématurité est

passé de 5,9 % en 1995 à 7,2 % en 2003 et à 7,4 % en 2010. Les raisons de cette augmentation sont la part croissante de la prématurité induite, des naissances multiples et l'élévation progressive de l'âge à la maternité. Cette augmentation a plus particulièrement concerné les naissances entre 32 et 36 semaines d'aménorrhée (Ancel, 2012).

Principaux facteurs de risque de naissances prématurées

- Grossesses gémellaires (risque × 8).
- Antécédents de prématurité ou d'avortements tardifs (× 3 à 5).
- Situation sociale défavorisée (× 1,5 à 2).
- Conditions de travail difficiles (× 1,3 à 1,5).
- Consommation de tabac (× 1,3).
- Âge maternel élevé (× 3, 4).
- Chorioamniotites et infections.
- Insuffisances hormonales.

De nombreuses études ont montré le rôle déterminant des pathologies infectieuses (chorioamniotite) et de la réponse inflammatoire qu'elles engendrent. On estime qu'elles sont responsables de 25 % à 45 % des accouchements prématurés. Des dysfonctionnements hormonaux, plus particulièrement ceux concernant la progestérone, pourraient jouer un rôle dans la survenue d'un accouchement avant terme. La progestérone est responsable du maintien de l'utérus au repos, de l'intégrité cervicale et possède une action anti-inflammatoire. Un déficit en progestérone, qu'il soit fonctionnel (en présence d'une infection) ou primitif (insuffisance lutéale), peut être à l'origine d'avortements à répétition et de prématurité.

Facteurs psychosociaux de la prématurité

Le stress pendant la grossesse double le risque de prématurité, selon la plupart des études, mais avec des résultats discordants. Les raisons de ces discordances sont liées à la définition et au type de stress étudié (chronique ou aigu), aux échelles de mesure retenues, ainsi qu'à la prise en compte ou non de facteurs susceptibles de moduler les effets du stress (Gallois, Wendland et Tordjman, 2012 ; Talge *et al.*, 2007). L'intérêt porté aux effets de l'environnement physique et chimique sur la santé a conduit à s'interroger sur le rôle de la pollution dans la survenue d'un accouchement prématuré. Des associations ont été rapportées avec le monoxyde de carbone, l'ozone, les microparticules.

Taux de survie et de complications des grands prématurés

En France, l'étude EPIPAGE a montré que près de 85 % des enfants grands prématurés nés en 1997 étaient sortis vivants des services de néonatologie, les taux de survie variant de 0 % à 22-23 semaines d'aménorrhée à 95 % à 31 semaines. Les données récentes montrent une amélioration de la survie de ces enfants.

Complications de la prématurité

- Neurologiques : IMC.
- Visuelles et neurovisuelles.
- Troubles de la coordination motrice.
- TDAH.
- Troubles du langage.
- Troubles cognitifs (retard mental).
- Troubles du comportement.
- Troubles du spectre autistique (TSA).

En dépit de ces progrès, la mortalité et la morbidité néonatales restent élevées, et les risques de handicap moteur, sensoriel ou intellectuel importants. Les déficiences motrices le plus couramment étudiées sont les paralysies cérébrales (infirmité motrice cérébrale), une terminologie désignant tout déficit moteur permanent résultant d'une lésion non évolutive d'un cerveau immature.

Dans l'étude EPIPAGE, 9 % des grands prématurés étaient concernés (contre un à deux enfants pour 1 000 nés à terme). La gravité de ces déficiences est variable, puisque deux tiers des enfants se déplaçaient sans aide, alors que 20 % étaient dans l'incapacité de se déplacer seuls. Les déficiences auditives demeurent rares (< 1 %). Les travaux récents montrent que les déficiences intellectuelles et les troubles cognitifs spécifiques (dyspraxies, troubles visuo-attentionnels, troubles du langage et dyslexies-dysorthographies, dyscalculies…), qui sont difficiles à évaluer et mesurer, constituent un problème essentiel de la prématurité. Dans l'étude EPIPAGE, 21 % des grands prématurés âgés de 5 ans avaient une déficience intellectuelle légère et 12 %, une déficience intellectuelle modérée à sévère contre respectivement, 8 % et 3 % des enfants nés à terme. Au total, 40 % des enfants grands prématurés avaient un trouble moteur (paralysie cérébrale) ou un retard intellectuel ou une déficience sensorielle, soit 4 fois plus que les enfants nés à terme. Les formes les plus graves (5 %) (paralysie cérébrale sans marche possible, déficience intellectuelle profonde, cécité ou déficience auditive bilatérale) étaient aussi les plus rares.

Prématurité modérée (32-33 SA) et prématurité tardive (34-36 SA) : risques évolutifs

La majorité des naissances prématurées surviennent après 32 semaines d'aménorrhée (SA). Bien que l'immaturité de ces enfants soit moins marquée, les risques de décès, les pathologies néonatales et les troubles du développement sont significativement plus élevés qu'à terme.

La mortalité reste cinq à dix fois supérieure à celle des enfants nés à terme, atteignant 2 % à 3 % à 32-33 semaines d'aménorrhée et 0,5 % à 1 % à 34-36 semaines. Chez ces enfants, les complications les plus fréquentes sont respiratoires : 10 % à 15 % des nouveau-nés nés à 34 semaines d'aménorrhée nécessitent une ventilation assistée, et 30 % à 50 % sont hospitalisés en réanimation néonatale.

Dans l'étude EPIPAGE, à 5 ans, un tiers des enfants nés à 30 et 31 semaines et un quart de ceux nés à 32, 33 et 34 semaines avaient un déficit cognitif modéré ou sévère.

Quelques études permettent de dresser un bilan des conséquences scolaires, professionnelles et sociales de la prématurité modérée et tardive. Une étude menée aux États-Unis sur des enfants en école primaire a montré qu'en cas de prématurité même tardive (34-36 SA), les résultats en lecture et mathématiques étaient inférieurs de 25 % à ceux de la population de même âge née à terme, et la prise en charge en éducation spécialisée deux fois plus fréquente. Dans l'étude française, à 8 ans, 3 % à 4 % des enfants nés entre 30 et 33 semaines d'aménorrhée étaient en école ou classe spécialisée, ce qui est plus élevé qu'à terme (1 %). Dans cette étude, le taux de redoublement était près de trois fois plus élevé chez les enfants prématurés, y compris à 34 semaines d'aménorrhée, que chez les enfants nés à terme. Des informations sont également disponibles sur les résultats dans le secondaire et à l'université.

Une étude suédoise a montré que 26 % des enfants nés avant 28 semaines d'aménorrhée avaient atteint un niveau d'études universitaire ; ils étaient 34 % à 29-32 semaines, 36 % à 33-36 semaines, contre 39 % à terme. Des résultats comparables étaient observés dans la cohorte norvégienne. La prématurité modérée et tardive est associée à des revenus du travail plus faibles à l'âge adulte, alors que le taux d'emploi semble comparable à celui des adultes nés à terme. Ces écarts de revenus persistent lorsque les personnes handicapées ne sont pas prises en compte.

Troubles psychopathologiques liés spécifiquement à la prématurité

Plusieurs études s'accordent pour conclure que les enfants prématurés ont environ trois fois plus de risque que les enfants nés à terme de développer un trouble psychiatrique, les diagnostics les plus couramment évoqués étant le Trouble déficit de l'attention avec hyperactivité (TDAH) et les troubles anxieux.

Trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité

C'est la conséquence de la prématurité la plus consensuelle. De nombreuses études font état d'une plus forte prévalence de symptômes de TDAH chez les anciens prématurés, parmi lesquelles certaines considèrent la prématurité, et ce quel que soit son degré, comme un facteur de risque indépendant de développer un TDAH, avec un risque relatif environ égal à deux fois. Si certaines études sont en faveur d'une forme inattentive prédominante, d'autres concluent à une plus forte prévalence de troubles hyperkinétiques.

Le terme de naissance a un effet statistiquement significatif sur les résultats des épreuves d'attention, avec des scores décroissant parallèlement à la décroissance de l'âge gestationnel. Le TDAH semble être plus courant chez les enfants prématurés qui manifestent des problèmes neuro-développementaux et chez ceux qui ont un poids plus faible à la naissance et un âge gestationnel moindre.

Trouble du spectre autistique (TSA)

Limperopoulos *et al.* ont décrit une forte prévalence de symptômes du spectre autistique chez les très grands prématurés, avec une forte corrélation entre ces symptômes et la détection de troubles du comportement internalisés et de troubles de la communication et de la socialisation. Ces résultats leur ont permis de présenter les enfants très grands prématurés comme à haut risque de développer des TSA. Johnson *et al.* ont présenté des résultats similaires. Ils ont rapporté une prévalence d'une pathologie autistique précisément définie 65 fois supérieure à la population générale, et une prévalence de TSA quatre à douze fois supérieure. En revanche, la revue de la littérature n'a pas permis de mettre en évidence une prévalence accrue des TSA chez les enfants prématurés modérés.

Toubles du sommeil

Seule une étude parmi celles répertoriées ici s'est intéressée aux troubles du sommeil et a retrouvé une prévalence significativement supérieure de troubles du sommeil chez les prématurés par rapport aux sujets contrôles nés à terme, avec un risque environ trois fois supérieur de développer des troubles du sommeil à l'âge d'un an.

Sécurité de l'attachement

Plusieurs études ont montré qu'il n'y avait pas de différence en termes de sécurité d'attachement chez les prématurés en bonne santé par rapport aux enfants nés à terme. En revanche, un petit poids de naissance et un haut risque néonatal augmenteraient le risque d'un attachement insécure chez les prématurés.

Trouble de l'attachement

Muller Nix *et al.* ont décrit deux patterns dyadiques interactifs émergeant de façon significative dans les dyades mère/enfant prématuré : un pattern de « coopération » (mère sensible, enfant coopérant), un pattern « contrôlant » (mère contrôlante, enfant compulsif-compliant). Ils ont montré que les enfants des dyades en « coopération » ont un devenir comparable à celui des enfants nés à terme, alors que les enfants des dyades « contrôlantes » ont un devenir moins bon que les enfants nés à terme et que les prématurés des dyades « coopération », en particulier en terme de symptômes psycho-fonctionnels (troubles de l'alimentation) et de développement à l'échelle « personnel-social ».

Les troubles de l'attachement seraient donc plus un facteur de risque de complications de la prématurité qu'une conséquence de la prématurité en soi.

Toutefois, plusieurs facteurs associés à une naissance prématurée sont susceptibles d'influencer la relation d'attachement de l'enfant à sa mère : la période périnatale, très éprouvante pour les parents du fait des complications médicales et de la séparation qu'impose l'hospitalisation ; les caractéristiques mêmes des prématurés, décrits comme très différents des enfants nés à terme, car plus irritables, moins actifs, initiant moins d'interactions, induisant une modification des comportements maternels avec des mères plus stimulantes, plus contrôlantes. Ainsi, parents et bébé s'influencent mutuellement dans un processus continu de spirale transactionnelle (Muller Nix *et al.*)

Les relations parent-enfant sont également sous l'influence directe du stress maternel (Muller-Nix). Ainsi, la sensibilité maternelle est significativement moins élevée dans les dyades comprenant un enfant prématuré à haut risque ou avec une mère présentant un risque périnatal élevé. De même, les caractéristiques interactives de l'enfant sont altérées en fonction du niveau de stress maternel, notamment en termes de compliance et de passivité du bébé.

En fonction du genre

L'étude EPIPAGE a montré que le sexe masculin était significativement associé à un score total de difficultés élevé chez les enfants prématurés. Les garçons seraient également plus à risque de développer un TDAH, des troubles du spectre autistique, des troubles émotionnels et des troubles du comportement de type agressif. Les filles seraient plus à risque de développer des troubles anxio-dépressifs. Grunau *et al.* n'ont pas retrouvé de différences des performances cognitives et académiques entre les deux sexes.

Chez l'adolescent et l'adulte jeune

La morbidité des adolescents et adultes jeunes anciens prématurés est encore relativement peu étudiée. Les résultats sont très hétérogènes selon les populations étudiées.

Les études qui se sont intéressées aux anciens prématurés de très petit poids de naissance (< 1 500 g) ou d'extrêmement petit poids de naissance (< 800 g) ont montré des capacités cognitives et académiques inférieures aux sujets contrôles nés à terme, ainsi que des scores supérieurs de sévérité de la morbidité psychiatrique. Les sujets prématurés présentaient un plus fort risque de développer un TDAH (en particulier un trouble attentionnel), un trouble anxieux ou des symptômes autistiques. Il est intéressant de noter que, selon Dahl *et al.*, les adolescents prématurés de très petit poids de naissance rapportaient moins de troubles du comportement, moins de troubles attentionnels et plus d'hyperactivité que leurs pairs nés à terme, alors que leurs parents rapportaient plus de difficultés sociales et scolaires, et plus de troubles du comportement internalisés et de difficultés attentionnelles.

Les études s'intéressant aux prématurés modérés ou de poids de naissance supérieur à 1 500 g n'ont pas retrouvé de différence significative par rapport aux sujets contrôles en termes de capacités cognitives, de troubles psychiatriques, de signes d'hyperactivité ou d'inattention, de fonctionnement psychosocial ou de qualité de vie.

Les taux d'hospitalisation pour troubles psychiatriques et comportements suicidaires chez l'adolescent et l'adulte jeune augmentaient parallèlement au degré de prématurité, les sujets très prématurés ayant un risque d'hospitalisation augmenté de 60-70 %.

L'un des enjeux majeurs de la prématurité est la relation parents-enfant. En effet, l'état de santé mentale des parents est un facteur prédictif important du développement de l'enfant. De plus, la séparation précoce et les hospitalisations itératives et/ou prolongées de l'enfant, peuvent mettre à rude épreuve ses relations avec ses parents, avec en particulier le risque d'attachement insécure du fait d'une altération du *caregiving*. D'où l'importance de la prise en charge pré- et postnatale des parents en souffrance, et surtout de sensibiliser les équipes de soins intensifs néonatals à l'importance de favoriser des relations parents-enfant de bonne qualité (objectifs de la recherche OLIMPE).

La prématurité est une entité complexe d'origine multifactorielle, dont les causes sont encore mal connues, mais qui peut nous permettre d'en apprendre sur le développement normal. Sa complexité réside également dans l'hétérogénéité de la population des enfants prématurés dont le pronostic dépend de l'âge gestationnel à la naissance, mais aussi des événements survenus pendant la grossesse et les premières semaines de vie. La survie s'est améliorée et les déficiences motrices n'augmentent plus, voire diminuent. Les évolutions sont moins claires concernant le devenir cognitif des enfants, car l'étendue des troubles est large (retard intellectuel, troubles praxiques, de l'attention, de la mémoire et du comportement) et les études, pas assez nombreuses.

Au total, la prématurité, dans son ensemble, représente près de 50 % des handicaps d'origine périnatale, soit plus de 3 500 enfants chaque année en France. Si la grande prématurité est une situation à risque pour les enfants, les résultats observés pour les prématurités modérée et tardive doivent inciter à ne pas les banaliser.

Références

Beckechi-Mysticki V, Guedeney N. Évaluation des représentations maternelles de la protection dans la grande prématurité. Devenir 2008;1(20):5-33.

Buchmayer S, Johansson A, Hultman C, Sparen P, Cnattingius C. Can association between preterm birth and autism be explained by maternal or neonatal morbidity? Pediatrics 2009;124:817-82.

Bhutta, et al. Cognitive and behavioral outcomes of school-aged children who were born preterm a meta-analysis. JAMA 2002;288:728-37.

Dahl, et al. Emotional, behavioral, social, and academic outcomes in: adolescents born withvery low birth weight. Pediatrics 2006;118:e449-59.

Deforge, et al. Développement cognitif et performances attentionnelles de l'ancien prématuré normal à l'âge scolaire. Archives de pédiatrie 2006;13:1195-201.

Delobel-Ayoub M, Kaminski M, Marret S, Burguet A, Marchand L, N'Guyen S, et al. Behavioral outcome at 3 years of age in very preterm infants: the EPIPAGE study. Pediatrics 2006;117(6):1996-2005.

Delobel-Ayoub, et al. Behavioral problems and cognitive performance at 5 years of age after very preterm birth: the EPIPAGE study. Pediatrics 2009;123:1485-92.

Farooqi, et al. Mental health and social competencies of 10-to 12-year-old children born at 23 to 25 weeks of gestation in the 1990: a swedish national prospective follow-up study. Pediatrics 2007;120:118-33.

Gallois T, Wendland J, Tordjman S. Effets du stress prénatal sur le fœtus et les données périnatales : Une revue critique de la littérature. L'évolution psychiatrique 2012;77:291-301.

Garel M, Dardennes M, Blondel B. Mothers' psychological distress 1 year after very preterm childbirth. Results of the EPIPAGE qualitative study. Child care health & developement 2007;33:137-43.

Guedeney, et al. Perinatal risk factors and social withdrawal behaviour. European child and adolescent psychiatry 2012;21:185-91.

Gurka, et al. Long-term cognition, achievement, socioemotional, and behavioral development of healthy late-preterm infants. Archives of pediatric and adolescence medicine 2010;164(6):525-32.

Hayes B, Sharif F. Behavioural and emotional outcome of very low birth weight infants-litterature review. Journal of maternal and foetal neonatal medicine 2009;22(10):849-56.

Janssens A, Uvin K, van Impe H, Laroche SM, Van Reempts P, Deboutte D. Psychopathology among preterm infants using the diagnostic classification zero to three. Acta paediatrica 2009;98(12):1988-93.

Jarreau PH. Le devenir de l'enfant prématuré. La revue du praticien 2012;62:361-77.

Johnson, et al. Autism spectrum disorders in extremely preterm children. The journal of pediatrics 2010;156:525-31.

Kuban KCK, O'Shea TM, Alfred EN, Tager-Flusberg H, Goldstein DJ, Leviton A. Positive screening on the modified check list for autism in toddlers (M-CHAT) in extremely low gestational age newborns. Journal of pediatrics 2009;154(4):535-40.

Larroque B, Bertrais S, Czernichow P, Leger J. School difficulties in 20-years-olds who were born small for gestationaage at term in a regional cohort study. Pediatrics 2001;108:111-5.

Larroque, et al. Devenir à 5 et 8 ans des enfants grands prématurés dans l'étude Épipage : développement cognitif, troubles du comportement et scolarisation. Archives de pédiatrie 2008;15:589-91.

Larroque B, Ancel PY, Marret S, et al. Neurodevelopmental disabilities and use of special care needs of 5-year-old children born before 33 weeks'gestation: the EPIPAGE study. Lancet 2008;371:813-20.

Limperopoulos, et al. Positive screening for autism in ex-preterm infants: prevalence and risk factors. Pediatrics 2008;121:758-65.

Linström K, Winbladh B, Haglund B, Hjern A. Preterm infants as young adults: a swedish national cohort study. Pediatrics 2007;120:70-7.

Marret S, Ancel PY, Marpeau L, et al. Neonatal and 5-year outcomes after birth at 30-34 weeks'gestation: the EPIPAGE cohort study. Obstetrics and gynecology 2007;110:72-80.

Muller-Nix C, et al. Prématurité, vécu parental et relations parents/enfant : éléments cliniques et données de recherche. La psychiatrie de l'enfant 2009;52(2):423-50.

Muller-Nix C, Forcada-Guex M, Borghini A, et al. Prématurité, vécu parental et relations parents/enfants : éléments cliniques et données de recherche. La psychiatrie de l'enfant 2009;52:423-50.

Pierrehumbert B, Ramstein T, Karmaniola A, et al. Child care in the preschool years: attachement, behavior problems and cognitive development. European journal of psychology and educcation 1996;2:201-4.

Talge NM, Neal C, Glover V. The early stress, translational research and prevention science network: fetal and neonatal experience on child and adolescent mental health. antenatal maternal stress and long-term effects on child neurodevelopment: how and why? Journal of child psychology and psychiatry 2007;48(3–4):245-61.

Cancer et grossesse, une rencontre singulière : impact sur la parentalité, la relation mère-fœtus/nourrisson et le développement de l'enfant

par Jaqueline Wendland

Un nombre non négligeable de femmes vivent des complications somatiques plus ou moins graves au cours de leur grossesse ou de la période périnatale. Ainsi, près de 19 % des femmes enceintes en France vivent une hospitalisation durant leur grossesse, près de 10 % ont une menace d'accouchement

prématuré (MAP), 7,2 % développent un diabète gestationnel et 4,9 % présentent une hypertension gravidique (Enquête Périnatale Nationale, Blondel et Kermarrec, 2011). Ces complications impliquent des risquent obstétricaux et néonataux pour la mère et l'enfant à naître, mais il s'agit généralement de grossesses à risque bien connues et surveillées. Tel n'est pas le cas lorsqu'un diagnostic de cancer chez la mère survient pendant la grossesse ou la période périnatale. Cette conjonction constitue une « complication » des plus extrêmes et complexes. Au-delà des effets immédiats liés au traumatisme de l'annonce d'une maladie grave au cours d'une période sensible, nous connaissons encore très peu à propos de son impact sur la parentalité, la relation mère-fœtus/nourrisson et notamment le devenir de l'enfant.

Fréquence

En France, l'association cancer et grossesse concerne entre 450 et 600 nouveaux cas par an et un nombre un peu plus important de cancers (souvent préexistants) sont dépistés dans l'année du post-partum (Rouzier *et al.*, 2008). Ce chiffre aurait tendance à s'accroître du fait de l'âge maternel de plus en plus tardif lors de la maternité, âge qui rejoint celui des cancers les plus fréquents chez la femme, essentiellement gynécologiques. Un Centre référent cancer et grossesse a été créé en 2008 à l'Hôpital Tenon (Paris) et peu à peu un réseau national s'est organisé. En collaboration avec ce réseau, nous menons depuis quelques années un projet de recherche qui vise à étudier de manière prospective l'impact d'un cancer périnatal sur la mère, le couple parental et notamment l'enfant né dans ce contexte (Wendland, 2009 ; 2012). Il apparaît d'emblée que les services de maternité, de pédiatrie et d'oncologie semblent encore faiblement préparés et coordonnés face à ces situations très complexes aux plans humain, médical et éthique, y compris pour le suivi à court et moyen terme de l'enfant né dans ce contexte particulier.

La plupart des études concernant l'impact d'un cancer chez le parent portent sur des enfants d'âge scolaire et des adolescents (Visser *et al.*, 2004), et celles concernant le devenir des jeunes enfants sont souvent médicales et à court terme (Osborn, 2007), ou limitées à des cas cliniques (Boinon *et al.*, 2009 ; Schmitt *et al.*, 2010). Par ailleurs, les effets à long terme sur l'enfant des traitements subis *in utero* restent mal connus et l'information au couple parental ne pourra être complète et rassurante à ce sujet.

Bien que rare, la pratique clinique en périnatalité et pédopsychiatrie offre parfois l'occasion de suivre des dyades mère-bébé ayant connu cette situation. Il est à noter, cependant, que ces femmes ne sont guère adressées par des services d'oncologie. Pour la plupart, elles arrivent par le biais de la PMI, des pédiatres ou généralistes et seulement après la fin des traitements. Elles consultent pour des difficultés dans la relation parent-enfant ou des symptômes chez leur enfant, et rarement parce qu'elles ont eu un cancer

découvert en pré- ou en postnatal. Parentalité et cancer, enfant et maladie maternelle sont dissociés, par le parent comme par les professionnels, preuve du besoin de protection contre cette impensable concordance. Le temps de la maladie n'est pas celui de la mère, ni celui de l'enfant.

Pourtant, la clinique atteste des effets inévitables et immédiats de cette situation sur le fonctionnement parental et la relation parent-fœtus/enfant. Cette découverte entraîne généralement sidération et une suspension des processus psychiques liés à la parentalité, avec un désinvestissement momentané de l'enfant à naître, ou mise à distance de l'enfant déjà né. Face à une annonce en prénatal, la future mère, le père et leurs familles respectives, ainsi que les professionnels, se trouvent confrontés à une situation qui exige des choix rapides et difficiles, en particulier pour la femme (poursuite ou non la grossesse, pondération des risques, ajustements du traitement en fonction du stade de la grossesse et de la gravité de la tumeur ; Oduncu *et al.*, 2003).

Enceinte et malade

Il est clair que l'état de grossesse modifie singulièrement le vécu de la découverte d'une maladie grave et ce qui s'ensuit, et réciproquement. Dans tous les cas, la femme devra être « active » et mobiliser toutes ses ressources pour engager un combat contre la maladie, alors qu'elle était en situation « d'attente », de « gestation » (Wendland, 2009). Enceinte et malade. Cette situation cumule les paradoxes, les antinomies. Alors qu'elle s'apprête à donner la vie, le cancer renvoie la femme à sa condition de mortelle. Elle conjugue la mise en route de deux processus à priori antagonistes, le devenir mère et le devenir malade (Ferrere et Wendland, 2013). La femme peut être envahie de sentiments de peur, de punition, de souffrance injustement infligée à soi et à l'enfant. L'ambivalence habituelle de toute grossesse pourra se manifester ici dans son paroxysme : « c'est la mère ou l'enfant ». Le fœtus n'est plus perçu comme protégé dans le ventre maternel, car ce corps devient menaçant, tout comme les traitements subis viennent « agresser » le fœtus. Au vécu particulier de la croissance harmonieuse d'un être à l'intérieur de soi viendra se superposer la poussée agressive et anarchique d'une tumeur. Les changements de l'image du corps liés à la grossesse seront perturbés par ceux induits par la maladie et ses conséquences. Lors d'un cancer gynécologique, la femme sera doublement atteinte : dans sa féminité et dans sa maternité.

La découverte d'un cancer au cours de la grossesse est un évènement stressant non seulement majeur (menace de sa propre mort et celle de perdre un enfant) mais aussi durable, car elle implique souvent des traitements lourds et un suivi prolongé, outre le risque de récidive. Par ailleurs, si l'enfant attendu est un gage d'immortalité, y renoncer ne garantit pas pour autant la survie ni la guérison. De même, la grossesse en soi n'a pas d'impact péjoratif sur le pronostic de la patiente, à stade, type de tumeur et âge égal (Stemsheim *et al.*, 2009).

L'accouchement est souvent suivi (ou concomitant) du début de traitements (plus) lourds ou d'interventions, il marque une véritable « rupture », à l'instar de celle provoquée par le cancer dans leur vie. L'accouchement est en fait souvent déclenché lorsqu'un terme acceptable est atteint, pour ne pas retarder l'application des traitements anticancéreux nécessaires. Mais il en résulte que l'enfant sera prématuré et aura lui aussi besoin de soins en néonatalogie.

Impact sur les relations mère-bébé

Les premiers temps avec le nouveau-né peuvent être fortement gênés par les effets des traitements et la faible disponibilité de la mère. Les cas cliniques font état de difficultés à s'investir et à lire les besoins de l'enfant, sans doute liées au besoin de la mère de se centrer sur elle-même, dans un repli narcissique propre à la maladie. La maladie et ses effets activent fortement le système d'attachement chez la femme, faisant concurrence à l'activation progressive de leur *caregiving*, à l'investissement affectif et au dévouement demandés par le bébé. Lorsque la mère est déprimée, épuisée et limitée physiquement par les traitements, peuvent s'installer des automatismes dans les soins et une mise à distance de l'enfant, reflet de leur difficulté à porter l'enfant non seulement physiquement dans les bras, mais aussi psychiquement. On peut y voir également une stratégie de protection de l'enfant vis-à-vis de l'organe touché, porteur du « mal ». Il est à noter que l'allaitement n'est pas permis en cas de chimiothérapie, ce qui pourra frustrer la mère et affecter les premières interactions.

Cependant, bien avant les premières interactions, des effets indirects sur le fœtus peuvent découler des corolaires physiologiques de l'impact de la maladie sur les états émotionnels de la femme enceinte. Il a été bien démontré que le stress, la dépression et l'anxiété maternels durant la grossesse peuvent induire une augmentation des mouvements, du rythme cardiaque et du taux de cortisol chez le fœtus et avoir un impact négatif non seulement sur l'issue obstétricale et néonatale de la grossesse (prématurité, faible poids de naissance), mais aussi sur le profil neurocomportemental du nouveau-né (moins bonnes capacités d'habituation, de régulation des états d'éveil et d'orientation visuelle et auditive, plus irritables à la NBAS) et sur le développement cognitif et socio-émotionnel de l'enfant à plus long terme (pour une revue de la question, Gallois, Wendland et Tordjman, 2012 ; Talge *et al.*, 2007). Ces perturbations pourraient être amplifiées en cas d'évènement stressant majeur tel que le cancer et avoir des effets délétères sur les interactions précoces, renforçant les difficultés de maternage.

Il n'existe pas à proprement parler de psychopathologie du bébé de mère souffrant de cancer. Outre les effets de la dépression et anxiété maternelles bien connus, la relation parent-enfant est marquée par des difficultés caractéristiques des contextes où une maladie grave, qu'elle soit physique ou psychiatrique, vient « handicaper » la parentalité. Ces difficultés peuvent inclure des

troubles de l'attachement, avec l'impossibilité pour le parent de se situer en tant que parent suffisant, rassurant, et permettant à l'enfant d'établir un lien affectif stable et sécurisant (Wendland, 2009). Le parent ne peut pas garantir sa présence dans la continuité et la durée. De l'incertitude et des ruptures (interventions, hospitalisations, soins prolongés) pourront découler des difficultés de séparation : tout éloignement peut être vécu comme menaçant, synonyme d'abandon, de disparition. Évoquant les difficultés de sommeil de son enfant, une mère se demande : « est-ce la nuit, la séparation, la mort (rires) ? » Les parents atteints de maladies graves peuvent avoir aussi des difficultés à gérer les comportements provocateurs et agressifs de l'enfant, à poser des limites, car toute réprimande peut renvoyer à la culpabilité et à l'image de parent défaillant, qui priverait ainsi davantage un enfant déjà perçu en souffrance, en manque.

La place de l'enfant dans les représentations maternelles est forcément particulière : quel sens donner à la coïncidence entre la naissance de l'enfant et l'apparition de la maladie ? La grossesse aurait-elle déclenché, ou « accéléré » la maladie ? L'enfant pourrait-il en être « contaminé » ? Le travail thérapeutique s'efforcera de remettre l'enfant et le parent du côté de la vie et de dégager l'enfant d'une place mortifère. Plus tard, l'enfant lui-même, dès qu'il en sera capable, posera immanquablement des questions sur cette coïncidence de dates. Mais il n'est pas rare qu'il soit perçu comme celui qui a sauvé sa mère, lorsque le suivi de grossesse a permis la découverte d'un cancer silencieux. Enfin, l'enfant est non seulement le témoin direct du drame, il est aussi indéniablement le plus grand espoir et source d'énergie, le but ultime pour lequel lutter.

En résonnance avec le vécu maternel, la perception par l'enfant du statut fragile du parent peut mener à une répression de l'expression de ses besoins et à une hyperadaptation. Ces manifestations plus silencieuses, « en creux », peuvent masquer une souffrance psychologique, et en particulier des éléments dépressifs, y compris chez des bébés et des très jeunes enfants (Fraiberg, 1982 ; Guedeney, 2007). Cette hyperadaptation peut être d'autant plus marquée et durable que le parent doit poursuivre des traitements et une surveillance médicale pendant plusieurs années de vie de l'enfant, ce qui est précisément le cas ici. Pour toutes ces raisons, un accompagnement de la parentalité et de la relation parent-enfant s'avère essentiel.

Dès l'annonce du diagnostic se pose d'emblée la question du devenir de l'enfant si la mère venait à décéder. Ceci attire naturellement l'attention sur la position difficile du père, confronté au désir de voir naître et grandir son enfant et de sauver sa femme. Le père porte à la fois la mère, l'enfant et la vie courante familiale. L'implication dans les soins de l'enfant est grande et le lien avec lui peut devenir plus fort que celui avec la mère. Il est essentiel de permettre au père d'exprimer ses craintes et ambivalences et de lui offrir un soutien psychologique. Dans le couple, le cancer peut mettre à jour et majorer des points de vulnérabilité dans l'histoire de chacun des partenaires, points sur lesquels peuvent s'ancrer des difficultés à structurer la parentalité.

Quels que soient le pronostic et l'issue de la maladie, le couple parental devra être accompagné pour réorganiser le quotidien à travers des aides extérieures (intervention d'une TISF, assistante maternelle ou crèche pour la garde de l'enfant), ou de l'entourage. La mère atteinte de cancer peut difficilement assumer seule les soins du bébé. Vis-à-vis des grands-parents, la maladie provoque un mouvement inverse de celui de la parentalité : elle rend le malade dépendant de ses proches ou d'autres figures maternelles substitutives. La maladie renvoie à une position infantile, de dépendance, alors que la parentalité devrait permettre à la femme de s'affranchir de ses figures parentales en devenant parent à son tour (Wendland, 2012).

L'approche de ces situations complexes est nécessairement pluridisciplinaire. La formation, les régulations et les transmissions entre professionnels des services de maternité, d'oncologie et de psychiatrie périnatale sont essentielles afin de garantir cohérence et coordination des soins. Il importe également d'éviter le clivage mère-fœtus, et le « déni » de la parentalité, veillant à ce que la femme soit aussi considérée dans sa dimension de future mère et de femme dont le processus de parentalité a été brutalement perturbé ou interrompu.

Les professionnels ont un rôle à jouer dès l'annonce du diagnostic : permettre l'expression des émotions, les légitimer, favoriser une participation à la prise de décision, aider à établir des projets concrets et à l'activation d'un réseau de soutien constituent des interventions utiles. Le professionnel peut également apporter son aide lorsqu'il s'agit d'annoncer la maladie aux enfants et aux proches. S'autoriser à évoquer la maladie avec l'enfant permet d'installer ou de restaurer une relation authentique avec lui. La question principale est celle de pouvoir se vivre en tant que parent effectif, tout en tenant compte de la maladie. En cas de difficultés parentales, une prise en charge par des spécialistes de la parentalité peut permettre de distinguer les soins en oncologie des soins de la parentalité, sauvegardant ainsi la dimension parentale de la femme. La reconnaissance de la grossesse, même interrompue, et la prévention de deuils pathologiques peuvent constituer d'autres axes pour le travail psychologique. Enfin, des associations de malades et de leurs proches peuvent aussi représenter une source de soutien non négligeable. Cependant, la disponibilité et la qualité de ces aides peuvent varier singulièrement d'un service à l'autre et d'une région à l'autre. Une synthèse de travaux sur le thème est disponible dans un récent ouvrage collectif (Lof, 2012).

Références

Blondel B, Kermarrec M. Enquête Périnatale Nationale 2010. Paris: INSERM; 2011.

Boinon D, Dauchy S, Flahault C. Devenir une mère malade: entre impact de la maladie et nouages familiaux. Psycho-oncologie 2009;3:94-7.

Ferrere R, Wendland J. Lorsque maternité et cancer se rencontrent: influence réciproque de deux processus antagonistes. Psycho-oncologie 2011;7:163-8.
Fraiberg S. Pathological defences in infancy. The psychoanalytical quarterly 1982;51:612-35.
Gallois T, Wendland J, Tordjman S. Effets du stress prénatal sur le fœtus et les données périnatales : Une revue critique de la littérature. L'Évolution psychiatrique 2012;77:291-301.
Guedeney A. Withdrawal behavior and depression in infancy. Infant mental health journal 2007;28:393-408.
Lof AF. Cancer et maternité : l'impensable rencontre. Ramonville-Saint-Agne: Érès; 2012.
Oduncu FS, Kimmig R, Hepp H, Emmerich B. Cancer in pregnancy: maternal-fetal conflict. Journal of cancer research and clinical oncology 2003;129:133-46.
Osborn T. The psychosocial impact of parental cancer on children and adolescents : a systematic review. Psycho-oncology 2007;16:101-26.
Schmitt F, Jyrkkiö S, Tamminen T, Piha J. Cancer during pregnancy: Two cases studies. Infant mental health journal 2010;31:71-93.
Rouzier R, Chauveaud A, Ancel P-Y, Brun J-L, Mir O, Morice P, et al. Structuration nationale pour la prise en charge des cancers en cours de grossesse : réseau CALG (cancers associés à la grossesse). Oncologie 2008;10:387-92.
Stensheim H, Moller B, van Dijk T, et al. Cause-specific survival for women diagnosed with cancer during pregnancy or lactation: a registry-based cohort study. Journal of clinical oncology 2009;27:45-51.
Talge NM, Neal C, Glover V. The early stress, translational research and prevention science network: fetal and neonatal experience on child and adolescent mental health. antenatal maternal stress and long-term effects on child neurodevelopment: how and why? Journal of child psychology and psychiatry 2007;48(3–4):245-61.
Visser A, Huizinga GA, Van der Graal WTA, Hoekstra HJ, Hoekstra-Weebers JEHM. The impact of parental cancer on children and the family: a review of the literature. Cancer treatment reviews 2004;30:683-94.
Wendland J. Impact d'un diagnostic de cancer maternel pendant la grossesse sur les interactions précoces parent-bébé. Psycho-oncologie 2009;3:88-93.
Wendland J. Construction de la parentalité et de la relation mère-bébé suite à un cancer en période périnatale. In: Lof AF, editor. Cancer et maternité : l'impensable rencontre. Ramonville-Saint-Agne: Érès; 2012. p. 247-56.

Mères avec trouble de la personnalité borderline et leurs jeunes enfants

par Jaqueline Wendland

La fréquence des troubles de la personnalité borderline (TPB), estimée à environ 2 % de la population générale et à 10 % des patients vus en consultation psychiatrique (APA, 2000), fait que la venue de parents borderline

dans les services de santé mentale infantile et périnatale ne soit pas rare, et ce d'autant plus que l'accès à la parentalité est un moment de vie critique et potentiellement déstabilisant. D'autre part, leur prévalence est plutôt féminine, de l'ordre de deux tiers des patients.

Une catégorie hétérogène

Aussi connues sous l'appellation d'états-limites dans la littérature psychanalytique francophone en tant qu'organisations à la frontière entre la névrose et la psychose, les personnalités borderline forment une entité nosographique des plus complexes. Comme tous les troubles de la personnalité, ces pathologies altèrent de manière durable de nombreux secteurs du fonctionnement de l'individu : la cognition (perception et vision de soi, d'autrui et des événements) ; l'affectivité (diversité, intensité, labilité et adéquation de la réponse émotionnelle) ; les relations interpersonnelles ; et le contrôle des impulsions. Crowell, Beauchaine et Linehan (2009) soulignent le « phénotype hétérogène » du trouble de la personnalité borderline, composé de la présence, variable d'un individu à l'autre, de troubles de la régulation émotionnelle, de colères mal maîtrisées et d'impulsivité, de troubles de l'identité, de relations interpersonnelles instables, de sentiments chroniques de vide, d'une humeur dysphorique, de comportements et menaces d'automutilation et de suicide, et d'épisodes transitoires d'idées de persécution ou de symptômes dissociatifs. Kernberg (1984) remarque que les personnalités borderline, bien que gardant le contact avec la réalité et les limites de soi, peuvent présenter lors de stress intenses des épisodes de dépersonnalisation ou de déréalisation, mais la rupture avec la réalité dans ces cas est généralement de courte durée. Les principales approches thérapeutiques appliquées aux adultes borderline visent, en priorité, à développer leurs capacités introspectives et d'auto-observation (*mindfulness*), de mentalisation (*reflective functioning*) et de régulation émotionnelle (Fonagy *et al.*, 2002 ; Kernberg, 1984 ; Linehan, 1993). En effet, les adultes borderline ont des difficultés singulières à comprendre leurs états internes (sentiments, émotions, pensées, croyances) et ceux des autres (Wolff *et al.*, 2007), et ce même comparés à des personnes souffrant d'autres pathologies psychiatriques (Fonagy *et al.*, 1996). Kernberg (1967) a observé que ces personnes tendent à avoir une vision hostile, parfois paranoïaque, du monde qui les entoure, ce qui les amène à être très méfiants dans leurs relations aux autres. Les relations interpersonnelles sont conflictuelles et instables (relations amoureuses tourmentées, rapports tendus ou coupés avec la famille élargie, conflits au travail ou avec le voisinage…). Enfin, la dysrégulation émotionnelle apparaît comme une caractéristique centrale du TPB (Putnam et Silk, 2005). L'ensemble de ces dysfonctionnements émotionnels, cognitifs et comportementaux aura un impact certain sur la parentalité de l'adulte borderline.

Risque sur le *caregiving*

Lors de la période périnatale et des premières années de vie de leurs enfants, les mères avec TPB sont particulièrement à risque de présenter des difficultés dans l'accès à la parentalité, les soins du bébé et l'établissement des interactions précoces (Wendland, Brisson *et al.*, 2014). Ces femmes peuvent aussi présenter des décompensations graves de l'humeur, en particulier la dépression majeure (EDM), qui peut prendre dans ces cas des formes cliniques complexes (Apter-Danon et Candilis-Huisman, 2005). La comorbidité avec les troubles de l'humeur est fréquente (jusqu'à 75 %), mais aussi avec le syndrome de stress post-traumatique (PTSD), l'abus de substances psychoactives, les troubles du comportement alimentaire (TCA), entre autres (Barnow *et al.*, 2006). À ce jour, peu d'études se sont penchées sur les conséquences de ces pathologies parentales graves sur le développement du bébé et la construction du lien parent-enfant dans ce contexte. La plupart des recherches publiées concerne des enfants d'âge scolaire et des adolescents.

Les antécédents d'abus

La clinique montre qu'il s'agit de situations complexes où des événements traumatiques du passé maternel ressurgissent de manière crue et brutale lors de la naissance d'un enfant et rendent difficile l'élaboration de la parentalité. Classiquement, dans un premier temps, leur diagnostic semble difficile à déterminer et suscite des hésitations. Leur dépression semble atypique, mais leur désarroi est très marqué, tout comme la notion d'urgence à intervenir. Il s'agit régulièrement de mères ayant une histoire d'enfance douloureuse et carentielle, marquée par l'abus sexuel, l'inceste, la maltraitance, les violences domestiques et/ou des pertes non élaborées, comme le confirment des études sur le passé d'adultes borderline (Rogosh et Cicchetti, 2005). Zanarini et collègues (1997) ont observé que 70 % des adultes borderline rapportaient, rétrospectivement, un manque de relations émotionnelles avec leur mère et 50 % jugeaient que leur mère était distante d'eux sur le plan émotionnel, les avaient traités de façon inconsistante et ne les avaient pas protégés. À leur tour, les études prospectives montrent que leurs enfants présentent un risque élevé de développer également un trouble de la personnalité borderline : 11,5 % des personnes ayant un apparenté de premier degré avec un TPB en souffriraient également (Nigg et Goldsmith, 1994). Comparés à des témoins, les enfants et adolescents de parents borderline reçoivent significativement plus de diagnostics psychiatriques (Weiss *et al.*, 1996). Parmi leurs symptômes et troubles principaux se dégagent les troubles de l'attention (TDAH) et du comportement, les troubles anxieux et dépressifs, les pensées et actes suicidaires, ainsi qu'une

faible estime de soi (Barnow *et al.*, 2006 ; Weiss *et al.*, 1996). L'ensemble de ces études montre que les parents borderline ont souvent souffert de la « dysparentalité » de leurs propres parents, souvent eux-mêmes présentant aussi une personnalité borderline. Ces familles semblent donc particulièrement à risque de répétition de troubles psychopathologiques et de dysfonctionnements familiaux graves.

La grossesse chez la femme avec TPB n'entraine généralement pas les réaménagements psychiques préparatoires à la transition à la parentalité. Elle est parfois vécue sur un mode idyllique, hautement idéalisée, avec des sentiments de plénitude et de fusion avec le fœtus, idéalisation qui ne les prépare guère à l'accueil de leur nouveau-né réel. Dans d'autres cas, la grossesse est, au contraire, une expérience éprouvante ou étrange, les mouvements fœtaux et les modifications du corps sont mal supportés (peur d'éclatement, sentiment de persécution ou d'étrangeté) ou ignorés. Le suivi prénatal peut être irrégulier et la femme sera alors faiblement préparée à la naissance du bébé du point de vue obstétrical également.

Dès les premiers jours après la naissance, leur mode de fonctionnement très instable, méfiant et impulsif, devient incompatible avec la régularité, l'empathie et le dévouement nécessaires aux soins d'un nouveau-né. Leurs propres besoins et rythmes de vie seront privilégiés au détriment de ceux du bébé. Malgré leur désir d'être de bonnes mères et de réparer leur passé difficile, ces femmes peuvent se sentir rapidement envahies par des sentiments d'intense fatigue, d'irritabilité et de débordement qui mettent le bébé en danger. La dépendance du bébé est vécue comme excessive, persécutante et ses besoins peuvent être interprétés en fonction des propres états maternels (le bébé pourra être nourri ou couché lorsque la mère est elle-même affamée ou fatiguée). L'enfant est alors soumis à un rythme de soins inadapté sur lequel il faudra rapidement intervenir afin de prévenir, en particulier, l'installation de troubles du sommeil et de l'alimentation.

Les interactions mère-enfant sont généralement disharmonieuses, donnant souvent l'impression d'une succession de rencontres ratées, sans réparation. Elles témoignent de la faible sensibilité maternelle aux comportements du bébé dont les initiatives et besoins de réciprocité sont frustrés. Les efforts de communication et l'expression émotionnelle du bébé ne sont pas reconnus ni validés. Du côté maternel, les comportements se caractérisent soit par des mouvements intrusifs, imprévisibles, voire paradoxaux et effrayants, soit par un retrait et mise à distance du bébé (souvent expliqué comme un mécanisme de protection vis-à-vis de leur propre violence). En fait, ces mères semblent ne pas trouver la bonne distance avec leur enfant et vont de l'hyperstimulation intrusive au retrait avec démission de leur rôle. Ces interactions n'aident pas l'enfant à organiser ses expériences affectives et cognitives, à anticiper ses actions et ses conséquences, et à former ainsi une vision cohérente et sécurisante du monde qui l'entoure.

Le *Still Face*

Dans une étude utilisant le paradigme du *Still Face* (Tronick *et al.*, 1978), ces mères ont été décrites comme étant « intrusivement peu sensibles » vis-à-vis de leurs bébés, alors que ces derniers présentent, davantage que des bébés témoins, des comportements d'évitement du regard, des regards sidérés et un désengagement de l'interaction (Crandell, Patrick et Hobson, 2003). Il est intéressant de noter que des comportements semblables ont été retrouvés dans une situation non structurée de jeu libre par Newman et collègues (2007). Ces auteurs ont décrit les mères borderline comme étant non seulement peu sensibles et organisant peu l'interaction avec leur bébé, mais aussi comme étant peu satisfaites, se sentant peu compétentes et plus stressées dans leur parentalité que des mères témoins sans pathologie. Les bébés, âgés en moyenne de 15 mois, se montraient moins attentifs, moins intéressés et moins désireux d'engager des interactions avec leur mère.

Ce désengagement du bébé a pu aussi être observé dans une étude portant sur les comportements de retrait relationnel du bébé évalués à l'aide de l'échelle ADBB. Comparés à des bébés élevés par des mères ne souffrant pas d'une pathologie psychiatrique, les bébés de mères avec TPB montrent significativement plus de retrait relationnel (Wendland *et al.*, 2010). Plus tard, face à la défaillance parentale, ces enfants peuvent développer un mode relationnel impliquant le renversement des rôles avec le parent (MacFie et Swan, 2009). Enfin, les enfants de mères avec TPB ont un risque accru de développer un attachement désorganisé vis-à-vis de leur mère (huit sur dix dans l'étude de Hobson *et al.*, 2005). Après une brève séparation, ces enfants semblent pris entre leur désir et la peur de retrouver le contact avec leur mère. Ils montrent alors des comportements alternés d'approche et de recul, ou restent figés sur place. La figure d'attachement est à la fois source de réconfort et de peur. Ces comportements atypiques sont caractéristiques des enfants présentant un attachement désorganisé. D'autre part, de nombreuses études relient l'attachement désorganisé, les traumatismes précoces et la présence de comportements maternels atypiques de type « effrayé/effrayant », « impuissant » ou « dissocié » (Buchheim et George, 2011 ; Goldberg *et al.*, 2003 ; Hobson *et al.*, 2009 ; Lyons-Ruth, 2005 ; Madigan *et al.*, 2006). Or, ces mêmes antécédents lors de la petite enfance permettent de prédire la présence de symptômes borderline à l'adolescence (Lyons-Ruth, 2005), attestant de la trajectoire développementale à haut risque de ces enfants et d'une « boucle » psychopathologique intergénérationnelle. Ces données soulignent l'intérêt de la prise en charge précoce de ces mères et de leurs bébés afin d'éviter que ces comportements de retrait ou de désorganisation s'installent durablement et compromettent le développement socio-émotionnel ultérieur de l'enfant.

Un suivi délicat

Le suivi thérapeutique de ces situations est de règle difficile ; il est de fait un véritable défi, marqué par la discontinuité, les difficultés d'élaboration, la faible compliance au cadre proposé et le risque de rupture abrupte des soins. En dehors des périodes de crise aigüe, le suivi des mères avec TPB apparaît plus ardu que celui des mères psychotiques en raison de leur grande instabilité, des rapports conflictuels et du risque de passage à l'acte sur soi et sur l'enfant. Le caractère erratique et méfiant de leur engagement dans une relation de soin découle non seulement de leur profonde insécurité interne, instabilité, impulsivité et crainte d'abandon, mais aussi de leurs mécanismes de défense prédominants, à la fois rigides et fragiles tels que le déni, le clivage et l'idéalisation (Kernberg, 1984). Il est alors essentiel que ces familles soient identifiées et suivies très tôt, idéalement avant même la naissance du bébé. Ceci permet d'accompagner la transition à la parentalité durant toute la période périnatale, de diminuer le risque de décompensation maternelle postnatale et de pallier les difficultés majeures d'ajustement aux besoins du nouveau-né durant les premiers temps, par un suivi rapproché et des aides à domicile (visites de la puéricultrice à domicile de la PMI, intervention d'une TISF). Intervenir tôt peut aussi contribuer à une meilleure alliance thérapeutique, un point toujours fragile avec ces familles.

Le suivi psychothérapeutique des mères avec TPB et leurs bébés est ardu en raison de la discontinuité psychique et des difficultés de mentalisation qui impactent le fonctionnement mental de ces mères. L'accès à un récit cohérent de leur histoire est difficile, le discours est souvent logorrhéique et les affects liés à leurs expériences traumatiques semblent rester à l'état de traces mnésiques sans représentation, « sans histoire » (Didier Rabain). Il n'est pas rare d'entendre « *je ne me souviens de rien* », « *je vis dans le présent* », « *je n'ai pas eu d'enfance* ». Le défaut d'élaboration laisse la voie libre à la répétition des traumatismes subis (Fraiberg).

Une mentalisation fragile

Les faibles capacités d'introspection et de mentalisation nécessitent un travail important de mise en récit et de restitution assuré par le(s) thérapeute(s). La temporalité, l'inscription du bébé dans l'histoire parentale et familiale ainsi que les repères du cadre (limites de temps, objectifs, et surtout la place du bébé au cœur du traitement) paraissent sans cesse à refaire, « un fil rouge non pas à dévoiler, mais à tisser », comme nous l'avions observé (Aidane *et al.*, 2009). Pour le clinicien, le vécu contre-transférentiel de vide, de discontinuité, d'incohérence, suscité par ces situations témoigne de l'intensité dévastatrice du passé traumatique de ces patientes. Par ailleurs, il est important de faire participer le père de l'enfant au suivi thérapeutique lorsque cela est possible, car il peut constituer une figure-relais primordiale

pour l'enfant, avec laquelle il pourrait nouer une relation d'attachement plus saine et sécure. Toutefois, il n'est pas rare que le couple parental présente des difficultés conjugales ou soit séparé, ce qui risque d'exposer l'enfant à des conflits et des discontinuités de garde parentale.

Un suivi dans un cadre institutionnel et en équipe est largement préférable et conseillé par rapport à un suivi en libér*al*. En effet, la discontinuité psychique maternelle et les mécanismes de projection et de clivage sont parfois tels qu'ils ne peuvent être contenus dans des espaces thérapeutiques classiques comme la consultation ou la thérapie mère-enfant (Aidane *et al.*, 2009). Le passé carentiel fait souvent que leurs propres besoins narcissiques soient mis au premier plan et toute attention portée au bébé peut susciter une intense rivalité. Ces mères montrent une grande avidité affective qui risque de submerger le thérapeute et de diminuer sa disponibilité pour le bébé. Ainsi, un travail mené conjointement, de préférence en co-thérapie (psychologue/professionnel petite enfance), et soutenu par l'équipe, peut constituer un espace à la fois contenant et organisateur pour la mère et protecteur pour l'enfant. Chaque intervenant, de par son statut professionnel et la relation transférentielle engagée, devient le support de représentations identificatoires, parfois clivées, qui nécessitent un fin accordage (Aidane *et al.*, 2009 ; Wendland *et al.*, 2014). En parallèle au travail psychothérapeutique proprement dit, le co-thérapeute professionnel de la petite enfance portera davantage son attention sur le bébé, afin de faire reconnaître ses signaux, comportements et besoins, tel un porte-parole de l'enfant, dans un travail de guidance parentale. Un travail souvent de longue haleine devra être accompli afin de développer et soutenir l'empathie, la compréhension des besoins évolutifs du bébé, la relation d'attachement, la notion d'intersubjectivité, les sentiments de compétence et de responsabilité parentale. L'utilisation de la vidéo-*feedback*, avec prudence, peut contribuer à la reconnaissance par la mère du point de vue de l'enfant, à la différenciation mère-enfant et à la construction de l'identité de soi en tant que parent.

Guidance interactive

Il nous semble aussi indispensable d'accompagner ses parents lors des périodes clés du développement au cours de la petite enfance (Touch points, Brazelton) qui peuvent être des moments particulièrement critiques, tels que les expériences de séparation et d'autonomisation de l'enfant (sevrage, début de la marche et exploration active, mode de garde extrafamilial, période d'opposition, etc.). Ces passages mettent à l'épreuve le fonctionnement impulsif et dépendant du parent borderline. Les expériences de séparation peuvent être vécues comme menaçantes, ravivant les craintes d'abandon et le manque affectif. De manière paradoxale, le parent peut alors encourager la dépendance et la régression chez l'enfant, tout en affirmant son sentiment d'être débordé par les demandes de l'enfant et souhaitant qu'il se débrouille

tout seul. À leur tour, les comportements d'opposition de l'enfant peuvent susciter des attitudes brutales et violentes, parfois des passages à l'acte maltraitants. De manière générale, les pratiques éducatives des parents avec TPB sont inconsistantes, oscillant entre le laxisme, la non-intervention et le débordement avec gestes ou paroles abruptes. La forte inconsistance des comportements parentaux pourrait être l'aspect le plus saillant qui permet de différencier les parents borderline de ceux atteints d'autres pathologies psychiatriques. Un travail de guidance parentale autour du développement et de l'éducation de l'enfant, assuré en consultation individuelle ou en petit groupe, éventuellement par une éducatrice de jeunes enfants ou une puéricultrice, peut être fort utile.

En conclusion, les enfants de mères souffrant d'un trouble de la personnalité borderline composent un groupe à haut risque psychopathologique. Ces situations sont complexes et nécessitent un cadre d'intervention alliant souplesse, rigueur, disponibilité, stabilité et créativité. Les soignants doivent être vigilants à ne pas être submergés et tentés de traiter la pathologie maternelle en perdant de vue la priorité, l'urgence du développement du bébé. Le lecteur souhaitant approfondir sa connaissance des particularités cliniques et des techniques de soin dans ce cadre pourra se référer à des cas cliniques extensivement décrits (Aidane *et al.*, 2009 ; Le Nestour, 2004 ; Wendland *et al.*, 2014).

Références

Aidane E, Wendland J, Rabain D, Marie P. Un suivi thérapeutique atypique : Co-constructions thérapeutiques de la relation précoce d'une mère borderline et son bébé Psychiatrie de l'enfant 2009;52:131-66.

American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV-TR). 4th edition. Washington DC: American psychological association; 2000.

Apter-Danon G, Candilis-Huisman D. A challenge for perinatal psychiatry: Therapeutic management of maternal borderline personality disorder and their very young infants. Clinical neuropsychiatry 2005;2(5):302-14.

Barnow S, Spitzer C, Grabe HJ, Kessler C, Freyberger HJ. Individual characteristics, familial experience, and psychopathology in children of mothers with borderline personality disorder. Journal of the american academy of child and adolescent psychiatry 2006;45(8):965-72.

Bateman A, Fonagy P. Psychotherapy for borderline personality disorder: mentalization-based treatment. Oxford: Oxford University Press; 2004.

Buchheim A, George C. Attachment disorganization in borderline personality disorder and anxiety disorder. In: Solomon J, George C, editors. Disorganized attachment and caregiving. New York: Guilford Press; 2011. p. 343-82.

Crandell LE, Patrick MPH, Hobson RP. Still Face interactions between mothers with borderline personality disorder and their 2-month-old infants. British journal of psychiatry 2003;183:239-47.

Crowell SE, Beauchaine TP, Linehan MM. A biosocial developmental model of borderline personality: Elaborating and extending Linehan's theory. Psychological bulletin 2009;135:495-510.

Fonagy P, Gergely G, Jurist EL, Target M. Affect regulation, mentalization, and the development of the self. New York: Other Press; 2002.

Fonagy P, Leigh T, Steele M, Steele H, Kennedy R, Mattoon G. The relation of attachment status, psychiatric classification, and response to psychotherapy. Journal of consulting and clinical psychology 1996;64:22-31.

Goldberg S, Benoit D, Blokland K, Madigan S. Atypical maternal behavior, maternal representations and infant disorganized attachment. Development & Psychopathology 2003;15:239-57.

Hobson RP, Patrick M, Crandell L, Garcia-Perez R, Lee A. Personal relatedness and attachment in infants of mothers with borderline personality disorder. Development & Psychopathology 2005;17:329-47.

Hobson RP, Patrick MPH, Hobson JA, Crandell L, Bronfman E, Lyons-Ruth K. How mothers with borderline personality disorder relate to their year-old infants. British journal of psychiatry 2009;195:325-30.

Kernberg OF. Borderline personality organization. Journal of the american psychoanalytic association 1967;15:641-85.

Kernberg OF. Severe personality disorders: psychotherapeutic strategies. New Haven: Yale University Press; 1984.

Le Nestour A. Une intimate à créer. Psychothérapie d'une parentalité limite dans la période périnatale. Psychatrie de l'enfant 2004;47:457-89.

Le Nestour A, Apter-Danon G, Heroux C, Mourgues B, Patouillot-Slatine I. Parentalités limites et prises en charge thérapeutiques. Psychiatrie de l'enfant 2007;50:125-77.

Linehan MM. Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder. New York: Guilford Press; 1993.

Lyons-Ruth K. L'interface entre attachement et intersubjectivité : Perspectives issues de l'étude longitudinale de l'attachement désorganisé. Psychothérapies 2005;25:223-34.

Macfie J, Swan SA. Representations of the caregiver-child relationship and of the self, and emotion regulation in the narratives of young children whose mothers have borderline personality disorder. Development & Psychopathology 2009;21:993-1011.

Newman LK, Stevenson CS, Bergman LR, Boyce P. Borderline personality disorder, mother-infant interaction and parenting perceptions: preliminary findings. The royal australian and new zealand college of psychiatrists 2007;41:598-605.

Nigg JT, Goldsmith HH. Genetics of personality disorders: Perspectives from personality and psychopathology research. Psychological bulletin 1994;115:346-80.

Putnam KM, Silk KR. Emotion dysregulation and the development of borderline personality disorder. Development & Psychopathology 2005;17:899-925.

Rogosh FA, Cicchetti D. Child maltreatment, attention networks, and potential precursors to boderline peronality disorder. Development & Psychopathology 2005;17:1071-89.

Tronick E, Als H, Adamson L, Wise S, Brazelton TB. The infant's response to entrapement between contradictory messages in face-to-face interaction. Journal of the american academy of child psychiatry 1978;17:1-13.

Zanarini MC, Williams AA, Lewis RE, Reich RB, Vera SC, Marino MF, et al. Reported pathological childhood experiences associated with the development of borderline personality disorder. American journal of psychiatry 1997;154:1101-6.
Weiss M, Zelkowitz P, Feldman RB, Vogel J, Heyman M, Paris J. Psychopathology in offspring of mothers with borderline personality disorder: A pilot study. Canadian journal of psychiatry 1996;41:285-90.
Wendland J, Brisson J, Medeiros M, Camon-Senechal L, Aidane E, David M, et al. Mothers with borderline personality disorder : Transition to parenthood, parent-infant interaction and preventive/therapeutic approach. Clinical psychology: science and practice 2014;21:141-55.
Wendland J, Couëtoux-Jungman F, Khun-Franck L, Camon-Sénéchal L, Cautru F, Ollivier C, et al. La cothérapie : Un setting privilégié pour le suivi thérapeutique parents-bébé/jeune enfant. Psychiatrie de l'enfant 2014;. sous presse.
Wendland J., Brisson J., Medeiros M., Serres J., Rabain E., Aidane E. Sustained withdrawal behavior in infants of mothers with borderline personality disorder. Poster présenté au 12th World congress of the world association for infant mental health. Leipzig, Allemagne ; 29 juin-3 juillet 2010.
Wolff S, Stiglmayr C, Bretz HJ, Lammers CH, Auckenthaler A. Emotion identification and tension in female patients with borderline personality disorder. British journal of clinical psychology 2007;46:347-60.

Mères souffrant de troubles psychotiques et leurs jeunes enfants

par Jaqueline Wendland

Les troubles psychotiques comprennent des troubles mentaux graves, chroniques, évolutifs et incurables qui affectent le contact de la personne avec la réalité. À la perte du contact avec la réalité peuvent s'ajouter des idées délirantes, des hallucinations et des troubles socio-émotionnels et comportementaux graves. Ces troubles entraînent ainsi des handicaps lourds et durables, affectant tous les secteurs de la vie du malade, et en particulier le comportement de *caregiving*. Il existe un polymorphisme des troubles psychotiques, la schizophrénie étant le plus connu. Ces troubles ont des trajectoires évolutives qui varient au gré des périodes aiguës et de stabilisation.

L'évolution de la présentation clinique

La désinstitutionnalisation progressive des soins psychiatriques, parallèlement à des progrès dans le domaine pharmaceutique, à contribué à ce qu'un nombre plus important d'adultes psychotiques accèdent aujourd'hui à la parentalité. Cette question suscite des inquiétudes légitimes et a pu donner lieu par le passé à des pratiques d'eugénisme. L'incitation à l'IVG n'a pas disparu et

serait plus fréquente en cas de schizophrénie maternelle que dans d'autres pathologies psychiatriques (Darves-Bornoz et coll., 1995). Au libre arbitre de la femme s'oppose la crainte pour le devenir de l'enfant. D'une part, la parentalité pourrait s'exercer malgré tout, à condition d'un étayage soutenu et prolongé. Elle pourrait alors permettre une normalisation du statut social, interrompre le cours de la chronicité de la maladie (Manzano et Lalive, 1983), diminuer l'isolement de la patiente et même améliorer son accompagnement à travers le renforcement du réseau de soins consécutif à la naissance de l'enfant. Mais la parentalité peut aussi représenter une épreuve parfois infranchissable pour un adulte au fonctionnement mental déjà très fragile, et la soutenir à tout prix participe alors à un déni des risques réels encourus aussi par l'enfant. Au-delà du jeu des identifications des soignants penchant davantage du côté du parent (« à soutenir ») ou de celui de l'enfant (« à protéger »), il appartient à chaque équipe d'évaluer avec la patiente et son entourage, en particulier le futur père, les ressources disponibles et les risques tant pour la mère que pour l'enfant à naître dans chaque situation individuelle.

La littérature concernant les effets des troubles psychotiques maternels sur l'enfant est relativement peu abondante, souvent limitée à des études de cas ou des petits échantillons, ne distinguant parfois pas les différents troubles psychotiques. Dans son article paru en 1961, « L'effet des parents psychotiques sur le développement affectif de leur enfant », Winnicott a été l'un des premiers à porter un intérêt spécifique à cette question dans le contexte de la relation mère-enfant. L'impact des maladies mentales parentales sur les enfants a été d'abord approché en tant que source de carences graves de soins maternels. C'est sous cet angle qu'en France, Myriam David a été une pionnière dans la description des perturbations précoces sévères des relations entre les mères psychotiques et leurs bébés. Elle a montré la difficulté, parfois impossibilité, pour la mère psychotique d'affronter la réalité de l'enfant et d'aménager un espace psychique entre elle et celui-ci, l'épisode délirant maternel pouvant être compris comme une tentative pour s'éloigner du danger représenté par l'enfant (David, Castex, Léger et Merlet, 1981). Ses travaux ont été poursuivis par Martine Lamour et Marthe Barraco qui ont décrit le caractère paradoxal et souvent chaotique des interactions mère-nourrisson dans ce contexte (Lamour et Barraco, 1990). En Angleterre, Ramesh « Channi » Kumar s'y est intéressé à travers la prise en charge des décompensations sévères du post-partum et de ce qu'il a appelé « troubles graves de l'affection maternelle » dans un article posthume sous-titré « L'enfant de n'importe qui » (*Anybody's child*), en référence aux mères qui montraient indifférence et détachement au point de ne pas reconnaître l'enfant comme étant le leur (Kumar, 2001). Il avait non seulement compris que l'état d'esprit de la mère était profondément modifié par l'existence de l'enfant, mais aussi que l'expérience vécue par l'enfant était profondément affectée par l'état mental de sa mère.

Les troubles psychotiques maternels peuvent préexister à la grossesse (psychose chronique), ou émerger au cours de celle-ci, dans l'année du post-partum (premier épisode franc de décompensation déclenché par la naissance), ou plus tard. La période du post-partum est particulièrement à risque de décompensation (psychotique ou non) pour ces patientes. Une étude de Howard et collègues (2004) portant sur 199 femmes psychotiques et 787 contrôles met en évidence un risque multiplié par deux de dépression du post-partum chez les femmes souffrant d'un trouble psychotique. Le traitement médicamenteux doit souvent être adapté en vue d'éviter les effets potentiellement dangereux pour le fœtus, tout en maîtrisant les risques de décompensation maternelle. Les femmes psychotiques sont aussi plus susceptibles de présenter des consommations prénatales à risque (alcool, tabac, drogues), de faire un déni de grossesse, d'avoir un suivi prénatal irrégulier et de vivre des complications obstétricales et néonatales (Henshaw, 2010 ; Jablensky et coll., 2005 ; Miller, 1990).

Parent et psychotique

Les difficultés à exercer les fonctions parentales avec empathie, responsabilité et constance, en particulier à percevoir et à répondre aux besoins évolutifs de l'enfant, peuvent être massives chez les mères psychotiques. L'immaturité et la dépendance de l'enfant sont difficiles à reconnaître et l'émergence d'un sentiment de responsabilité parentale peut être différée. Leurs enfants, et ce d'autant plus qu'ils sont jeunes, présentent un risque majeur de développer des troubles du développement socio-émotionnel, psychomoteur et cognitif, y compris un trouble psychotique ultérieur.

L'attachement, au cœur du développement du nourrisson, pourra être fortement perturbé par le manque de continuité, de sensibilité et de sécurité nécessaires à sa construction durant les premières années de la vie. La présence de troubles psychiatriques parentaux est en effet associée à un style d'attachement insécure chez l'enfant (D'Angelo, 1986 ; Hipwell, Goossens, Melhuish, Kumar, 2000 ; Mickelson, Kessler, Shaver, 1997). Les interactions mère-bébé sont marquées par la pauvreté, l'asynchronie et le défaut d'accordage (Babo-Gandillot, Wendland, Wolff et Moisselin, 2012 ; Riordan, Appleby et Faragher, 1999). Le bébé est faiblement stimulé (peu de stimulations tactiles, kinesthésiques, vocales, visuelles), tandis que la dimension ludique des interactions est presque absente (Wan *et al.*, 2007 ; 2008).

Le devenir des enfants

En contrepartie, les enfants se caractérisent par la rareté de leurs manifestations de détresse ou de plaisir, et la rareté des appels à l'adulte. En effet, l'enfant de mère psychotique peut déployer une énergie importante pour

contrôler et inhiber l'expression de ses besoins et affects. Dans certains cas, le nourrisson respecte ainsi le seuil de tolérance de sa mère, et évite d'être vécu comme persécuteur et de se mettre en danger (Lamour et Barraco, 1990). Il s'agit d'une stratégie défensive très précoce d'hypervigilance et d'hyperadaptation qui peut prendre progressivement la forme d'une inversion de rôles avec parentification de l'enfant à l'âge préscolaire ou scolaire (voir l'étude de suivi d'une centaine d'enfants de mères schizophrènes vus à la guidance infantile de l'Hôpital Sainte-Anne par Bourdier, 1972).

Au niveau international, il convient de souligner deux études longitudinales, l'une de Fish initiée à New York en 1977 et poursuivie pendant 25 ans, et l'autre danoise conduite par Mednick de 1962 à 1989. La première avait pour but de tester l'hypothèse de l'existence d'un trouble neuro-intégratif spécifique durant les premières années de la vie chez les enfants de mères schizophrènes, la « pandysmaturation ». Elle serait un facteur de vulnérabilité pour la survenue ultérieure d'une schizophrénie ou d'un trouble schizotypique. Cette notion associait chez des enfants de moins de 2 ans des troubles tonico-posturaux, des troubles de la coordination visuo-motrice et un retard de croissance. Ces retards étaient transitoires et comblés par des reprises accélérées. Ce qui frappait était l'aspect chaotique et désorganisé de l'ensemble du développement psychomoteur. La pandysmaturation constituerait un trait génétique phénotypique transitoire spécifique des deux premières années. À l'âge adulte, l'évolution des enfants ayant présenté une pandysmaturation était plus péjorative que celle des autres enfants de mère schizophrène. L'étude de Mednick a concerné 129 mères diagnostiquées schizophrènes (gravement et chroniquement atteintes) et leurs 207 enfants âgés au début de l'étude de 10 à 18 ans. Elle appuie la notion d'une agrégation familiale de la schizophrénie puisqu'elle retrouve chez environ 40 % des enfants la présence, au cours de leur vie, d'un trouble du spectre de la schizophrénie (selon le DSM-III-R, schizophrénie, psychose dysthymique, personnalité schizotypique). En parallèle aux risques liés au fait d'être élevé par une mère schizophrène, la plupart des études (familiales, enfants adoptés et jumeaux) va dans le sens d'affirmer une vulnérabilité génétique des enfants de parents schizophrènes à développer un trouble de type schizophrénie ou du spectre de cette maladie.

Myriam David, pionnière de ces études

Myriam David (1987) résume ainsi les trois grands dangers encourus par l'enfant de mère psychotique : vivre une relation primaire avec la mère pathologique et pathogène ; être exposé à des évènements violents et des abandons successifs ; vivre des placements multiples avec carences et ruptures majorées en cas d'absence de substitut parental susceptible de pallier

la discontinuité de la mère. Dans ce contexte, chaque nourrisson réagira aux comportements maternels avec ses propres caractéristiques tempéramentales, ressources et vulnérabilités. Ainsi, certains bébés seront plus enclins aux protestations actives, aux somatisations et d'autres, à l'inhibition, à l'hyperadaptation et au retrait relationnel. Dans tous les cas, la précocité des réactions du bébé au comportement maternel, quelle que soit la gravité de sa pathologie, montre l'importance de l'accompagnement de ces familles à haut risque.

La symptomatologie psychotique se reflète typiquement aussi dans les ruptures des conduites maternelles, faites d'alternances d'instants fusionnels et de périodes d'indifférence, qui rendent le comportement de la mère imprévisible pour le bébé. Il en résulte des interactions paradoxales : le comportement de l'un ne provoque pas chez l'autre le comportement attendu. Le bébé ne peut pas réguler l'interaction avec sa mère. Selon David (1987), la mère serait prise entre le désir de fusion et la crainte d'anéantissement, entre l'intensité d'un désir à l'égard d'un bébé fantasmatique fortement investi et l'intolérance à l'égard des manifestations de l'enfant réel. Le nourrisson mettrait sa mère en danger en la sollicitant aux points les plus sensibles de sa pathologie, exigeant l'accès à la préoccupation maternelle primaire et le passage d'une relation à l'autre de type narcissique à une relation d'objet (Lamour, 1985). En contrepartie, l'exposition aux symptômes psychotiques maternels peut induire de la confusion et de la peur chez les enfants (Sutter-Dallay, 2009). De plus, l'enfant pourra être soumis à des séparations répétées lors des hospitalisations de la mère qui induiront des changements de garde incluant, selon les cas, des périodes de placement. Darves-Bornoz et collègues (1995), dans une étude portant sur 61 mères schizophrènes et 21 avec trouble bipolaire, ont trouvé qu'à peine 39 % des enfants de moins de 3 ans étaient élevés par leur mère à temps plein, les autres étant élevés totalement ou partiellement ailleurs.

Les soins primaires présentent un caractère inadéquat, incohérent, voire chaotique, en absence d'accompagnement. Durant les premiers mois, l'instauration de rythmes ajustés aux besoins de l'enfant (sommeil, repas) semble particulièrement difficile et nécessite souvent un soutien très concret, soit au cours d'une hospitalisation conjointe mère-bébé en unité spécialisée (UHMB) lorsque cela s'avère nécessaire, soit au domicile avec l'aide de visites à domicile (puéricultrice de la PMI) et de l'intervention d'une TISF. Le suivi en ambulatoire, si possible en cothérapie psychologue-puéricultrice/éducatrice de jeunes enfants, s'adapte aux capacités de mentalisation du parent et se focalise plus souvent sur l'ici et le maintenant des interactions mère-bébé (guidance interactive), le soutien à la parentalité (compétences parentales) et la reconnaissance et le respect des besoins évolutifs de l'enfant, en tenant compte de sa sécurité physique

et affective. Outre les effets directs de la maladie parentale sur l'enfant, bien souvent ces enfants grandissent dans un système familial dysfonctionnel et au sein d'un réseau relationnel multicarentiel (isolement social, difficultés conjugales et familiales, marginalisation, stigmatisation, honte, difficultés d'ordre socio-économique ; Maire-Declusy, 1990). Enfin, la présence d'un trouble psychique chez le père est un facteur péjoratif fréquent. Lovestone et Kumar (1993) trouvent que 50 % des partenaires de femmes hospitalisées pour des troubles mentaux puerpéraux présentent eux-mêmes une pathologie psychiatrique. David (1987) souligne également la fréquence des troubles de la paternité (père absent, intermittent, peu fiable) qui seraient de mauvais pronostic pour le maintien du contact de la mère avec l'enfant.

Conduite à tenir

L'intensité des perturbations des interactions précoces mère-nourrisson témoigne des dysfonctionnements majeurs de la parentalité chez les mères souffrant d'un trouble psychotique. Cependant, le diagnostic n'est pas à lui seul prédictif des capacités parentales. La sévérité et la chronicité des troubles, ainsi que l'existence ou non d'un cadre de vie stable, d'un conjoint (atteint ou non de troubles mentaux), d'un réseau social et familial autour de la mère lui apportant un support concret et émotionnel seront déterminants. Différentes formes d'aide peuvent être proposées aux parents et à l'enfant en fonction de l'âge de celui-ci. Dès le prénatal en maternité, un travail pluridisciplinaire et en réseau doit être proposé pour accompagner au mieux ces femmes dans leur processus de parentalité (suivi par la sage-femme et psychologue/psychiatre de maternité, staffs de parentalité ; Vischetti, 2008). Après la naissance, le suivi proposé dépendra de la situation et de la gravité des difficultés de la mère, incluant l'accompagnement en ambulatoire (si possible en unité de soins spécialisés en périnatalité et petite enfance, en parallèle à un suivi en psychiatrie adulte), l'hospitalisation conjointe en unité mère-bébé, la mise en place précoce d'un mode de garde, les visites à domicile, la garde partielle de l'enfant, et enfin, l'hospitalisation de la mère avec ou sans le placement de l'enfant (soins et placement n'étant pas forcément des mesures opposées). La mise en place de ces modalités de soutien et de prise en charge suppose un travail pluriprofessionnel et pluri-institutionnel bien coordonné et des pratiques soigneusement élaborées pour ces femmes. Si le suivi des adultes psychotiques en général possède des faiblesses (files d'attente en ambulatoire, manques de places d'hospitalisation, carence d'accompagnement à domicile et de soutien à l'entourage, faible suivi médical, etc.), les dispositifs d'accompagnement à la parentalité et à l'enfant dans le contexte d'une psychose maternelle semblent encore davantage lacunaires et inégaux selon les secteurs.

Références

Bourdier P. L'hypermaturation des enfants de malades mentaux. Problèmes cliniques et théoriques. Revue française de psychanalyse 1972;1:19-42.

Darves-Bornoz JM, Lemperière T, Degiovanni A, Sauvage D, Gaillard P. Les femmes psychotiques et leurs enfants. Annales médico-psychologiques 1995;153(4):286-9.

David M, Castex E, Léger EM, Merlet AM. Danger de la relation précoce entre le nourrisson et sa mère psychotique. Une tentative de réponse. Psychiatrie de l'enfant 1981;24:151-96.

David M. Souffrance du jeune enfant exposé à un état psychotique maternel. Perspect. psychiatriques 1987;6:7-22.

Dozier M. Attachment organisation and treatment use for adults with serious psychopathological disorders. Dev. Psychother 1990;2:47-60.

Babo-Gandillot S, Wendland J, Wolff M, Moisselin P. Étude comparative des interactions précoces des mères psychotiques et déprimées avec leur bébé. Devenir 2012;24(2):141-69.

Henshaw C. Psychopathological states in the pregnant mother. In: Tyano S, Keren M, Hermann H, Cox J, editors. Parenthood and mental health. Chichester (UK): Wiley-Blackwell; 2010. p. 79-88.

Howard LM, Goss C, Leese M, Appleby I, Thornicroft G. The psychosocial outcome of pregnancy in women with psychotic disorders. Schizophr. Res 2004;71(1):49-60.

Jablensky AV, Morgan V, Zubrick SR, Bower C, Yellachich LA. Pregnancy, delivery, and neonatal complications in a population cohort of women with schizophrenia and major affective disorders. American journal of psychiatry 2005;162:79-91.

Kumar RC. Maladie mentale de la mère et troubles sévères de l'attachement mère-nourrisson. L'enfant de n'importe qui. Devenir 2001;4(13):47-75.

Lamour M. Des nourrissons avec leurs mères psychotiques. Pédiatrie 1985;21(7):327-34.

Lamour M, Barraco M. Le nourrisson et sa mère psychotique : modes d'abord thérapeutiques des interactions précoces. Neuropsychiatr. Enfance 1990;38(6):385-91.

Lovestone S, Kumar R. Post-natal psychiatric illness: the impact on partners. British journal of psychiatry 1993;163:210-6.

Manzano J, Lalive J. Les jeunes mères psychotiques et leurs enfants, expérience d'un programme de prévention primaire et secondaire. L'information psychiatrique 1983;59(5):671-85.

Maire-Declusy L. Témoignages d'adultes élevés par des parents psychotiques : conséquences affectives. Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence 1990;38:355-8.

Mickelson KD, Kessler RC, Shaver PR. Adult attachment in a nationally representative sample. J. Person. Social. Psychology 1997;73:1092-106.

Miller LJ. 1 ; Psychotic denial of pregnancy. Hospital and community psychiatry, 41, 1233-1237.

Riordan D, Appleby L, Faragher B. Mother-infant interaction in post-partum women with schizophrenia and affective disorders. Psychological medecine 1990;29(4):991-5.

Sutter-Dallay AL. Retentissement des pathologies psychiatriques parentales sur le développement de l'enfant : une revue de la littérature. In: Poinso F, Glangeaud-Freudenthal N, editors. Orages à l'aube de la vie. Paris: Érès; 2009. p. 81-94.

Vischetti F. Une maternité dans la tourmente. In: Bayle B, editor. Ma mère est schizophrène. Paris: Érès; 2008. p. 29-36.

Wan MW, Salmon MP, Riordan DM, Appelby L, Webb R, Abel KM. What predicts poor mother-infant interaction in schizophrenia? Psychological medicine 2007;37(4):537-46.

Wan MW, Warren K, Salmon MP, Abel KM. Patterns of maternal responding in postpartum mothers with schizophrenia. Infant behavior and development 2008;31(3):532-8.

Dépression postnatale parentale : dépistage et orientation thérapeutique

par Julie Le Foll

Les dépressions postnatales (DPN) sont difficiles à diagnostiquer. Pourtant, l'enjeu est considérable puisque les conséquences des DPN sur l'humeur maternelle, la stabilité du couple et le développement de l'enfant peuvent être très importantes (Appleby, 2001).

On sait que la DPN est souvent précédée d'une dépression prénatale et que celle-ci, surtout si elle s'associe à une anxiété importante, a potentiellement des effets sur le déroulement de la grossesse, l'accouchement (prématurité, traumatismes obstétricaux…) et les premiers liens mère/enfant. Il est donc indispensable de repérer et intervenir le plus précocement possible.

La grossesse est un moment de remaniements et de changements majeurs pour les parents, qui réactivent leurs expériences antérieures. C'est aussi un moment privilégié pour nouer une alliance de travail qui permettra l'accompagnement, la prévention et l'intervention.

Mais il est particulièrement difficile pour une femme enceinte ou qui vient d'accoucher de se dire déprimée : elle se sent coupable de nuire au bébé, peut craindre qu'on le lui retire. C'est pourquoi la première difficulté rencontrée en soins primaires est de parvenir à détecter la dépression postnatale. Une échelle d'évaluation s'est montrée précieuse pour engager le dialogue sur la souffrance mentale en postnatal : L'EPDS (*Edimburg Post natal Depression Scale*), traduite et validée en France par Nicole Guedeney (Guedeney *et al.*, 1995). Un score supérieur ou égal à 11 indique à plus de 85 % que la jeune mère a un épisode dépressif avéré, mais il s'agit d'une échelle de dépistage et non d'un outil diagnostique. Cette échelle est validée chez la mère en période prénatale (en France par Audouard *et al.*, 2005), et peut également être utilisée chez le père ; par ailleurs, elle se révèle très utile pour rechercher des facteurs de gravité.

Facteurs de gravité de la DPN

- Dépression majeure.
- Idées de suicide (toute réponse différente de 0 à l'item 10).
- Effets importants sur l'enfant (retrait relationnel).
- Isolement social.
- Difficultés financières.

En dehors de ces critères de gravité, qui justifient le plus souvent une hospitalisation de la mère (et donc une séparation mère-enfant), une hospitalisation conjointe mère-bébé ou un traitement antidépresseur, le suivi thérapeutique de la dépression postnatale reste un sujet très complexe.

En effet, les DPN se situent dans une position d'interface (psychiatrie adulte, psychiatrie du bébé et des relations précoces parents-enfant), qui crée une complexité de cibles d'actions et d'objectifs thérapeutiques. De plus, en France, l'absence de filières d'orientation obligatoires dans le système de santé et de recommandations claires laisse le professionnel libre de ses choix (Guedeney, 2001).

En France, la détection et l'éventuelle orientation reposent sur des médecins non spécialisés ou des professionnels de santé primaire non médecins. Le système de protection maternelle et infantile dispose d'un corps de métier particulièrement bien placé pour la détection des mères déprimées : il s'agit des puéricultrices. Le partenariat avec les professionnels du soin psychique est indispensable mais parfois difficile à organiser. En effet, malgré l'amélioration des connaissances des professionnels sur les DPN, on constate la persistance d'un taux très faible de prises en charge adéquates (Guedeney, 2001).

Néanmoins, il est aujourd'hui acquis que toutes les DPN ne nécessitent pas une prise en charge spécialisée (c'est-à-dire effectuée par un professionnel du soin psychique). Dans la majorité des cas, la disponibilité du professionnel, son rôle de soutien émotionnel et son attention à proposer des solutions d'aide pratique suffisent. Il peut s'agir notamment d'une sage femme ou d'une puéricultrice de secteur. Leurs interventions semblent d'ailleurs d'autant plus efficaces que l'aide proposée est continue dans le temps (le même professionnel intervient en pré et postnatal) et individualisée (Chabrol, 2008).

Comment évaluer la nécessité d'une orientation spécialisée ?

La première étape consiste à repérer l'existence de signes de sévérité, qui nécessitent une orientation vers un psychiatre pour une évaluation plus fine de la situation. Ces signes peuvent concerner l'état de la mère (idées

suicidaires, ralentissement psychomoteur important…), l'impact sur la relation et le bébé (retrait relationnel à l'échelle ADBB, troubles du sommeil, retard de développement ou de croissance…) ou encore le contexte sociofamilial (isolement, conflits conjugaux, absence de soutien familial…).

Une dépression avérée en prénatale (principal facteur de risque de DPN) ainsi qu'une absence d'évolution après quelques semaines de soutien émotionnel sont également des situations qui doivent conduire à proposer une orientation spécialisée.

Vers qui orienter ?

L'orientation doit reposer d'abord sur le choix de la famille (de la mère), parmi les différentes propositions thérapeutiques. Il s'agit de trouver avec elle l'orientation qui apparaît adéquate et acceptable, donc le mode de traitement qui correspond le mieux à l'hypothèse de la mère sur la cause des troubles, et à ce dont elle a d'abord le plus besoin. En effet, il est démontré que seules les propositions thérapeutiques en accord avec ce que la mère déprimée pense de l'origine de ses troubles et des solutions pour y remédier, sont acceptées (Guedeney, 2001). Il est donc essentiel d'entendre les perceptions de la mère concernant la cause et la nature de ses difficultés : dans quel domaine souhaite-t-elle être d'abord aidée ?

Par exemple, certaines mères ne peuvent reconnaître qu'elles ont besoin de soins mais peuvent ressentir des inquiétudes vis-à-vis de leur bébé, pour lequel elles peuvent accepter de consulter. Une orientation vers une structure infanto-juvénile peut dans ce cas se révéler plus adaptée, tout au moins dans un premier temps.

La perception de l'entourage a également une importance cruciale et notamment l'implication des figures significatives pour la mère.

Enfin, la décision d'orientation et le type choisi dépendent bien entendu des ressources locales des professionnels. Ils doivent ainsi connaître les ressources et dispositifs d'aide existants (publics, privés, associatifs) (Guedeney, 2001).

Les choix possibles

La prise en charge des DPN se concentre sur trois objectifs de travail principaux, l'un d'entre eux étant le plus souvent privilégié par rapport aux autres, au moins dans un premier temps. L'idée est de pouvoir intervenir dans les trois domaines, en fonction des besoins de la famille.

Le premier objectif est de soigner la mère, c'est-à-dire de soigner l'épisode dépressif en se concentrant sur le souhait maternel (Guedeney, 2001). Cela peut consister en un traitement psychotrope (anxiolytiques, antidépresseurs), dont l'utilisation nécessite certaines précautions durant la grossesse et l'allaitement. En effet, le risque tératogène est faible, mais une

augmentation du risque d'hypertension artérielle pulmonaire a été mise en évidence chez les enfants de mères ayant pris des ISRS après 20 semaines de grossesse (Sutter-Dallay, 2010). L'évaluation du rapport bénéfice-risque reste donc indispensable. Par ailleurs, l'allaitement étant compatible avec la prise de certains antidépresseurs (sertraline, paroxétine entre autres), il est aujourd'hui essentiel de pouvoir soutenir le souhait de la mère d'allaiter tout en traitant de façon efficace son épisode dépressif (Apter, 2009).

Pour ce qui est des autres modalités d'accompagnement, il peut s'agir d'une thérapie interpersonnelle (IPT), d'une guidance ou d'un abord direct par le corps (massage, kinésithérapie, relaxation), et en pratique, fréquemment une association de ces traitements. L'approche peut être individuelle ou groupale (psychothérapie parents-bébé, groupes mère-bébé, voir p. 243).

Parfois, il peut s'agir d'un « simple » soutien émotionnel et d'une aide concrète : les mères déprimées ont très souvent un sentiment constant d'être débordées et peuvent se sentir rapidement soulagées par l'intervention d'une TISF (Technicienne de l'intervention sociale et familiale) et/ ou d'une puéricultrice de secteur. Cette autre femme peut la soutenir, en validant ses sentiments, en lui donnant le droit d'être déprimée sans être une mauvaise mère.

Le second objectif est de soutenir la relation mère-enfant, notamment par la prise en charge des difficultés interactives, fantasmatiques et/ou comportementales ; par la prévention des troubles de la relation, notamment des troubles de l'attachement ; et par l'accompagnement des mères après leur dépression (sentiment fréquent de culpabilité, notamment en cas de difficultés de développement chez l'enfant).

Le troisième objectif est de soutenir le bébé (abords directs parfois : massages, relaxation, psychomotricité), et de repérer d'éventuelles difficultés, comme les difficultés tempéramentales ou de régulation, qui entretiennent l'état dépressif de la mère, et qui favorisent les conséquences négatives de la DPN maternelle sur le bébé (Guedeney, 2001). On peut associer la mère – ou le père – à cet abord direct, en soulignant que les mères déprimées qui gardent un niveau suffisant de contacts proches (caresses, contact physique) semblent protéger leur enfant des conséquences de la dépression (Sharp *et al.*, 2012).

Il est enfin essentiel de dire que l'accompagnement d'une mère déprimée ne doit pas se limiter à la dyade mère-bébé. En effet, le père de l'enfant doit également être soutenu. Souvent fragilisé par la souffrance de sa partenaire, parfois véritablement déprimée, il peut se retrouver entravé dans son rôle auprès de l'enfant (avec un impact sur son développement cognitif et socio-affectif) mais également auprès de sa partenaire (fragilisation du couple), dont il est souvent le principal soutien (Ramchandani, 2005).

Ainsi, le rôle de la PMI, en particulier des puéricultrices de secteur est essentiel. Ce sont elles qui vont à la rencontre des familles vulnérables ; ce

sont elles qui peuvent repérer les premières difficultés ; elles qui rassurent et soutiennent concrètement les mères débordées et souvent accablées. De plus, c'est le plus souvent ce premier contact précoce qui permet, si cela est nécessaire, de s'appuyer sur la relation de confiance pour proposer des soins plus spécialisés à la famille (orientation). Les liens entre professionnels de soins psychiques et service de PMI sont alors indispensables.

Le travail à domicile occupe une place centrale, du fait des difficultés parfois massives pour ces mères de se déplacer et venir consulter. Rencontrer les mères (et les pères) vulnérables en prénatal, parfois de façon conjointe avec la puéricultrice, a un intérêt certain : en effet, une brève intervention de prévention a l'avantage d'instaurer une relation collaborative avec le thérapeute, facilitant ainsi la mise en place d'un traitement lors de la survenue éventuelle d'une dépression (Chabrol, 2008).

Une intervention coordonnée entre PMI et secteur de pédopsychiatrie permettrait ainsi un dépistage et une intervention plus précoce et efficace dans la DPN (Le Foll et Guedeney, 2014). La mise en place d'un parcours de soins en périnatalité prend ici tout son sens, ayant pour but la prévention et l'intervention précoce pour l'enfant et sa famille, pendant la grossesse et les deux premières années de la vie. Il s'agit d'une part d'identifier les mères à risque et de prévenir l'apparition des DPN, et d'autre part, de disposer de moyens de dépistage et de traitement clairs, précis et efficaces pour les dépressions installées, afin d'en limiter l'impact sur l'enfant et la famille.

Références

Appleby L. Le traitement de la dépression post-natale. Devenir 2001;13(3):21-6.

Apter G. Psychotropes et allaitement. L'information psychiatrique 2009;85(2):203-7.

Chabrol H, et al. Prévention et traitement de la dépression du post-partum. Devenir 2008;20(3):211-48.

Guedeney N, Jeammet Ph. Dépressions post-natales (DPN) et décisions d'orientation thérapeutique. Devenir 2001;13(3):51-64.

Guedeney N, Fermanian J, Guelfi J, et al. Premiers résultats de la traduction de l'Edinburgh Post-natal Depression Scale sur une population parisienne. Devenir 1995;7:69-92.

Le Foll J, Guedeney A. Visites à domicile préventives périnatales dans les familles à problèmes multiples : efficacité et limites. Devenir 2014;26:59-72.

Sharp H, Pickles A, Meaney M, Marshall K, Tibu F, Hill J. Frequency of infant stroking reported by mothers moderates the effect of prenatal depression on infant behavioural and physiological outcomes. Plos ONE 2012;7(10):e45446.

Ramchandani PG, Stein A, Evans J, et al. Paternal depression in the post-natal period ans child development: a prospective population study. The Lancet 2005; 365(9478):2201-5.

Sutter-Dallay A-L. Psychose et maternité. L'information psychiatrique 2010;86(2):153-61.

Les effets sur le jeune enfant des violences conjugales

La violence conjugale met en jeu la sécurité de l'attachement de l'enfant : elle lui fait peur, elle est source de stress et donc augmente son besoin d'attachement. C'est un risque grave pour la sécurité de l'attachement du bébé, car les parents ne sont plus une base de sécurité pour leur enfant alors que leur comportement est une source de stress majeur. Cette situation sans issue du point de vue de l'attachement est en soi un élément désorganisant et rend compte des troubles à type de syndrome de stress post-traumatique et des troubles du comportement que l'on peut observer chez le bébé dans ces circonstances. Il est donc important de penser d'abord à l'exposition à la violence conjugale devant une symptomatologie comportementale du jeune enfant, du fait de sa fréquence. D'autre part, il est clair qu'un parent victime de violences verbales et/ou physiques, traumatisé, effrayé, ne peut assurer un *caregiving* de bonne qualité.

En effet, on estime, à partir d'un échantillon américain (États-Unis) représentatif de la population générale que 15,5 millions d'enfants vivaient dans un foyer où il y avait eu au moins une fois dans l'année précédente, un épisode de violence conjugale ; 7 millions d'enfants avaient pu être exposés à des épisodes de violence plus sévères. Fantuzzo et Fusco (2007), dans une étude portant sur des rapports de police sur les violences conjugales, estiment que dans 43 % des situations, les enfants avaient été témoin de violences conjugales. Dans 92 % des situations, c'était la mère qui avait été agressée. Soixante pour cent des enfants exposés avaient moins de 6 ans : cette prédominance d'enfants jeunes est constatée de façon générale.

Quels en sont les effets sur le développement et sur l'attachement ?

Les enfants de moins de 6 ans qui ont été témoins de violences conjugales ont plus de risque de présenter des troubles psychopathologiques, que ce soit sous forme de symptômes internalisés (anxiété, dépression) ou externalisés (agressivité, réactivité émotionnelle négative, niveau d'activité). Être témoin d'une menace sur le bien-être physique de sa mère est le plus puissant prédicteur de la sévérité de la symptomatologie post-traumatique des enfants de moins de 6 ans.

La méta-analyse de Kitzmann *et al.* (2003) porte sur 118 études expérimentales publiées sur l'adaptation psychosociale des enfants exposés à la violence domestique. Elle confirme qu'une large majorité d'entre eux ont une moins bonne adaptation psychosociale. Ils présentent de nombreux problèmes : agressivité, anxiété, difficultés de socialisation avec les pairs et

problèmes scolaires, et ce d'autant plus que l'âge est inférieur à 6 ans. Fait notable, ces enfants ont autant de difficultés que les enfants du groupe de comparaison qui, eux, ont été victimes directement de violence (qu'ils aient par ailleurs assisté ou non à des violences conjugales). Les experts du développement considèrent actuellement l'exposition à la violence conjugale comme une forme de maltraitance psychologique, même si cette violence ne s'exerce pas directement sur les enfants. L'exposition aux événements traumatiques non interpersonnels augmente le risque d'anxiété (angoisse de séparation, troubles du sommeil) et de troubles phobiques.

Facteurs de gravité liés à l'enfant

Les facteurs liés à l'enfant sont en particulier l'âge de celui-ci et ses capacités cognitives. Plus l'enfant est jeune, moins il dispose de stratégies cognitives élaborées pour comprendre le conflit et de stratégies pour faire face au stress, et donc plus l'impact risque d'être fort. Ces facteurs sont d'autant plus importants que la violence conjugale est souvent plus marquée en début de relation, dans les familles avec enfants, et donc quand l'enfant est jeune. Les parents sont d'autant moins enclins à imaginer que leurs conflits peuvent être effrayants pour leur enfant que celui-ci est jeune : ils pensent qu'il est trop jeune pour comprendre et pour que cela l'atteigne, qu'il ne s'en souviendra pas, et ils pensent encore moins à le préserver de ces conflits.

Nature des conflits

La nature des conflits (verbale ou physique), l'intensité des conflits auxquels l'enfant assiste, leur répétition avec accumulation des scènes, sont également à prendre en compte. La pratique clinique montre que la présence de violence conjugale peut aussi déborder vers une maltraitance de l'enfant ; un conjoint violent sur sa femme peut passer à l'acte sur l'enfant. Enfin, on souligne l'importance pour la résilience de l'enfant de la capacité du parent à maintenir sa préoccupation parentale et à continuer de s'occuper de la détresse de l'enfant, malgré son propre stress.

Violence conjugale et attachement

Zeanah *et al.* (1999) constatent une forte association entre l'existence de violence conjugale, d'après les dires de la mère et le type d'attachement de l'enfant. Ils constatent en particulier un risque accru d'attachement désorganisé alors qu'aucune violence directe ne semble avoir été exercée sur l'enfant. Quand des conflits conjugaux existent, les jeunes enfants peuvent passer en deux ans

d'un pattern d'attachement sécure à un pattern sécure/désorganisé ou insécure/désorganisé. L'hostilité entre les parents observée dans un jeu familial filmé, alors que l'enfant est âgé de 6 mois, est prédictive de la qualité de l'attachement de l'enfant à sa mère lorsqu'il a 3 ans. L'existence d'un conflit conjugal lorsque l'enfant a 3 ans est associée avec un risque accru d'attachement insécure, tant avec le père qu'avec la mère. Le comportement parental de la mère semble en partie médiatiser les liens entre l'existence du conflit conjugal et le pattern d'attachement de l'enfant à la mère.

Violence conjugale et *caregiving*

Dès le début des années 90, un certain nombre d'auteurs évoquent que les conflits conjugaux altèrent la qualité du comportement parental et en particulier, les qualités de sensibilité, de chaleur, de responsivité (qualité de réponse, néologisme pour traduire le mot *responsiveness* qui contient une idée de sensibilité et de réponse rapide et adéquate) et d'acceptation qui sont particulièrement pertinentes au regard de l'attachement. Cet effet est particulièrement sensible chez les pères (Owen et cox, 1997). Les émotions négatives liées au conflit contaminent la relation parent-enfant et augmentent la conflictualité parent-enfant. Les interactions liées à ce mécanisme s'inscrivent dans le paradigme des interactions effrayantes/effrayées décrites par Main et Hesse (1990), profondément désorganisantes pour l'attachement de l'enfant.

Le modèle de la préoccupation suggère que le conflit conjugal peut conduire le parent à un parenting en retrait ou insuffisamment concentré sur l'enfant. Il s'agit d'une attitude d'abdication du parent qui ne répond pas de manière durable et adaptée à l'enfant, alors que celui-ci subit un niveau élevé d'activation de l'attachement. Cette attitude est, en soi, très désorganisante. Le renversement de l'attachement en « parentification » de l'enfant exposé aux violences conjugales est une des voies les plus probables d'évolution du comportement de l'enfant. Contrôler ou vouloir protéger un parent désorganisant est une stratégie compréhensible. Il est ainsi important de rechercher des expositions à des violences intrafamiliales chez de jeunes enfants avec un comportement d'Enfant Roi, et en fait d'Enfant tyran contrôlant un parent abdiquant et désorganisé.

Assister de manière répétée à des violences conjugales pousse les enfants à adopter des comportements d'hypervigilance, et peut entraîner chez eux à plus long terme une inversion des rôles (Byng-Hall ; Vuilliez-Coady, 2013). La compliance de l'enfant à répondre aux besoins du parent représente une tentative d'augmenter son sentiment de sécurité émotionnelle dans sa relation au parent. En effet, plus l'enfant est capable de répondre aux besoins du parent, plus celui-ci devient prévisible.

Un conflit grave entre les parents entraîne également la perte du partenaire comme figure d'attachement (s'il en était une), pour chacun des parents, qui peuvent alors se sentir plus impuissants à protéger leurs enfants, avec le risque de rechercher plus ou moins inconsciemment, leur soutien, menant parfois à une inversion des rôles.

Le niveau d'entente de l'« équipe » parentale sur les tâches de ce qu'on appelle le coparentage (Mc Hale, Favez), c'est-à-dire, la capacité des parents d'exercer leurs tâches parentales de manière différenciée mais synergétique, ainsi que le niveau de satisfaction dans la relation de couple, jouent sur le *caregiving* parental : en particulier, la sensibilité des parents aux besoins émotionnels de leurs enfants est renforcée (George et Solomon, 2008). Le fait qu'il existe une association significative entre conflit conjugal, atteinte du coparenting et le risque d'attachement désorganisé chez l'enfant vis-à-vis de sa mère, en particulier, suggère bien que les conflits conjugaux jouent sur la qualité du *caregiving*, en particulier sur le *caregiving* maternel. En cas de conflit prolongé entre les parents, ceux-ci peuvent éprouver plus de difficulté à maintenir un niveau de coopération et d'alliance efficace autour des enfants, ce qui risque d'insécuriser leurs attachements.

Favez définit dans sa revue la notion de coparentage, tirée de Salvador Minuchin : le coparentage peut être défini comme le sous-système exécutif de la famille, c'est-à-dire, comme le noyau fonctionnel du groupe social parent-parent-enfant(s). Ce concept permet de dissocier dans la relation entre les parents d'une part, ce qui relève du fonctionnement conjugal (ou marital, suivant les références), soit la relation affective et sexuelle entre eux et, d'autre part, ce qui relève de la famille à proprement parler, et en particulier, tout ce qui concerne les soins et l'éducation à donner aux enfants et la manière de le faire (Favez et Frascarolo, 2013). Le coparentage serait la dimension intermédiaire efficace de l'effet du conflit conjugal sur le développement de l'enfant (Mc Hale). Il est donc très important de l'apprécier en clinique du jeune enfant, où l'on sollicite le clinicien de plus en plus souvent pour prévenir cet impact du conflit sur le développement psychologique précoce, notamment en cas de séparation et divorce.

Références

Briggs-Gowan MJ, Carter AS, Clark R, Augustyn M, McCarthy KJ, Ford JD. Exposure to potentially traumatic events in early childhood: differential links to emergent psychopathology. Journal of child psychology and psychiatry 2010;51(10):1132-40.

Fantuzzo J, Fusco R. Children's direct sensory exposure to substantiated domestic violence crimes. Violence and victims 2007;22(2):158-71.

Favez N, Frascarolo F. Le coparentage : composants, implications et thérapie. Devenir 2013;25(2):73-92.

Frascarolo F, Dimitrova N, Zimmermann G, Favez N, Kuersten-Hogan R, Baker J, McHale J. Présentation de l'adaptation française de l'échelle de coparentage de

McHale pour familles avec jeunes enfants. Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence 2009;57:221-6.
Guedeney N, Guedeney A, Rabouam C. Violences conjugales et attachement des jeunes enfants. Une revue de la littérature. Perspectives psy 2013;3(52):222-30.
Georges C, Solomon J. The caregiving system. A behavioral approach to parenting. In: Cassidy J, Shaver PR, editors. Handbook of attachment : theory, research and clinical applications. 2nd ed. New York: The Guildford Press; 2008. p. 833-56.
Kitzmann KM, Gaylord NK, Holt AR, Kenny ED. Child witness to domestic violenc: a meta analytic review. Journal of consulting and clinical psychology 2003;71: 741-53.
Lyons-Ruth K, Jacobvitz D. Attachment disorganization, genetic factors, parenting contexts, and developmental transformation from infancy to adulthood. In: Cassidy J, Shaver PR, editors. Handbook of attachment theory research and clinical application. New York: The Guilford Press; 2008. p. 666-97.
Mc Hale J. Coparenting and triadic interactions during infancy: The roles of marital distress and child gender. Developmental psychology 1995;31:985-96.
Schechter DS, Willheim E. The effects of violent experiences on infants and young children. In: Zeanah CH Jr, editor. Handbook of infant mental health. 3e éd. New York: The Guildford Press; 2009. p. 197-213.

Maladies organiques et syndromes génétiques utiles à connaître en clinique de la petite enfance

Il n'est bien sûr pas possible de faire ici un catalogue exhaustif des syndromes micro-délétionnels et épigénétiques, ou neurologiques qui peuvent affecter le développement relationnel et cognitif d'un jeune enfant. Nous nous limiterons à quelques situations dont le diagnostic peut n'être pas facile au début de la vie, qui ont des aspects cliniques (« endophénotype comportemental ») qui peuvent conduire à une consultation en pédopsychiatrie avant que le syndrome ne soit diagnostiqué. Ces syndromes ouvrent à une meilleure connaissance des bases biologiques du comportement et du développement psychologique précoce. De façon croissante, ces sydromes permettent des interventions périnatales précoces, avec l'instauration de traitements spécifiques qui peuvent changer le pronostic traditionnel du syndrome.

Fentes labiopalatines (FLP)

Les fentes labiopalatines sont une pathologie fréquente et méconnue des pédopsychiatres. Leur diagnostic est fait le plus souvent en anténatal.

Les fentes labiales uni- ou bilatérale assorties ou non d'une fente palatine (FLP) et les fentes palatines (FP) isolées sont les malformations crânio-faciales

les plus fréquentes chez l'homme. Elles ont la même prévalence en population générale que la trisomie 21 soit environ 1/700 naissances, et cette prévalence varie selon l'origine géographique, de 1/300 naissances pour les asiatiques à 1/2500 naissances pour les Africains (Bruno Grollemund). Elles ont pour origine un défaut de coalescence des bourgeons faciaux au cours de l'embryogenèse, plus particulièrement lors de la formation du palais primaire et/ou du palais secondaire.

Ces malformations de la face apparaissent le plus souvent sous forme non syndromique. Elles peuvent être familiales ou isolées mais être également le signe d'un syndrome dont l'origine est une mutation génétique. Cependant, la pénétrance du phénotype chez différents individus porteurs de la même mutation peut être variable et rend presque illusoire la distinction entre syndromique et non-syndromique dans les cas d'atteintes discrètes.

La venue au monde d'un enfant porteur de FLP est un événement particulièrement stressant et traumatisant pour les parents. Il y a une perte brutale de l'image de l'enfant imaginé qui les bouleverse dans leurs capacités propres de transmission intergénérationnelle. Les premières relations de tout parent avec son nouveau-né s'appuient sur les émotions conscientes et inconscientes qui, pour l'essentiel, passent par le toucher, le son de la voix, le regard et l'expression du visage. Lorsque le nouveau-né est porteur d'une FLP, les parents sont confrontés brutalement au visage « abîmé », ouvert, béant, de leur enfant et la surcharge émotionnelle de cet événement peut freiner leur investissement affectif. Ceci suscite à l'évidence des émotions contradictoires : détresse, horreur, culpabilité, désir de réparation, de protection, etc. La malformation peut bloquer la reconnaissance d'une transmission intergénérationnelle symbolisée (Guyoyat), et freiner l'intégration de l'enfant par identification au sein de la famille.

L'impact de la malformation sera cependant différent suivant le type et l'étendue de la FLP. Les fentes complexes nécessitent un suivi stomatologique, orthodontique et orthophonique complexe. La réparation chirurgicale est complexe, nécessitant des interventions successives. Elle a été initiée par le chirurgien français Le Vaux. Rappelons que c'est à propos de fentes palatines que la première rééducation orthophonique s'est déroulée.

Le traitement de jeunes patients porteurs d'une FLP ou d'une FL nécessite plusieurs interventions chirurgicales suivant la gravité de l'atteinte. La première intervention concerne la lèvre et la seconde, quelques mois plus tard, le palais. Les modalités des corrections varient suivant l'importance de la malformation et selon le protocole retenu par l'équipe chirurgicale. Pour certains auteurs, ces différents délais pourraient conditionner le développement cognitif et affectif de l'enfant, en influençant à terme la réussite scolaire. Les retards de parole et de langage sont fréquents dans les suites des FLP. Cette situation est donc à risque pour les relations parents-bébé, et un suivi psychologique apparaît très nécessaire.

Toutes les études portant sur les débuts de la vie d'un enfant porteur de FLP soulignent l'importance de la qualité de l'information dès le début de la relation avec l'équipe de soins et l'annonce du diagnostic. Dès le départ, il faudrait aider les parents à « investir » cet enfant « différent » de celui attendu et espéré, mais aussi à devenir des auxiliaires de soins pour leurs bébés, et ce, grâce à l'écoute qui leur est donnée et aux informations transmises. Un suivi psychologique des parents et des enfants permet de repérer les signes de souffrance du bébé (retrait relationnel), d'intervenir au niveau de relations parents-enfant, du stress et de la dépression parentale, en aidant les parents à élaborer leur vécu traumatique (Grollemund *et al.*, 2010).

Syndrome alcoolique fœtal (SAF) et dépistage de l'alcoolisation pendant la grossesse

Le syndrome d'alcoolisation fœtale (SAF) a été décrit en premier en France en 1968 par Pierre Lemoine à Nantes, puis « redécouvert » aux États-Unis en 1973 par KL Jones et DW Smith. Les lésions cérébrales observées expérimentalement comportent des troubles de la gyration, des anomalies du corps calleux et de l'hippocampe, des hétérotopies et des troubles de la myélinisation, de la prolifération et de la différenciation neuronales. Toutes ces lésions sont clairement dose-dépendantes.

La période du troisième trimestre de la grossesse est celle de la vulnérabilité maximale : elle correspond à la synaptogenèse du fœtus. Par contre, il s'avère impossible de fixer un seuil minimum de consommation au-dessous duquel il n'existerait pas de risques. Une forte consommation d'alcool pendant la grossesse peut entraîner une altération du QI à 8 ans, même en l'absence d'un tableau clinique initial de SAF. C'est ce que montre l'étude récente de Molteno *et al.* en 2012 au Cap en Afrique du Sud, où le syndrome est très fréquent parmi les jeunes femmes enceintes isolées qui pratiquent le *Binge drinking* en fin de semaine. Dans une étude longitudinale controlée, Molteno montre que l'exposition prénatale à l'alcool est liée de façon nette et indépendante au retrait relationnel du bébé à l'âge de 6 mois, sans lien avec la dépression maternelle pré- ni postnatale, et donc par un effet tératogène. Le retrait relationnel, mesuré à 6 mois avec l'ADBB, est lié de façon indépendante à l'exposition fœtale, et apparaît donc comme le premier signe du SAF (Molteno, 2014). Le suivi des enfants exposés montre que le retrait à 6 mois avec l'échelle ADBB prédit le QI à 5 ans et encore plus à 9 ans.

Le SAF donne lieu à un syndrome malformatif plus ou moins complet qui associe des malformations faciales, cardiaques, rénales, à un phénotype comportemental (fig. 8.1) marqué par une opposition et une agitation importantes, et des troubles importants du maintien de l'attention, des troubles de l'acquisition du langage, avec un retard mental variable, mais

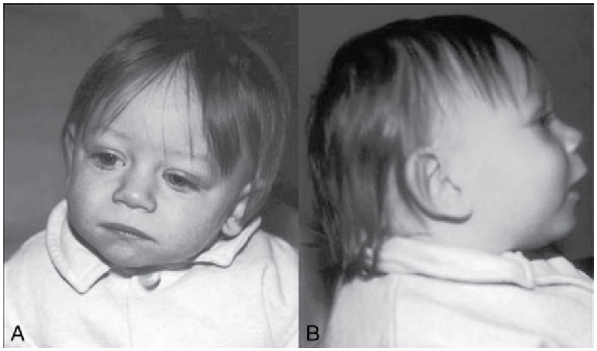

Figure 8.1. Dysmorphie faciale.
Source : Lejeune C. Syndrome d'alcoolisation fœtale. Devenir. 2001 ; 4(13) : 77-94.

souvent marqué, et souvent une sociabilité indiscriminée. Sa fréquence en France pourrait être supérieure à 1/1000.

Il n'existe pas de critères biologiques du diagnostic ; son traitement associe psychotropes (neuroleptiques de nouvelle génération, psychostimulants), avec surtout une pédagogie adaptée dans une classe spéciale.

Le SAF se caractérise par une série de quatre signes : la dysmorphie crâniofaciale, l'hypotrophie staturopondérale, les anomalies psychomotrices et les malformations osseuses et viscérales. Ces enfants présentent en effet un faciès très particulier, associé à une microcéphalie. Les fentes palpébrales sont petites, donnant ainsi l'impression que les yeux sont trop écartés. Cette caractéristique est d'ailleurs la plus significative, et la plus stable entre ethnies (Moore, *et al*., 2007). La lèvre supérieure est mince. Le sillon sous-nasal, ou philtrum, est allongé et effacé. Le profil est lui aussi significatif, avec un front bombé et étroit, des arcades sourcilières aplaties, des fosses temporales profondes, des oreilles décollées et mal ourlées, un nez court et retroussé, une bouche large et un menton petit et en retrait.

L'*hypotrophie staturopondérale* est présente en prénatal dans 80 % des cas, et presque chez tous les enfants en postnatal. Elle s'associe souvent à la prématurité, et concerne à la fois un retard ou une stagnation du poids, de la taille et du périmètre crânien. Le périmètre crânien est d'ailleurs le plus souvent en rapport avec l'importance de la microcéphalie.

Les *malformations osseuses et viscérales* touchent environ 10 % à 30 % des enfants atteints de SAF. Il s'agit principalement d'anomalies cardio-vasculaires (10 % à 20 % des cas), de malformations du squelette, et de malformations de la sphère urogénitale et rénale, ces dernières étant difficiles à repérer, car souvent asymptomatiques et à révélation tardive. Les malformations cérébrales ont pu être mises en évidence grâce aux techniques d'imagerie et à l'examen post-mortem des enfants. On note parfois une agénésie du corps calleux et une hydrocéphalie attribuées à des anomalies du tube neur*al*.

Enfin, on observe différentes *perturbations du développement psychomoteur*. Un retard mental léger ou modéré est observé dans 80 % des cas. Son degré semble proportionnel à celui de la dysmorphie crâniofaciale, avec une moyenne de QI autour de 65. Les perturbations neurologiques associées sont variées, et objectivées à la fois sur le plan de l'électroencéphalogramme (EEG) et sur le plan comportemental. Les jours suivant la naissance, le nourrisson peut souffrir de difficultés de succion, de perturbation du sommeil, d'hyperacousie, de trémulations et d'irritabilité. Par la suite, on peut remarquer une hypotonie, une atteinte de la motricité fine et des problèmes de coordination oculomotrice. Ces troubles vont gêner l'acquisition de la marche et du langage.

On note de fréquents *troubles du comportement* : ces enfants sont vifs, agités, coléreux, bagarreurs. Ces signes ont pu faire penser à une analogie entre les troubles du comportement dans le SAF et le trouble d'hyperactivité avec déficit de l'attention, sans qu'un lien clair ait pu être mis en évidence.

Enfin, le SAF est intéressant à considérer dans ses *troubles de l'intersubjectivité* : ces enfants ont souvent une sociabilité indiscriminée et rappellent les aspects du RAD forme indiscriminée, maintenant appelé troubles des relations sociales à forme indiscriminée (voir p. 138). Cette dimension intersubjective troublée et indiscriminée est-elle liée au TDAH, dont on sait qu'il partage certaines de ces difficultés ou ces troubles sont-ils liés aux carences interactives familiales ? Une recherche approfondie sur cette question apparaît nécessaire.

L'incidence du SAF est difficile à évaluer, dans la mesure où, les critères peuvent être subtils à la naissance. Nombre d'enfants peuvent être amenés en consultation de pédopsychiatrie pour des retards de langage, une hyperactivité, des troubles du contact, sans que l'étiologie soit reconnue. Selon les sources, la fréquence du SAF en France est estimée entre 1 à 4,8 naissances pour 1 000 pour la forme complète. Si on inclut tous les troubles liés à l'exposition à l'alcool (EAF) *in utero*, on arrive à une prévalence de 9,1 naissances pour 1 000, presque une naissance sur 100. Sokol, *et al.* (2007) ont montré des effets de l'alcool sur l'incidence de l'extrême prématurité (avant 32 semaines de gestation). Leur étude portant sur 3 130 femmes et leur bébé les a amenés à constater que l'alcool était la substance qui avait la plus grande contribution à la prématurité, comparativement aux autres substances psychoactives, incluant le tabac.

Plus encore, l'abstinence d'alcool a autant d'effet préventif dans ce domaine que l'abstinence conjuguée de toutes les substances. Les auteurs concluent que l'abstinence d'alcool pourrait éviter deux cas d'extrême prématurité sur cinq.

De nombreux auteurs ont alors insisté sur l'importance de développer et d'utiliser en recherche de nouveaux outils, spécifiquement élaborés pour la pratique auprès des femmes enceintes. C'est le cas du T-ACE (Sokol, *et al.*, 1989). Sokol *et al.* (1989) ont mis au point le T-ACE dans le but de

créer un outil spécifiquement adapté à la pratique des gynécologues et des obstétriciens, afin de permettre une détection plus aisée des conduites de consommations d'alcool à risque pour le fœtus. Composé de quatre items (*Tolerance*, *Annoyed*, *Cut-Down*, *Eye-Opener*), le T-ACE est coté de 0 à 5 points. Les items portent sur la tolérance à l'alcool, c'est-à-dire sur la quantité à ingérer pour en sentir les effets (item *Tolerance*), sur les conséquences éventuelles de cette consommation, comme le fait de devoir boire le matin pour éviter de se sentir mal (item *Eye Opener*), sur le sentiment de devoir réduire ou non sa consommation d'alcool (item *Cut down*), et sur les réactions négatives de l'entourage par rapport à la consommation d'alcool (item *Annoyed*). Chaque réponse positive donne un point, sauf pour la question *Tolerance* pour laquelle deux points sont attribués lorsque la femme donne une réponse supérieure ou égale à deux verres. Le seuil permettant de dépister une consommation potentiellement dommageable pour le fœtus est fixé à un score de 2. Les auteurs insistent sur l'importance de la question *Tolerance*, qui serait particulièrement sensible. La sensibilité du T-ACE s'élève ainsi à 70 %, une première utilisation en France a été réalisée sur une population de 115 femmes (Varescon, Gaugue et Wendland., 2007).

Syndrome de Smith-Magenis

Le syndrome de Smith-Magenis, décrit par Ann Smith en 1982, est une maladie génétique orpheline due à une micro-délétion sur le chromosome 17 (17p11.2). Il se traduit par un retard mental, une dysmorphie, des troubles du comportement et des troubles du sommeil très sévères. Ces anomalies comportementales ont été rattachées à une anomalie de la sécrétion circadienne de mélatonine, avec une sécrétion diurne et non pas nocturne de cette hormone. La prévalence est estimée à 1/25 000 naissances, ce qui correspond à 25 nouveaux cas par an en France. Le syndrome de Smith-Magenis est souvent méconnu au début de la vie car c'est l'association d'une dysmorphie, d'un retard mental et de troubles du sommeil qui font évoquer le diagnostic, mais pris isolément, chaque signe peut être mal interprété. Même s'il est rare, ce syndrome est intéressant car il représente un modèle de raisonnement clinique qui conduit au diagnostic de maladie génétique, devant une insomnie primaire associée à un retard de développement et à des troubles comportementaux.

La dysmorphie est modérée, les enfants ont une hypoplasie de l'étage moyen, le philtrum (lèvre supérieure) est court, la bouche a un aspect très caractéristique, en chapeau de gendarme. Le retard mental est constant, sévère (QI compris entre 45 et 70, QI : 55 en moyenne), associé à un retard de langage. Il apparaît progressivement des troubles du comportement majeurs, une hyperactivité avec un déficit de l'attention, une auto-agressivité. Les enfants demandent une attention exclusive de l'adulte (et de leur mère en particulier), ils s'intéressent peu aux enfants de leur âge. Ils font des

colères clastiques, par intolérance à la frustration, colères qui sont prolongées, et qui sont une véritable mise à l'épreuve des parents, puis des équipes éducatives et soignantes. Il est intéressant de noter que les troubles du comportement et du sommeil sont corrélés à l'anomalie circadienne de la sécrétion de mélatonine. Ce syndrome rare est donc important à connaître du fait de son diagnostic précoce difficile, et de l'association d'un phénotype comportemental spécifique avec les anomalies de la mélatonine. La combinaison des bêta-bloquants le matin et de la mélatonine le soir restaure un rythme de sommeil. Les troubles du comportement sont sensibles au *Risperdal®*, et aux psychostimulants.

Syndrome d'hypotonie néonatale ou syndrome de Prader Willi

Le syndrome de Prader Willi se caractérise par un dysfonctionnement hypothalamo-hypophysaire associé à une hypotonie majeure pendant la période néonatale et les deux premières années de vie. Il peut se manifester avant la naissance (période anténatale) : le fœtus bouge moins que la normale et le liquide amniotique est parfois en excès (hydramnios). Après la naissance, on peut distinguer deux phases, avec, pour chacune, des manifestations assez caractéristiques, mais dont la sévérité et le moment d'apparition sont très variables d'une personne à l'autre.

De l'enfance à l'âge adulte, les problèmes principaux sont l'apparition d'une hyperphagie, avec le risque d'obésité morbide et de diabète, des difficultés d'apprentissage et des troubles du comportement, voire des troubles importants du comportement et de dépressions majeures. De nombreuses manifestations sont en relation avec dysfonctionnement de l'hypothalamus. Le contrôle du poids se fait sous l'intervention de plusieurs hormones, en particulier une hormone sécrétée par l'estomac, la ghréline, qui agit au niveau de l'hypothalamus : elle stimule l'appétit et entraîne une augmentation de la prise alimentaire. La quantité de ghréline est augmentée chez les personnes atteintes du syndrome de Prader Willi. Cette augmentation expliquerait en partie le dérèglement de l'hypothalamus entraînant une sensation de satiété plus tardive avec une envie de manger plus fréquemment et en plus grande quantité. Une autre hormone, l'ocytocine, semble être anormalement basse dans ce syndrome et pourrait expliquer à la fois le manque de satiété et certains troubles du comportement et du sommeil.

Les troubles hypothalamiques rendent compte des troubles du développement sexuel (hypogonadisme) et de la croissance. D'autres manifestations semblent également être en relation avec un dérèglement de l'hypothalamus, telles que les troubles respiratoires, les troubles de la régulation de la température (thermorégulation), le seuil élevé de résistance à la douleur, la diminution de la résistance au stress et les troubles du comportement.

Le syndrome est dû à une anomalie du chromosome 15 et concerne un cas sur 25 000 naissances. Les gènes en cause dans le syndrome de Prader Willi sont situés dans la zone 15q11-q13. Cette région est particulière car, pour certains de ses gènes, seuls les exemplaires hérités du père sont fonctionnels ; les exemplaires maternels hérités sont « silencieux ». Ce phénomène s'appelle « l'empreinte parentale » (maternelle dans ce cas) et est commandé par une région du chromosome 15 appelée Centre d'empreinte.

À la naissance, ces enfants présentent une hypotonie particulièrement sévère qui ensuite s'améliore, mais partiellement. L'hypotonie explique les troubles de la succion-déglutition et le décalage des acquisitions. Des traits caractéristiques (front étroit, yeux en amande, lèvre supérieure fine, extrémités de la bouche tombantes) ainsi que des pieds et des mains très petits sont fréquemment observés. Dès l'âge de deux ans, il y a un risque d'installation d'une obésité sévère, due à une absence de satiété avec une hyperphagie qui s'aggrave rapidement et qui explique une grande partie de la morbidité et de la mortalité de ces patients.

On observe des anomalies hypothalamohypophysaires, associant un retard statural dû à un déficit en hormone de croissance et un développement pubertaire incomplet. Le déficit intellectuel est rarement majeur et très variable d'un enfant à l'autre. Il est associé à des difficultés d'apprentissage et d'expression orale majorées par les troubles psychologiques et comportementaux quand ils sont présents, à type d'intolérance à la frustration. Le syndrome est aussi remarquable par une absence de retard de langage, malgré l'importance du retard mental global, et par des capacités de communication sociale, intersubjectives très préservées, qui peuvent faire illusion. Il s'agit d'une affection très hétérogène sur le plan clinique et génétique. Ces anomalies génétiques sont souvent accidentelles et sporadiques et la récurrence familiale est très rare.

Il est nécessaire de mettre en place un suivi global et multidisciplinaire. Le diagnostic et le suivi précoces ainsi que l'utilisation d'hormone de croissance ont transformé la qualité de vie de ces enfants. Un essai thérapeutique avec l'ocytocine dès la naissance est en cours, mesurant son impact sur le retrait relationnel du bébé (ADBB) et sur l'interaction (Pr M Tauber, centre référent Prader Willi, Toulouse). Il n'y a pas encore de recul sur l'effet du traitement à l'âge adulte, en particulier sur les troubles du comportement et l'autonomie. Chez l'adulte, les complications liées à la maladie, et essentiellement à l'obésité, ainsi que les difficultés d'autonomie, restent encore très importantes.

Ce syndrome est donc important du fait de son mécanisme génétique singulier, de son impact sur le développement hypothalamique, et de son phénotype comportemental singulier. Le diagnostic précoce permet un traitement multidisciplinaire, qui préfigure les interventions étiologiques futures en périnatalité : soutien et information des parents, guidance développementale, évaluation des troubles du développement et interventions spécifiques.

Quelques causes de retards mentaux et de syndromes autistiques utiles à connaître en clinique de la petite enfance

Le retard mental (RM) concerne 3 % de la population. Il est donc loin d'être exceptionnel. Ses causes sont très diverses et souvent mal identifiées. D'importants travaux ont été réalisés ces dernières années pour identifier les causes génétiques des retards mentaux. Le décryptage des bases moléculaires, cytogénétiques ou métaboliques de ces retards mentaux, dont près de la moitié ont une origine génétique, a permis le développement d'outils de diagnostic. Or, poser un diagnostic précis peut permettre d'affiner la prise en charge et de préciser le pronostic. Ces outils permettront le conseil génétique qui vise à déterminer les risques de récurrence dans la famille.

On parle de RM quand le QI est inférieur à 70 et on peut classer les RM en fonction de la sévérité du déficit intellectuel global. La classification la plus utilisée est celle du DSM IV qui distingue les RM profonds, sévères, modérés et légers correspondant à des QI respectivement inférieurs à 20, entre 20 et 35, entre 35 et 50 et entre 50 et 70.

L'autre aspect fondamental de la définition du RM dans le DSM IV est la limitation des fonctions adaptatives dans des secteurs d'aptitudes comme la communication, l'autonomie, l'apprentissage scolaire, la vie sociale, la responsabilité individuelle, le travail, les loisirs, la santé et la sécurité. La quantification de ces limitations adaptatives est donc complémentaire de l'étude du QI et est possible grâce à des échelles d'évaluation (échelle de Vineland).

La prévalence générale du RM est donc estimée à 3 %. Les RM profonds, sévères et modérés ont une prévalence de 3,8 ‰, tandis que la prévalence des RM légers est évaluée à 2,5 % : les RM légers sont donc 10 fois plus fréquents que les RM modérés à profonds. Le diagnostic étiologique n'est porté que dans environ 60 % des RM sévères et 25 % des RM légers, qu'il s'agisse de causes anoxiques ou ischémiques, toxiques, infectieuses, traumatiques ou génétiques.

Le retard mental est difficile à repérer avant 2-3 ans. Il se remarque d'abord par un retrait relationnel précoce, un fréquent retard de langage et de parole, un retard psychomoteur, une absence de curiosité et d'exploration, parfois une auto-stimulation marquée. La cause la plus fréquente de retard mental est le syndrome de l'X fragile suivie des trisomies, puis du Syndrome alcoolique fœtal (SAF). Rappelons que le SAF a peut être une susceptibilité génétique, mais n'est pas directement génétique. Cependant, il est de diagnostic purement clinique, fréquent (1/1000) et responsable de troubles durables attentionnels, comportementaux et de l'apprentissage.

Syndrome de l'X fragile

Avec une incidence estimée à 1/4 500 chez les garçons et 1/7 000 chez les filles, le syndrome de l'X fragile est la cause la plus fréquente de retard mental (RM) héréditaire. Cliniquement, chez le garçon, la définition du syndrome repose sur une triade de signes cliniques qui ne sont ni spécifiques ni constants : un RM associé à des troubles du langage et des troubles du comportement (traits autistiques, instabilité psychomotrice). Une dysmorphie faciale associant un visage allongé, une macro-crânie relative et de grandes oreilles mal ourlées, avec un certain degré de prognathisme, une macro-orchidie postpubertaire, retrouvée dans 80 % des cas.

X fragile chez les filles : Chez les filles, le diagnostic est plus délicat en raison de l'inconstance des anomalies du phénotype. Le RM observé chez 40 % à 60 % d'entre elles est dominé par un retard du langage, et c'est donc un diagnostic à évoquer devant un retard mental associé à un trouble du langage chez une fille.

L'existence de cassures sur l'extrémité du bras long du chromosome X (Xq 27.3) chez les sujets atteints a permis la localisation du gène en cause dans ce syndrome et a donné son nom à ce syndrome. Dans les campagnes, le syndrome était connu comme celui de « l'idiot du village », sans danger, et dont les qualités de contact avec les animaux étaient reconnues. La sévérité du syndrome est fonction du nombre de répétitions CGG : les patients atteints du syndrome de l'X fragile ont plus de 200 répétitions (CGG).

Syndrome de Rett

Le syndrome de Rett est une affection neuro-dégénérative sévère qui n'affecte que les filles. Son incidence est évaluée à 1/15 000 naissances de filles. Elle est caractérisée par une évolution en quatre stades : les premiers signes de la maladie apparaissent entre 6 et 18 mois après une période néonatale normale, et consistent en une stagnation du développement moteur, une régression des interactions sociales et une réduction du périmètre céphalique.

Puis, entre 1 et 4 ans, apparaît la phase de régression rapide de quelques semaines à quelques mois, avec une détérioration du comportement, des manifestations autistiques, la perte du langage, la perte de l'usage des mains, des stéréotypies manuelles caractéristiques, des crises convulsives. Il est donc possible qu'une petite fille porteuse d'un tel syndrome soit amenée en consultation de pédopsychiatrie avant la reconnaissance du diagnostic.

Puis survient la phase de stabilisation apparente entre 2 et 10 ans : si les traits autistiques s'amendent, les crises convulsives sont plus nombreuses et le RM est sévère. Enfin apparaît la dernière phase de détérioration motrice tardive avec perte complète de la motricité, syndromes extrapyramidal et pyramidal. Le gène en cause, *MECP2*, est localisé en Xq28.

Syndrome de Williams-Beuren

Le syndrome de Williams-Beuren constitue une autre anomalie rare du développement dont l'incidence est de 1/25 000 naissances et qui associe un RM, une dysmorphie faciale reconnaissable (œdème périorbitaire, joues basses et pleines, lèvres épaisses, iris stellaire), une cardiopathie dans 70 % des cas (sténose aortique le plus souvent) et un comportement très caractéristique, qui éclaire les bases génétiques du développement de l'intersubjectivité.

Le retard psychomoteur est global et initialement peu spécifique, avec retard de langage associé. En grandissant, ces enfants deviennent très volubiles et présentent une grande sociabilité, allant facilement vers les personnes inconnues, d'où le nom ancien de « *coktail party syndrom* ». Les enfants touchés ont une grande sensibilité au bruit, redoutant les agressions sonores et appréciant la musique, ce qui s'observe aussi chez certains autistes. Le RM est modéré à sévère (QI moyen à 50) avec un profil cognitif hétérogène. On observe en effet une grande discordance entre une acquisition verbale correcte, bien que retardée, et une bonne capacité intersubjective, avec un déficit des fonctions de perception neurovisuelles, en particulier des repères dans l'espace, à l'origine de difficultés scolaires, dès les classes de maternelle. Un suivi cardiologique doit être instauré qui conduit parfois à un geste chirurgical. Des complications rénales peuvent apparaître au cours de l'évolution. Le syndrome de Williams-Beuren résulte d'une micro-délétion en 7q11.23.

Syndrome de Di George (ou syndrome vélo-cardio-facial)

Le diagnostic de syndrome de Di George est évoqué en période néonatale chez un enfant présentant une cardiopathie congénitale, une agénésie ou une hypoplasie du thymus, avec parfois un déficit immunitaire, une hypo-parathyroïdie avec hypocalcémie, et une dysmorphie faciale discrète mais caractéristique.

Le syndrome de Di George ou syndrome vélo-cardio-facial associe, dans sa forme complète, une fente palatine, une dysmorphie faciale et des troubles de l'apprentissage. Il résulte d'une micro-délétion du bras long du chromosome 22 dans la région 22q11.2.

L'aspect facial caractéristique est constant et associe des fentes palpébrales étroites, un nez tubulaire avec élargissement des os propres du nez, une petite bouche, un rétrognatisme, des petites oreilles rondes avec lobe attaché et absence de branche montante de l'hélix. Les doigts et les orteils sont longs. La plupart de ces enfants présentent des troubles de l'apprentissage, qui sont majorés par le retard de langage. Il existe encore peu de données objectives sur le pronostic mental à long terme.

Le retard mental est en général léger ou modéré. Malgré un retard de langage initial, le QI verbal reste supérieur au QI de performances. L'importance des troubles du développement psychomoteur n'est pas corrélée à la sévérité des malformations. Ces enfants présentent souvent un phénotype comportemental particulier avec une grande timidité et des difficultés sociales contrastant avec une hyperactivité. Plus tard peuvent apparaître des troubles psychotiques.

L'appel au généticien : une décision difficile à prendre pour les parents

Au cours de cette démarche étiologique, le psychiatre/psychologue intervient tant pour l'évaluation des troubles psychologiques de l'enfant et l'évaluation de sa déficience que pour l'accompagnement de l'enfant et des parents dans cette période lourde et déstabilisante, qui touche au cœur de la capacité de transmission des parents et à leur culpabilité (Guyotat ; Viaux-Savelon ; Goldenberg).

Les consultations conjointes généticien-psychiatre/psychologue se répandent. Les textes ministériels incitent au recrutement de psychologues au sein de l'équipe de génétique. Parallèlement à cette aide quotidienne au diagnostic, une réflexion de fond commune entre généticiens et psychiatres/psychologues est fondamentale. Les thèmes abordés sont, par exemple, l'impact psychologique du bilan étiologique, l'annonce du diagnostic d'une maladie génétique, la guidance parentale et l'aide au discernement et à la décision dans certaines situations difficiles sur le plan éthique, en particulier en anténatal.

Quelques syndromes génétiques parmi les plus fréquent et utiles à connaître pour les professionnels de petite enfance

Syndrome de Williams-Beuren

7q11.23 : faciès d'« elfe », cardiopathie, comportement extraverti, désorientation temporo-spatiale.

Syndrome de Prader Willi

15q11.q13 : troubles précoces du tonus et de la succion-déglutition, obésité par hyperphagie.

Syndrome d'Angelman

15q11.q13 : microcéphalie, épilepsie, absence de langage, ataxie.

▷

Syndrome de Smith-Magenis

17p11.2 : troubles massifs du comportement, troubles du sommeil par avance de phase, carence en mélatonine.

Syndrome de Miller-Dieker

17p13.3 : lissencéphalie (cortex cérébral lisse), dysmorphie.

Syndrome de Di George ou syndrome vélo-cardio-facial

22q11.2 : cardiopathie, anomalie vélopalatine, dysmorphie, troubles schizoïdes ou autistiques.

L'identification de la cause d'un RM permet d'adapter la prise en charge de l'enfant en fonction de la connaissance du syndrome, et d'aborder la question du conseil génétique, et donc du risque de récurrence.

Tout retard mental doit donc faire l'objet d'un bilan étiologique complet comprenant un bilan génétique (chromosomique, moléculaire et/ou métabolique), bénéficiant des progrès récents.

Désormais, un diagnostic de certitude peut être apporté par la caractérisation de l'altération génétique spécifique des syndromes. Le diagnostic précoce de certains déficits enzymatiques est fondamental car il conduit à instaurer un traitement préventif s'il est débuté assez tôt et à améliorer les troubles du comportement. Il est important de connaître certains de ces syndromes et leur aspect physique et comportemental pour pouvoir en faire un diagnostic et une intervention précoces.

Références

Fentes labiopalatines

Grollemund B, Galliani E, Soupre V, Vazquez MP, Guedeney A, Danion A. L'impact des fentes labio-palatines sur les relations parents-enfant. Archives de pédiatrie 2010;17:1380-5.

Grollemund B, Guedeney A, Vazquez MP, Picard A, Soupre V, Pellerin P, et al. Relational development in children with cleft lip and palate: Influence of the waiting period prior to the first surgical intervention and parental psychological perceptions of the abnormality. BMC Pediatrics 2012;8:12-65.

Habersaat S, et al. 2003-2013 : bilan de dix ans de recherche sur la parentalité lors de la naissance d'un enfant avec une fente oro-faciale. Devenir 2013;25(4):245-55.

Syndrome alcoolique fœtal

Boyd-Wickizer J, Powell SH, Burman ML. Alcohol Screening Questionnaires in Women. JAMA 1998;280(2):166-71.

Gaugue-Finot J, Wendland J, Varescon I. Enjeux du dépistage de la consommation d'alcool pendant la grossesse. Devenir 2009;21(3):125-42.

Lejeune C. Syndrome d'alcoolisation fœtale. Devenir 2001;200(4):71-90.

Lemoine P, Harousseau H, Borteyru JP, Menuet JC. Les enfants de parents alcooliques. Anomalies observées. À propos de 127 cas. Ouest médical 1968;8:476-82.

Molteno CD, Jacobson JL, Colin Carter R, Dodge NC, Jacobson SW. Infant emotional-withdrawal: a precursor of affective and cognitive disturbance in fetal alcohol spectrum disorder. Alcohol Clin Exp Res 2014;38(2):479-88.

Salonne C, Fournié A, Biquard F, Gillard P, Descamps P. Alcool et grossesse. Encyclopédie médico-chirurgicale 2004;. 5-048-M-20.

Sokol RJ, Martier SS, Ager JW. The T-ACE questions: practical prenatal detection of risk-drinking. American journal of obstetrics & gynecology 1989;160(4):863-8.

Varescon I, Gaugue J, Wendland J. Alcool et grossesse : première utilisation du questionnaire de dépistage T-ACE dans une population française. Alcoologie et Addictologie 2007;29(3):221-6.

Syndrome de Smith-Magenis

De Leersnyder H, Verloes A. Le syndrome de Smith-Magenis. Devenir 2008;3(20): 197-209.

De Leersnyder H, Bresson JL, de Blois MC, Souberbielle JC, Mogenet A, Delhotal-Landes B, et al. Beta 1-adrenergic antagonists and melatonin reset the clock and restore sleep in a circadian disorder. Smith-Magenis syndrome. J Med Genet 2003;40:74-8.

Syndrome d'hypotonie néonatale

Cassidy SB. Prader-Willy syndrome. J Med Genet 1997;34:917-23.

Tauber M, Mantoulan C, Copet P, Jauregui J, Demeer G, Diene G, et al. Oxytocin may be useful to increase trust in others and decrease disruptive behaviours in patients-with Prader-Willy syndrome: a randomized placebo-controlled trial in 24 patients. Orphanet journal of rare diseases 2011;6(47):1-7.

Retard mentaux

Goldenberg A., Saugier-Veber (2006). « Retards mentaux d'origine génétique ». EMC (Elsevier SAS, Paris), *Psychiatrie*, 37-219-C-80.

9 L'intervention thérapeutique en petite enfance

Les psychothérapies parent(s)-bébé/jeune enfant

par Jaqueline Wendland

Les psychothérapies parent(s)-bébé constituent, avec les consultations thérapeutiques et les approches groupales, une des principales modalités thérapeutiques en périnatalité et petite enfance. Ces thérapies partent du principe que la plupart des troubles de la petite enfance peuvent être considérés comme relationnels, c'est-à-dire, comme ayant une origine dans la relation ou entraînant des conséquences sur celle-ci. Des dysfonctionnements dans les interactions parents-enfant sont souvent présents bien avant qu'un trouble caractérisé ne se manifeste chez le bébé ou le jeune enfant. De même, des difficultés dans la parentalité ou des troubles psychopathologiques chez les parents interfèrent dans leur interaction avec le bébé. Ainsi, travailler sur la relation parent-bébé paraît incontournable.

Le travail thérapeutique au cours de la période périnatale et de la petite enfance est facilité par le fonctionnement psychique parental plus souple et réceptif et par le développement rapide, dynamique et largement modifiable du nourrisson. Cette période est ainsi considérée comme une fenêtre thérapeutique très favorable non seulement pour sa valeur préventive en matière de psychopathologie infantile, mais aussi parce qu'elle offre une possibilité de changement et de maturation pour les parents eux-mêmes. Il est important de noter, cependant, que ces thérapies ne sont pas destinées à traiter les troubles psychopathologiques des parents ; ce serait perdre de vue le bébé et la spécificité de cette période sensible, tant pour l'enfant comme pour l'adulte devenu parent. Leur visée thérapeutique porte sur trois domaines : la parentalité, les interactions parents-bébé et le développement du bébé.

Un développement récent

Depuis les travaux bien connus de Selma Fraiberg, Stanley Greenspan, Arietta Slade et Alicia Lieberman aux États-Unis, de Bertrand Cramer et Francisco Palacio-Espasa en Suisse, d'Alice Doumic-Girard, Léon Kreisler,

© 2014 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Rosine Debray, Serge Lebovici en France, les thérapies parent-bébé se sont diversifiées et adaptées non seulement en fonction des options personnelles ou théoriques des thérapeutes, mais surtout des spécificités des familles auxquelles elles s'adressent. À l'origine, ces thérapies concernaient essentiellement les mères et leur bébé, elles pouvaient être limitées dans le temps (les thérapies brèves) et étaient indiquées plutôt aux troubles de la relation mère-bébé et aux troubles fonctionnels légers (sommeil, alimentation, Debray, 1995). Ce cadre excluait les enfants présentant des symptômes majeurs ou un trouble du développement, tout comme les parents ayant des pathologies psychiatriques. Les thérapies mère-bébé étaient (et sont encore) un traitement de choix pour les dépressions maternelles périnatales (Cramer, 1993 ; Milgrom *et al.*, 1999 ; Guedeney *et al.*, 2013). Progressivement, les thérapies mère-bébé sont devenues des traitements « parents-bébé » car les pères y participent ou y sont conviés volontiers. Ces thérapies peuvent être proposées aux familles très carencées, familles à problèmes multiples, et aux parents psychotiques et avec autres troubles graves (troubles bipolaires, trouble de la personnalité borderline ; auparavant considérés comme « ayant de faibles capacités d'insight » ; Rabain *et al.*, 2004 ; Wendland *et al.*, 2014a). Elles peuvent avoir lieu à domicile (Stoléru et Morales-Huet, 1989), avec des familles qui n'expriment aucune demande explicite au départ, vivant en très grande précarité (Berg, 2007), se faire dans un cadre de cothérapie (deux thérapeutes, Aidane *et al.*, 2009 ; Wendland *et al.*, 2014 b), ou encore s'adresser à une fratrie d'enfants. L'ethnopsychiatrie s'est également adaptée au contexte de la psychopathologie de la petite enfance, bien qu'elle propose le plus souvent des consultations et non des thérapies parents-bébé. Enfin, le thérapeute se retrouve souvent face à une famille entière et une expérience des approches familiales systémiques lui sera fort utile (Fivaz-Depeursinge et Corboz-Warnery, 1999).

Des situations variées

Ainsi, les thérapies parents-bébé se sont développées vis-à-vis de situations cliniques plus variées, parfois particulièrement ardues, qui ne rentrent pas dans le cadre *stricto sensu* de la psychothérapie conjointe brève. Les thérapies brèves avec limite de temps fixée à l'avance sont en fait très rares en France. Cette durée est très variable, allant de quelques semaines à 2 ou 3 ans. Le rythme des séances sera fixé et ajusté en accord avec la famille, en fonction de leur demande, de l'évolution et de ce qui semble raisonnable au thérapeute compte tenu de ce qu'il perçoit de la situation (évaluation des risques).

On peut en déduire que les thérapies parents-bébé se prêtent peu à une approche puriste, mono-théorique, préétablie, à moins de vouloir se réserver une clientèle particulière. De nombreux thérapeutes utilisent en fait différentes

techniques et cherchent à trouver avec chaque famille sa « porte d'entrée » (Stern) et les stratégies qui peuvent faire levier thérapeutique. Le cadre n'est pas figé, mais co-construit, il s'adapte à la situation, à la demande. On pourrait dire de manière antinomique que « la souplesse est de rigueur ». Ce n'est pas à la famille de s'adapter à notre pensée, à notre cadre théorique, mais à nous de saisir sa manière de fonctionner et de trouver avec elle comment l'aider au mieux.

Les thérapies parents-bébé peuvent avoir différents focus ou « portes d'entrée ». Stern et Brushweiler-Stern (1989) situent les trois axes essentiels : les représentations parentales, la qualité des interactions et les comportements du bébé. Les approches psycho-dynamiques et psychanalytiques ciblent principalement les représentations parentales, et ce de manière transgénérationnelle. Le monde interne du parent déterminerait la façon dont il perçoit et se comporte avec le bébé (bébé imaginaire, projections faites sur l'enfant, « fantômes du passé » ; Lebovici, 1992 ; Fraiberg, 1980), ce qui affecterait les interactions (scénarii interactifs) et le bébé lui-même dans son développement (symptômes). Les conflits non élaborés du parent pourraient s'actualiser dans un pattern interactif typique et répétitif avec l'enfant (les « séquences interactives symptomatiques », Cramer et Palacio-Espasa, 1993). Dans une approche attachementiste, l'accent est mis plutôt sur les représentations des relations d'attachement, les modèles internes opérants (MIO) (Steele et Baradon, 2004). Il s'agit de représentations que les parents ont élaborées de la relation avec leurs figures d'attachement, en termes de ce qu'ils peuvent attendre de ces figures en cas de détresse (disponibilité, réconfort, régulation émotionnelle, en cas d'un style d'attachement sécure). Le thérapeute cherche à comprendre comment ces représentations modèlent les interactions du parent avec le bébé et à favoriser la construction de (nouveaux) modèles relationnels qui étayent la sécurité de l'attachement et diminuent sa désorganisation (associée à un risque psychopathologique élevé).

Différents points d'entrée

Dans les approches centrées sur l'interaction, l'attention est focalisée sur la façon dont les deux partenaires interagissent et leurs effets réciproques. Les interactions sont à la fois la source des troubles et la cible principale sur laquelle on peut agir. La guidance interactive développée par Susan McDonough (1993) aux États-Unis et reprise par Sandra Serpa-Rusconi (Serpa-Rusconi *et al.*, 2009) à Genève est une technique de ce type. Il s'agit de travailler principalement sur « l'ici et maintenant » des comportements interactifs, dans une perspective cognitivo-comportementale. L'utilisation de la vidéo comme outil thérapeutique est une des caractéristiques de ces thérapies. À partir de séquences de jeu filmées et visionnées ensemble, le thérapeute cherche à augmenter la sensibilité du parent aux signaux de l'enfant (compréhension du « langage interactif du bébé »)

et guide le parent dans la lecture des comportements réciproques. L'accent est mis sur les comportements et séquences que le thérapeute cherche à promouvoir, les compétences des partenaires, plutôt que sur les difficultés ou comportements non ajustés. Pour certains parents, ce sera l'occasion de « se voir en train d'être parent » ou d'avoir une « autre image de leur enfant ». Il s'agit d'un support concret qui peut aussi faciliter le processus associatif lorsqu'il est intégré à une thérapie psycho-dynamique (Beebe, 2003).

Les thérapies centrées sur le comportement du bébé dérivent principalement des travaux de Brazelton autour des compétences précoces du nourrisson, de l'intérêt de sensibiliser les parents à l'individualité de leur bébé et à la nécessité de s'adapter à ses rythmes et ses besoins, en particulier autour des périodes sensibles (les « *Touch Points* », les points forts de Brazelton, 1997 ; Brazelton et Nugent, 2001). La valorisation des compétences du bébé, mais aussi celles des parents, permettrait une restauration du narcissisme parental, un meilleur investissement affectif du bébé réel et des interactions plus ajustées.

Dans une perspective d'intervention préventive et de recherche, différents modèles psychothérapiques ont été décrits et manualisés. Ils intègrent à différents degrés des stratégies thérapeutiques variées comme la vidéo *feedback*, la guidance interactive, la promotion de la sensibilité parentale et des comportements qui favorisent la sécurité de l'attachement. Le nombre et le format des séances sont généralement préétablis. Les programmes plus connus sont : le STEEP (*Steps Toward Effective, Enjoyable Parenting*, Erickson et Egeland, 2004) ; le WWW (*Watch, Wait and Wonder*, Cohen *et al.*, 1999), le COS (*Circle Of Security*, Marvin *et al.*, 2000) et le VIPP (*Video-Feedback Intervention To Promote Positive Parenting*, Velderman *et al.*, 2006). Ils restent toutefois peu connus et utilisés en France.

Afin de favoriser la compréhension du langage du bébé et la sensibilité parentale aux signaux et besoins du bébé, le thérapeute peut fournir des notions sur ce que l'on peut attendre d'un bébé en fonction de son âge et des étapes de son développement. Mais certaines situations montrent que « parler » ne suffit pas toujours, certains parents nous amènent « à faire ». Une mère peut nous tendre dans les bras un enfant inconsolable, une autre peut nous demander de l'aider à nourrir son bébé : « *mais ça ne suffit pas du tout pour une mère qui vient d'accoucher, de l'écouter ; le dire n'a pas tellement de rapport avec le vécu, la motricité, le fonctionnel en jeu […] il s'agit d'un "vivre avec" et surtout d'un "faire avec" pour la personne qui s'occupe de cette mère et de ce nourrisson* » (Dolto, 1977). Les parents observent souvent attentivement le comportement du thérapeute en interaction directe avec le bébé. De manière générale, le thérapeute doit éviter d'adopter une attitude pédagogique et normative, une vision rigide qui pourrait être reprise telle quelle par les parents avec l'enfant, ou qui pourrait blesser leur estime de soi en tant que parents. Il s'agit plutôt de transmettre de la souplesse et de la sensibilité, et de favoriser le

sentiment de compétence chez les parents. Une stratégie couramment utilisée par le thérapeute, quelle que soit son approche, est le fait de verbaliser ce qu'il perçoit du vécu du bébé, en se faisant son porte-parole, et de demander ensuite aux parents de se prêter également à cet « exercice d'empathie ». Il est aussi très précieux de noter les moments où le bébé se manifeste par des pleurs, se réveille, s'assoupit, de comprendre comment le bébé interfère dans le discours des parents et dans le déroulement de la séance. Le bébé ne parle pas, il montre. On peut aussi demander aux parents de se rappeler une comptine de leur enfance, une chanson dans leur langue maternelle s'il s'agit de parents immigrés, comme processus facilitateur (Couëtoux *et al.*, 2010). Enfin, on peut assister à des moments de régression du côté des parents, dans une recherche de compréhension du bébé ou parfois de rivalité avec lui, et ce n'est que dans un deuxième temps qu'ils pourront adopter une position d'adulte, parent et responsable.

Les thérapies brèves

D'après Cramer et Palacio-Espasa (1993), les thérapies brèves d'orientation psychanalytique (quatre à douze séances) sont préconisées en cas de difficultés relationnelles parent-enfant, avec ou sans symptômes chez l'enfant ou de troubles de la parentalité (notamment dépression maternelle postnatale) liés à un conflit parental sectorisé, spécifique à la transition à la parentalité. Il s'agit de la « période conflictuelle de la parentalité », une néoformation psychique propre à la période périnatale dans laquelle l'enfant serait « englouti ». Le bébé ferait l'objet de projections liées aux conflits intra-psychiques ou traumatismes non résolus du parent (deuil pathologique, problématique œdipienne, rivalité fraternelle, etc.). La thérapie intervient sur le secteur affecté (vicissitudes de la parentalité) et non sur la totalité de la personnalité du parent. L'intervention se fait au niveau des représentations parentales et des interactions parent-enfant qui matérialisent, mettent en scène les conflits du parent (« séquences interactives symptomatiques »). Progressivement, on assisterait à une séparation entre les troubles du parent et ceux de l'enfant (puis leur disparition), et entre la psychopathologie parentale périnatale et la structure psychique préexistante chez le parent. Dans la plupart des cas, les troubles sont circonscrits à la relation parent-enfant et n'exigent pas de prise en charge individuelle par la suite, ni pour le parent ni pour l'enfant. On en déduit que ces thérapies s'appliquent à des situations particulières, presque optimales, ne comportant pas de pathologie lourde, ni chez le parent, ni chez le bébé. Les indications pour ces thérapies incluent : absence de projection massive sur l'enfant ; transfert initialement positif sur le clinicien ; investissement positif important de l'enfant de la part des parents ; absence de trouble grave du développement chez l'enfant (traits psychotiques ou autistiques, tableaux psychosomatiques avérés, dysharmo-

nies du développement, troubles carentiels, maltraitance avérée) ; absence de psychopathologie grave chez le parent (psychose ou trouble de la personnalité borderline, dépression mélancolique, trouble narcissique). Outre ces critères, les thérapies brèves psychanalytiques seraient contre-indiquées aux parents présentant de faibles capacités d'insight, une incapacité à évoquer leur passé, ou une fragilité narcissique importante rendant difficile l'acceptation des interventions et des interprétations du clinicien (transfert persécuteur).

Les psychothérapies parents-bébé ont la particularité de se situer à la frontière entre la psychiatrie de l'adulte et celle du bébé. Elles exigent donc une formation solide dans ces deux champs, outre des connaissances de puériculture et de pédiatrie. À un niveau plus personnel, le thérapeute doit se sentir à l'aise avec le monde de l'enfance, et celui du bébé en particulier, souvent dépourvu de langage. Il doit pouvoir se mettre au niveau du bébé avec empathie et s'adresser à lui en tant que sujet, dans un travail de subjectivation et de différenciation. Annette Watillon-Naveau (1994) soutient ainsi que « *le thérapeute doit être capable de pouvoir entrer en contact avec l'infant* (…) *ceci requiert d'être en contact avec ses propres parties infantiles* ». Pouvoir s'identifier aux parents est tout aussi indispensable. Le fait de se centrer sur le bébé peut favoriser l'instauration de l'alliance thérapeutique avec les parents, notamment lorsque ceux-ci redoutent leur culpabilité ou l'expérience intime de livrer leurs pensées et ressentis affectifs à un thérapeute. Comme l'observait Fraiberg (1980), le bébé est le « catalyseur » des problèmes mais aussi de tous les espoirs des parents, et ils peuvent être prêts à faire pour lui plus d'efforts qu'ils n'auraient faits pour eux-mêmes.

Point de départ : la demande

Quoi qu'il en soit, il est essentiel de partir de ce qui est considéré comme problématique par la famille et non par les professionnels. Toute relation thérapeutique commence par un « besoin » et quelqu'un qui « répond à ce besoin ». Le parent se sent ainsi reconnu dans sa demande d'aide. Comme dans toute thérapie, le premier pas sera d'établir une alliance thérapeutique qui permettra l'engagement des parents et conditionnera l'accès à l'enfant. Certains parents peuvent d'ailleurs se présenter sans l'enfant, à la recherche de conseils qui seraient appliqués indirectement, ne voyant pas l'intérêt d'amener un bébé à un psychothérapeute. Les parents peuvent aussi être persuadés que le patient est seulement leur enfant, et ils se positionnent dans une démarche d'aide par procuration. Il est clair cependant que les interventions thérapeutiques s'adressent autant au(x) parent(s) qu'à enfant. Il est d'ailleurs probable que les interventions les plus efficaces soient celles qui concernent la relation, le lien, sans mettre l'accent sur le comportement des parents ou de l'enfant. De même, leur portée dépend sans doute plus de leur contexte, du moment opportun ou non, du « climat relationnel », que de leur contenu explicite.

Guidance interactive

Parallèlement aux interventions psychothérapeutiques proprement dites, le travail clinique auprès des parents peut inclure des techniques de guidance parentale ou de guidance interactive. Il s'agit d'interventions visant à soutenir les parents dans leur fonction parentale, à faire émerger et à renforcer leur sentiment de compétence parentale (Mc Donough, Fraiberg). La guidance parentale, telle qu'elle est pratiquée à l'Unité Petite Enfance et Parentalité Vivaldi (H. Pitié-Salpêtrière), suppose que les parents soient acteurs des changements, soutenant l'idée qu'ils ont un impact sur le développement de l'enfant, et qu'ils peuvent prendre en charge l'éducation de leur enfant et les défis qu'elle comporte (notion d'*empowerment*). Elle peut se décliner sous la forme d'informations et de conseils ciblés concernant la gestion de difficultés particulières (situation de crise familiale-divorce, recomposition familiale, deuil -, difficultés éducatives avec un enfant opposant, attitudes face à des difficultés de sommeil d'un enfant, etc.). Les objectifs sont au mieux définis ensemble avec les parents (et l'enfant), parfois sous forme d'un « contrat », réévalué et réajusté selon l'évolution des difficultés. D'autre part, le travail passe souvent par un renforcement de l'alliance coparentale, afin que les parents soient cohérents entre eux et fassent front commun pour résoudre les problèmes liés à la parentalité. Cependant, il va de soi que donner des conseils ne suffit pas. Ce type d'intervention n'a de sens que s'il s'insère dans un travail de réflexion autour des difficultés et des attitudes parentales, des liens avec leur histoire, des relations parents-enfants, y incluant une compréhension adéquate des besoins évolutifs de l'enfant. La guidance parentale peut alors s'apparenter à une psychothérapie de soutien parental, dans la mesure où elle peut amener des changements au-delà du niveau comportemental : « *la guidance parentale ne peut changer les attitudes parentales qu'en induisant, au moins indirectement, une évolution du parent lui-même* » (Laupies, 2004).

Au cœur du transgénérationnel

La plupart des approches accordent une place importante aux contenus transgénérationnels. Inscrivant le bébé dans la succession des générations de la famille, les parents sont amenés à évoquer l'histoire de leur enfance et de leurs relations avec leurs parents. À partir de l'alliance thérapeutique, dans une approche psychanalytique, le thérapeute pourra alors servir de support aux projections des imagos parentales : il sera tantôt le bon parent, souvent idéalisé, un modèle parfois inatteignable en lien avec une problématique narcissique chez le parent ; tantôt le mauvais parent, où les images d'un passé carentiel ou traumatique se mélangent aux sentiments actuels d'incompétence, de rejet, de méfiance ou de culpabilité du

parent. Selma Fraiberg (1980) a été une pionnière non seulement des thérapies mère-enfant, mais elle a aussi profondément marqué ce domaine à travers la notion de « fantômes dans la chambre de l'enfant » (*Ghosts In The Nursery*). Elle y fait référence aux expériences douloureuses ou traumatiques du passé de la mère non résolues qui viendraient hanter la relation actuelle avec le bébé. L'alliance thérapeutique sera la base sécure à partir de laquelle le parent s'autorisera à faire des « va-et-vient » entre le passé et le présent, entre le parent qu'il est, l'enfant qu'il a été, et le bébé qu'il a dans ses bras. L'accès aux souvenirs douloureux et aux émotions qui s'y relient serait primordial, selon Fraiberg, pour protéger le bébé de la répétition des expériences traumatiques du parent, alors que le déni et l'isolation des affects empêcheraient le parent de s'identifier à l'enfant et de le protéger. Plus qu'un travail d'interprétation, il s'agirait plutôt d'un travail de liaison. Cramer et Palacio-Espasa (1993) soulignent le caractère projectif des représentations parentales du bébé. Le travail thérapeutique consisterait en partie à « décontaminer » la relation à l'enfant des projections déformées et déformantes venant de l'histoire transgénérationnelle des parents. Le bébé révèlerait la « préhistoire des parents », on pourrait prédire le passé des parents par ce qui se réédite dans le présent avec le bébé.

La prise en compte des modèles internes opérants (MIO) que les parents ont construits à propos de leurs figures d'attachement pendant leur enfance est centrale dans les thérapies qui s'appuient sur la théorie de l'attachement (Steele et Baradon, 2004 ; Toth, Rogosch et Manly, 2006). Ces thérapies sont d'autant plus profitables que le thérapeute peut devenir une figure d'attachement stable et fiable pour le parent, ce qui lui offre l'occasion d'avoir une expérience émotionnelle potentiellement correctrice. Le parent est aussi invité à réfléchir sur la manière dont ses MIO peuvent influencer son comportement en tant que parent et ses interactions avec l'enfant. Un des objectifs majeurs sera de soutenir les comportements parentaux sensibles qui favorisent la sécurité de l'attachement chez l'enfant et, à l'inverse, de diminuer les comportements susceptibles de désorganiser l'attachement (effrayants-effrayés, dissociés ; Cicchetti, Toth et Rogosch, 1999, Lyons-Ruth et Spielman, 2004).

L'utilisation du génogramme

Quelle que soit l'approche, l'utilisation de la technique du génogramme, surtout en début de thérapie, peut s'avérer très précieuse. Cette représentation graphique, chronologique et dynamique de la configuration familiale que les parents dessinent sur une feuille permet de situer la place que l'enfant occupe dans l'arbre de vie familial. Dans une analyse conjointe avec les parents, on sera attentif aux branches familiales peu ou sur-représentées, aux répétitions, coïncidences, dates et réactions associées aux anniversaires, aux prénoms, aux alliances et aux ségrégations, aux questions autour de la

filiation, à la présence de secrets, etc. Le génogramme peut se prêter à une double lecture : le contenu manifeste et la forme (tel un test projectif).

Dans les situations les plus à risque (psychopathologie parentale, familles très carencées, à problèmes multiples, négligentes ou maltraitantes), il n'est pas rare que la mère ou les deux parents n'aient jamais connu de relations de confiance, de sécurité, de disponibilité affective, pendant leur enfance, voire toute leur vie. L'idée de s'engager dans une thérapie aura alors toutes les chances de susciter des sentiments de méfiance, d'inquiétude, ou d'inutilité. Comment être disponible pour entendre les besoins d'attachement du bébé quand ses propres besoins n'ont pas été (et ne sont pas) satisfaits ? Pourquoi et comment donner ce qu'on n'a pas reçu ? L'attitude sécurisante et l'empathie du thérapeute, assurées dans la continuité, seront alors déterminantes pour « nourrir », porter le parent, et l'aider à construire une autre manière d'être en relation avec les autres. C'est une notion qui rappelle le holding de Winnicott : porter le parent pour qu'il puisse en faire de même pour son bébé. La fonction contenante du cadre pourrait également aider le parent à exercer son rôle de régulateur des états d'excitation du bébé.

Le cadre de co-thérapie, associant un psychothérapeute référent du parent et un co-thérapeute référent du bébé (puéricultrice, éducatrice de jeunes enfants, psychomotricien), peut mieux correspondre aux besoins des situations à haut risque, notamment de dysfonctionnements graves de la relation parent-enfant (négligence, maltraitance, rivalité du parent avec le bébé) ou de psychopathologie parentale (troubles psychotiques et de la personnalité ; Aidane *et al.*, 2009 ; Wendland *et al.*, 2014a ; 2014b). D'autres situations peuvent parfois être mieux appréhendées dans une thérapie à domicile (Stoléru et Morales-Huet, 1989). Il s'agit généralement de familles en très grande souffrance, en situation d'isolement, qui auraient beaucoup de difficultés à assurer une présence régulière en institution et qui peuvent ainsi garder le « contrôle » de la situation (les « *hard to reach families* », mères très déprimées et ralenties qui se retirent de la vie sociale tout comme de l'interaction avec le bébé ; familles très carencées et exclues du réseau social).

Évaluation spécifique des traumatismes graves

Enfin, les situations de traumatismes graves vécus dans la petite enfance méritent une évaluation et des soins tout à fait spécifiques. Il s'agit de bébés et jeunes enfants ayant été exposés à la violence domestique, à l'abus et à la maltraitance sévères, aux attentats, aux conflits inter-ethniques ou territoriaux, à une séquestration, à la guerre, ou vivant des séparations répétées lorsque les parents sont militaires, ou encore ayant perdu un ou les deux parents au cours de leurs premières années de vie, situation emblématique du traumatisme majeur à cet âge. Nous recommandons vivement au lecteur les travaux d'Alicia Lieberman qui a développé une expertise dans le domaine de l'évaluation et de la prise en charge dans ce domaine, et tout particulièrement le livre

bouleversant *La mort d'un parent dans la petite enfance* (2003, traduit en français en 2009), de Lieberman (2007, 2011), de Lieberman et Van Horn (2013), et d'Osofsky et Lieberman (2011). À la suite de Bowlby, le premier à avoir décrit le deuil chez le jeune enfant, elle et ses collègues y décrivent comment la mort d'un parent pour un bébé représente une perte abyssale, car à cet âge un parent est celui qui garantit tout son bien-être physique et émotionnel. Toutes les étapes de l'évaluation et de la prise en charge y sont décrites et illustrées par de nombreuses vignettes cliniques, selon que la mort du parent est due à une maladie (longue, brutale, stigmatisée), un suicide, un meurtre, un accident ; que l'enfant ait été ou non témoin ; ses réactions et aussi celles du parent survivant, sans oublier la formation et la supervision essentielles des soignants amenés à aider ces enfants. Lieberman emploie une approche intégrative face à ces situations complexes, s'appuyant sur les modèles développementaux, psychodynamiques et de la théorie de l'attachement.

En définitive, quel que soit leur modèle, les psychothérapies parents-bébé visent à traiter les difficultés et troubles de la parentalité, à améliorer la qualité du lien d'attachement et des interactions parents-bébé, à enrayer la symptomatologie chez le bébé et, dans les situations à haut risque, à éviter la répétition des dysfonctionnements sévères des relations parents-enfants et à diminuer le risque psychopathologique chez l'enfant.

Références

Beebe B. Thérapie brève mère-nourrisson et utilisation psychanalytique d'enregistrements vidéo. In: Anzieu-Premmereur C, Pollak-Cornillot M, editors. Les pratiques psychanalytiques auprès des bébés. Paris: Dunod; 2003. p. 237-71.

Berg A. Ten years of parent-infant psychotherapy in a township in South Africa. What have we learnt ? In: Pozzi-Monzo ME, Tydeman B, editors. Innovations in parent-infant psychotherapy. London: Karnac Books; 2007. p. 215-30.

Brazelton TB. De la NBAS aux Touch Points. In: Dugnat M, editor. Le monde relationnel du bébé. Ramonville-Saint-Agne: Érès; 1997. p. 87-93.

Brazelton TB, Nugent JK. Utilisations cliniques de l'échelle de Brazelton. In: Brazelton TB, Nugent JK, editors. Échelle de Brazelton. Genève: Médecine et Hygiène; 2001. p. 101-10.

Cicchetti D, Toth SL, Rogosch FA. The efficacy of toddler-parent psychotherapy in increasing attachment security in offspring of depressed mothers. Attachment and human development 1999;1:34-66.

Couëtoux F, Wendland J, Aidane E, Rabain D, Plaza M, Lecuyer R. Bilinguisme, plurilinguisme et petite enfance. Intérêt de la prise en compte du contexte linguistique dans l'évaluation et le soin des difficultés de développement précoce. Devenir 2010;4:293-307.

Cohen NJ, Muir E, Lojkasek M, Muir R, Parker CJ, Barwick M, Brown M. Watch, wait, and wonder: testing the effectiveness of a new approach to mother-infant psychotherapy. Infant mental health journal 1999;20(4):429-51.

Cramer B. Are post-partum depressions a mother-infant relationship disorder? Infant mental health journal 1993;14(4):283-97.

Cramer B, Palacio-Espasa F. La pratique des psychothérapies mères-bébés: études cliniques et techniques. Paris: PUF; 1993.

Debray R. Les principes des consultations et thérapies de bébés d'atteints de troubles somatiques. Devenir 1995;7:25-33.

Dolto F. Naître… et ensuite ? Les cahiers du nouveau-né. Paris: Stock; 1977. 293-294.

Erickson MF, Egeland B. Linking theory and research to practice: the minnesota longitudinal study of parents and children and the STEEP program. Clinical psychologist 2004;8(1):5-9.

Fivaz-Depeursinge E., Corboz-Warnery A. The Primary Triangle: A developmental systems view of mothers, fathers and infants. New York: Basic Books; 1999. (Trad française: Le triangle primaire. Le père la mère et le bébé. Paris: Odile Jacob; 2001.) (Le nouveau paradigme: de la dyade à la triade.)

Fraiberg S. Clinical studies in infant mental health. The first year of life. London: Tavistock publications; 1980.(Trad. française: Fantômes dans la chambre d'enfants. Paris: PUF; 1999.)

Guedeney A., Guedeney N., Wendland J., Burtchen J. Treatment of perinatal depression with mother-infant relationship psychotherapy. Best practice & research clinical obstetrics & gynecology. 2013. http://dx.doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2013.08.011.

Laupies V. La guidance parentale: ses liens avec la psychothérapie et la bientraitance. Thérapie familiale 2004;25(4):521-9.

Lebovici S. En l'homme le bébé. La question interview d'Émile Noel. Paris: Eshel; 1992.

Lieberman AF. Ghosts and angels: Intergenerational patterns in the transmission and treatment of the traumatic sequelae of domestic violence. Infant mental health journal 2007;28(4).

Lieberman AF. Infants remember: War exposure, trauma, and attachment in young children and their mothers. Journal of the american academy of child & adolescent psychiatry 2011;50(7):640-1.

Lieberman AF, Compton NC, Van Horn P, Ghosh Ippen C. Losing a parent to death in the early years: Guidelines for the Treatment of Traumatic Bereavement in Infancy and Early Childhood. Washington: Zero To Three; 2003. (Trad. française: Guedeney A. La mort d'un parent dans la petite enfance. Guide du traitement du deuil traumatique du bébé et du très jeune enfant. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2008.) (Un livre indispensable: technique de l'abord thérapeutique du jeune enfant en cas de mort d'un parent.)

Lieberman AF, Van Horn P. Infants and young children in military families: A conceptual model for intervention. Clinical child and family psychology review 2013;16(3):282-93.

Lyons-Ruth K, Spielman E. Disorganized infant attachment strategies and helpless-fearful profiles of parenting: integrating attachment research with clinical intervention. Infant mental health journal 2004;25:318-35.

Mc Donough SC. Interaction guidance: understanding and treating early infant-caregiver relationship disturbances. In: Zeanah CH Jr, editor. Handbook of infant mental health. New York: The Guilford Press; 1993. p. 414-26.

Marvin R, Cooper G, Hoffman K, et al. The circle of security project: attachment-based intervention with caregiver-preschool child dyads. Attachment and human development 2000;4:107-24.

Milgrom J, Martin PR, Negri LM. Treating post-natal depression. A psychological approach for health care practitioners. Chichester: John Wiley and Sons; 1999.

Osofsky JD, Lieberman AF. A call for integrating a mental health perspective into systems of care for abused and neglected infants and young children. American Psychologist 2011;66(2):120-8.

Puura K, Kaukonen P. Parent infant psychotherapies and indications for inpatient versus outpatient treatments (p. 401-14). In: Tyano S, Keren M, Herrman H, editors. Parenthood and mental health. A bridge between infant and adult psychiatry. Oxford: Wiley-Blackwell; 2010.

Rabain D, Aidane E, Couëtoux F, Marie P, Mazet P. Le travail avec des bébés et leurs parents au sein d'une unité spécialisée. In: Angel P, Mazet P, editors. Guérir les souffrances familiales. Paris: PUF; 2004.

Rusconi-Serpa S, Sancho-Rossignol A, Mc Donough S. Video feedback in parent infant treatments. Child and adolescent psychiatry clinics in America 2009;18:735-51.

Steele M, Baradon T. The clinical use of the adult attachment interview in parent-infant psychotherapy. Infant mental health journal 2004;25:284-99.

Stoléru S, Morales-Huet M. Psychothérapies mère-nourrisson. Paris: PUF; 1989.

Toth SL, Rogosch FA, Manly JT. The efficacy of toddler-parent psychotherapy to reorganize attachment in the young offspring of mothers with major depressive disorder: a randomized preventive trial. Journal of consulting clinical psychology 2006;74:1006-16.

Velderman MK, Bakermans-Kranenburg MJ, Juffer F, Van Ijzendoorn MH, Mangelsdorf Mc, Zevalkink J. Preventing preschool externalizing behavior problems through video-feedback intervention in infancy. Infant mental health journal 2006;27(5):466-93.

Watillon-Naveau A. Mise en scène du conflit interactionnel dans les thérapies psychanalytiques de la relation précoce parents-enfant. Devenir 1994;6:7-26.

Wendland J. Les premiers liens: perspectives thérapeutiques et préventives. Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence 2005;53:71-7.

Wendland J, Brisson J, Medeiros M, Camon-Senechal L, Aidane E, David M, et al. Mothers with borderline personality disorder: Transition to parenthood, parent-infant interaction and preventive/therapeutic approach. Clinical psychology: science and practice 2014;21:141-55.

Wendland J, Couëtoux-Jungman F, Khun-Franck L, Camon-Sénéchal L, Cautru F, Ollivier C, et al. La cothérapie: un setting privilégié pour le suivi thérapeutique parents-bébé/jeune enfant. La psychiatrie de l'enfant, 2014. (sous presse).

Les groupes thérapeutiques et accueils parents-bébé

par Jaqueline Wendland

Les groupes thérapeutiques parent(s)-bébé/jeune enfant

Les modalités de prise en charge groupales parents-bébé sont assez répandues dans les lieux de soin en périnatalité et petite enfance. Les fondements théoriques de leur cadre et leurs techniques thérapeutiques demeurent

encore rarement décrits et discutés, comparativement à la littérature abondante concernant les groupes pour patients adultes. Il est cependant primordial de s'interroger sur l'intérêt d'adresser tel enfant et ses parents à un groupe, plutôt qu'à une prise en charge individuelle. Cette décision doit être bien réfléchie et discutée avec la famille et ne doit pas se faire par défaut (par exemple : manque de places en thérapie individuelle), mais en fonction des bénéfices escomptés pour l'enfant et ses parents. Le groupe doit s'intégrer dans le projet thérapeutique pour l'enfant et ses parents, lequel peut s'associer à d'autres prises en charge en parallèle.

Si le groupe peut représenter un lieu de soins et de soutien pour certains parents et enfants, pour d'autres, la confrontation avec d'autres enfants et/ou parents présentant des difficultés ou des troubles graves (TSA, handicaps) peut être inutile, sans effet thérapeutique, souvent même préjudiciable, parfois un véritable choc. Il est ainsi questionnable l'intérêt de réunir dans un groupe les enfants et/ou les parents présentant les troubles les plus sévères (par exemple : groupe rassemblant des enfants autistes sans accès au langage). L'expérience clinique montre aussi qu'il est plutôt déconseillé d'intégrer dans des groupes parents-bébé des adultes présentant des troubles psychiatriques aigus (psychotiques, trouble de la personnalité borderline, épisode dépressif majeur, etc.). Ces parents non seulement ne retirent pas grand bénéfice de la dynamique groupale, comme peuvent la mettre en danger par leurs attitudes et comportements inadaptés, abrupts, ou peu coopérants (par exemple : commentaires désobligeants sur un autre enfant ou parent, participation très faible, pleurs incontrôlables, rapports tendus avec le groupe, non-respect des tours de parole, nombreuses absences, etc.).

Il est admis que les modalités groupales offrent généralement un espace contenant et soutenant (enveloppe groupale) qui permet une approche plus souple, partagée, suscitant parfois moins de méfiance de la part de parents peu enclins à un travail en individuel avec le clinicien (ils peuvent choisir de garder le silence et d'écouter les autres, bénéficier de l'attention, de l'avis et du soutien des autres familles). Le groupe peut être une étape préalable, préparatoire à une approche individuelle ultérieure. Il est indéniable que les groupes offrent également des supports d'identification, la possibilité de se reconnaître et de se soutenir entre personnes connaissant des difficultés semblables (« *je me reconnais en écoutant ces mères* » ; « *mon enfant ressemble à cet autre enfant* »), et il n'est pas rare que des liens d'amitié se tissent entre les familles en dehors du lieu de soin. Pour l'enfant, outre les interventions thérapeutiques proprement dites, le cadre groupal offre l'opportunité d'interactions nouvelles, une ouverture vers l'autre en milieu protégé, des contacts avec d'autres adultes et un groupe d'enfants de son âge en la présence encadrante des soignants. Les règles et le fonctionnement du groupe permettent une découverte de soi avec et dans le groupe

(la place de chacun, l'acceptation des autres, l'accommodation aux limites de soi et de l'autre, la régulation émotionnelle, etc.).

Les groupes parents-bébé/jeune enfant se limitent généralement à 5 ou 6 enfants maximum et leur(s) parent(s). Le nombre de professionnels peut varier de 2 à un soignant par enfant selon les besoins (classiquement un ou deux psychiatre(s) ou psychologue(s) accompagné(s) de professionnels : psychomotricien, éducatrice de jeunes enfants, puéricultrice, infirmier psychiatrique ou orthophoniste). Les enfants sont adressés aux groupes habituellement après évaluation et sur indication du consultant. Ils peuvent être fermés, sur un temps donné, ou ouverts, permettant l'intégration d'enfants après leur démarrage. Ils s'organisent souvent autour de temps et d'espaces différenciés, incluant des moments de rassemblement (par exemple : au début et avant le départ) et des temps d'activités préétablies (jeux, comptines, parcours psychomoteurs, activités avec différents médias-eau, dessin, peinture-, un goûter) et un groupe de paroles pour les parents.

Le cadre du groupe, et l'aménagement de l'espace en particulier, sont des points essentiels et doivent être murement réfléchis et respectés (jeux adaptés au niveau de développement des enfants, espace suffisant, lieu confortable et sûr, tapis, fauteuils ou coussins pour les parents, etc.). La permanence du cadre, le déroulement à l'identique, prévisible, sont fondamentaux pour assurer la continuité et permettre l'instauration d'une véritable dynamique de groupe au sens thérapeutique. À la surprise de leurs parents, les bébés et les jeunes enfants sont très attentifs aux détails du cadre et au déroulement du groupe, ce qui vient souligner leur besoin de régularité, et la sécurité que celle-ci leur procure. Il est courant que dans les premiers temps de fonctionnement d'un groupe les soignants doivent intervenir plus souvent pour soutenir et encadrer les échanges entre parents et enfants. Puis, progressivement se construit la dynamique qui caractérisera les interactions dans le groupe, comme une identité groupale qui sera la sienne. En effet, il n'y a pas deux groupes qui se ressemblent : « *Le groupe dispose de structures, d'organisations et de processus psychiques qui lui sont propres. Il y a une création psychique propre aux groupes, des entités psychiques qui ne se produisent pas sans le groupement* » (Kaës, 2005, p. 9). Dans un deuxième temps, une fois que le fonctionnement du groupe est bien intégré, les soignants pourront adopter une position plus dégagée et se concentrer sur des interventions plus ciblées, en tenant compte du projet thérapeutique de chaque enfant, et en faisant en sorte que le groupe soit l'espace propice aux changements escomptés. Il va de soi que les progrès d'un enfant sont un puissant levier thérapeutique pour l'ensemble du groupe.

Enfin, il est essentiel que les professionnels disposent d'un temps régulier de synthèses cliniques de leurs observations, et si possible d'une supervision, afin de pouvoir ajuster leurs interventions en fonction de l'évolution du groupe et du projet thérapeutique de chaque enfant. D'autre part, les

phénomènes de transfert et de contre-transfert sont singulièrement modifiés par la situation groupale (dilution, diffraction du transfert), y compris dans les relations entre les soignants, et il est indispensable d'en avoir conscience afin de préserver la cohérence et la synergie des interventions.

Les modalités de groupes parent(s)-bébé/jeune enfant

Selon les cadres de travail (CMP, Unités de Parentalité et Petite Enfance, CAMSP) et la formation des professionnels, différentes modalités de groupes parent(s)-bébé/jeune enfant peuvent être proposées. On retrouve aussi parfois des groupes destinés seulement aux parents, comme des groupes de parents d'enfants avec TSA, des groupes de pères ou de femmes enceintes/futurs parents. Concernant les femmes enceintes, excepté la participation aux séances de préparation à la naissance dispensées en groupe à la maternité par la sage-femme (parfois en binôme avec un psychologue), mais qui ne constituent pas de véritables groupes, l'approche groupale apparaît peu réalisable et bénéfique. En effet, la femme enceinte est naturellement très centrée sur son expérience personnelle et est peu encline à la partager avec un groupe. L'approche individuelle semble donc plus indiquée à ce stade. Dès les premières semaines avec le bébé, cependant, les parents sont avides d'échanges, de conseils, et le partage avec un groupe est souvent très apprécié. Ceci est particulièrement vrai pour des parents isolés, coupés de leurs racines familiales ou culturelles, en difficulté dans la lecture des besoins du nouveau-né, ou présentant des signes de fragilité ou de dépressivité.

Un groupe de guidance parentale autour des signaux et rythmes du bébé peut être alors proposé (Aidane et Camon-Sénéchal ; Rabain *et al.*, 2004). Ces groupes ont pour objectifs de favoriser la compréhension du « langage du bébé », de développer chez les parents une position réflexive vis-à-vis des signaux du bébé et leur capacité de se représenter son monde interne (*insightfulness*, Oppenheim ; *reflective functionning*, Fonagy ; intersubjectivité ; Trevarthen). Les échanges groupaux étayent l'identification au rôle parental, soutenant à la fois les compétences et l'individualité de chaque bébé et le sentiment de compétence parentale qui s'acquiert progressivement. Ces groupes sont généralement menés par deux professionnels (psychologue ou psychiatre et puéricultrice, ou auxiliaire de puériculture).

Des groupes s'appuyant sur les notions de guidance parentale, d'attachement et de soutien au développement de l'enfant peuvent être proposés tout au long de la petite enfance. Ils peuvent s'adresser à des familles carencées, démunies ou désorganisées au plan éducatif, présentant parfois des signes de négligence et de maltraitance potentielle de l'enfant. Un travail important sera fait pour encourager le contact physique et relationnel entre les parents et le bébé ou jeune enfant, pour renforcer la reconnaissance

des besoins et des compétences de l'enfant, pour favoriser le sentiment de compétence parentale, en rendant le parent acteur des changements et de la résolution des difficultés avec leur enfant (*empowerment*).

Les troubles de l'attachement et de l'angoisse de séparation peuvent également être pris en charge dans des groupes parents-nourrisson. Il s'agit de troubles relativement fréquents et qui peuvent s'exprimer au travers de difficultés accrues lors du sevrage, de la séparation autour du sommeil ou encore au moment de la mise en place d'un mode de garde. Cette problématique se retrouve également dans la gestion des limites, de la distance et de l'autorité, dans la protection et l'éducation de leur enfant, et aussi dans des troubles de la relation (lien fusionnel, ambivalent, conflictuel, distant, parfois érotisé). Il s'agit d'enfants ayant déjà acquis la marche et formé un lien d'attachement, âgés de 14-16 mois à 3 ans. Ils peuvent exprimer des manifestations anxieuses aiguës (parfois panique) et persistantes lors des séparations, ou au contraire, avoir développé des stratégies de retrait relationnel et de répression des comportements et affects, de soumission, de mise en danger ou d'inversion des rôles face à un parent peu sensible, incohérent, ou indisponible face à leurs besoins, empruntant la voie des distorsions ou troubles de l'attachement. Nous résumons ici le cadre d'un groupe de ce type amplement décrit ailleurs (Wendland *et al.*, 2011). Inspiré de la théorie de l'attachement et proposant un renversement de la « situation étrange » d'Ainsworth (ici c'est l'enfant qui « dépose » le parent ailleurs, puis vient le rechercher, tout en modulant la distance avec des allers-retours possibles), ce groupe s'organise autour de deux espaces : une grande salle, l'atrium, et une salle plus petite, séparées par un couloir. Le groupe se déroule en quatre moments :

1. un premier temps de jeux entre parents, enfants et professionnels dans l'atrium ;
2. puis les enfants accompagnent leurs parents dans une autre pièce où se déroulera un groupe de paroles des parents avec la psychologue ;
3. les enfants retournent ensuite à l'atrium et reprennent les jeux avec la puéricultrice et l'éducatrice de jeunes enfants alors qu'en parallèle a lieu le groupe de paroles des parents ;
4. enfin, les enfants viennent rejoindre leurs parents et des retrouvailles ont lieu dans la salle du groupe de paroles. Chaque moment est riche de renseignements et sera l'occasion d'interventions soutenant la reconnaissance des émotions et des comportements d'attachement, d'exploration et d'autonomie de l'enfant, en parallèle avec le travail thérapeutique réalisé avec les parents (sensibilité, empathie, régulation émotionnelle), en résonnance avec leur propre histoire d'attachement et de séparation.

Enfin, les approches groupales sont également assez répandues pour les enfants présentant des retards, handicaps ou troubles du développement (incluant des TSA et des troubles de la communication). Ces enfants

peuvent présenter des difficultés importantes à communiquer et à interagir avec les autres enfants et adultes (faible tolérance à la frustration, agressivité mal maîtrisée, stéréotypies, peu ou pas d'accès au langage préverbal et verbal). Il peut s'agir aussi de handicaps de découverte périnatale ou plus tardive. Les parents sont souvent en grande difficulté dans leur parentalité, parfois désorganisés et ne sachant pas comment entrer en relation avec leur enfant, ce qui peut aggraver l'isolement de ce dernier. Il est fréquent que les parents eux-mêmes se sentent seuls et désemparés, surtout lorsqu'ils doivent faire face aux critiques ou au manque de l'entourage et au choc de l'annonce d'un diagnostic lourd concernant l'avenir de leur enfant. Ces groupes incluent typiquement la présence d'un ou deux psychologue(s) ou psychiatre(s) accompagné(s) d'un ou plusieurs professionnels de la petite enfance : psychomotricien, orthophoniste, éducateur de jeunes enfants. Ces groupes sont parfois à visée d'évaluation et la participation de l'enfant est alors limitée à quelques semaines destinées à observer son développement et à affiner le diagnostic et le projet thérapeutique. Les stratégies thérapeutiques visent à soutenir le développement psychomoteur (parcours moteurs, manipulations de différents matériaux permettant d'agir sur les hypo-ou hypersensibilités sensorielles, jeux adaptés), à favoriser les interactions avec les pairs et les adultes (comptines, jeux avec les mains, partage d'un goûter) et à encourager toute forme de communication (avec des aides à la communication de type PECS ou MAKATON lorsque cela est nécessaire et possible). Des temps de jeux avec et sans les parents organisent le cadre spatio-temporel du groupe. Pour les parents, il est essentiel de leur permettre de formuler et d'élaborer leurs inquiétudes au sujet de leur enfant et de leurs difficultés en tant que parent dans un climat de compréhension empathique et de partage avec les autres parents et les professionnels.

Les lieux d'accueil parents-bébé

Des lieux d'accueil parents-bébé se sont développés dans toute la France et ailleurs à la suite de l'initiative originale de Françoise Dolto d'ouverture de la Maison Verte en 1979 à Paris. Ces lieux possèdent une approche essentiellement préventive en tant que lieux de parole, d'échanges, de socialisation, de préparation à un mode de garde extra-familial, comme un espace transitionnel entre l'enfant et ses parents. Ils permettent aussi à des nombreuses familles de rompre avec l'isolement. Elles peuvent y recevoir guidance et une orientation thérapeutique si besoin. Les enfants y sont accompagnés par les parents ou un autre adulte tutélaire (nourrice, grands-parents) et sont reçus par des « accueillant(e)s » qui peuvent être de différentes formations professionnelles. Ils travaillent sous la supervision d'un psychanalyste. Dolto soutenait l'idée d'un « transfert sur l'institution » plutôt que sur un professionnel donné. De nombreuses structures d'accueil parents-bébé ont été depuis ouvertes, fonctionnant

sur les principes d'un accueil sans rendez-vous, non médical, anonyme et gratuit (ou avec une faible participation financière). Ces accueils peuvent avoir lieu au sein de structures spécifiques créées à cette fin ou sur des plages horaires au sein de services plus classiques, tels que la PMI (éveil des bébés), les CMP, les relais parents-enfants, les points de rencontre de quartier. À ce titre, ils peuvent être intégrés au dispositif de prévention et de soins, comme un premier contact avec le service, un lieu d'observation avant ou après une première consultation sans rendez-vous (Couëtoux, 2003). Les familles y sont reçues par une équipe pluridisciplinaire, avant tout contact avec un médecin, parfois vécu comme rédhibitoire pour certaines familles.

Références

Couëtoux F. Le temps de l'accueil. Le Journal des psychologues 2003; (nº 211.)

Kaës René. Groupes internes et groupalité psychique: genèse et enjeux d'un concept. Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe 2005;45:9-30.

Rabain D, Aidane E, Couëtoux F, Marie P, Mazet P. Le travail avec des bébés et leurs parents au sein d'une unité spécialisée. In: Angel P, Mazet P, editors. Guérir les souffrances familiales. Paris: PUF; 2004.

Wendland J, Camon-Senechal L, Khun-Franck L, Maronne C, Rabain D, Aidane E. Troubles de l'angoisse de séparation et de l'attachement: un groupe thérapeutique parents-jeunes enfants. Devenir 2011;23(1):7-32.

L'abord direct du bébé : psychomotricité, orthophonie de communication, groupes thérapeutiques pour jeunes enfants

La thérapie psychologique du jeune enfant ne se résume pas à la consultation dite thérapeutique parents/jeune enfant, ni aux soins apportés à la relation. L'abord direct du jeune enfant est essentiel, à la fois dans l'évaluation diagnostique et pronostique, et dans la stratégie thérapeutique.

Sur le plan de la communication, une rééducation doit être entreprise précocement et de façon intensive dès lors qu'il existe un trouble de la communication manifeste (TED). Elle est au mieux faite de façon individuelle, par une orthophoniste formée, avec des séances brèves, répétées autant que possible, et centrées sur la mutualisation de l'expression orale. Dès que possible, l'orthophoniste mettra en place un système d'aide à la communication utilisant des images, qui permettent à l'enfant d'exprimer ses besoins et désirs. Il est important que la mise en place de ce système

d'aide à la communication sociale (PECS ou MAKATON) se fasse de façon coordonnée entre l'orthophoniste, les parents et le lieu de garde de l'enfant s'il en est. Un petit groupe de langage et de communication, avec des enfants de niveau à peu près homogène peut être une aide importante, et renforcer le dispositif, dont on vérifiera à terme qu'il est bien coordonné et synergique.

La même stratégie s'applique pour le traitement des troubles sévères du langage : bilan quantitatif et diagnostic, étiologique, puis rééducation individuelle la plus fréquente et la plus continue possible, en individuel et en petit groupe. On peut être amené à utiliser la langue des signes pour aider une jeune enfant avec un trouble important de l'expression orale. Le recours à un centre référent du langage est nécessaire à chaque fois qu'un doute se pose entre TED et trouble du langage, ou devant un trouble du langage sévère et possiblement syndromique chez un jeune enfant.

La psychomotricité joue un rôle essentiel dans la capacité d'évaluation et d'intervention des centres de la petite enfance, comme ceux du CAMPS (qui assurent le suivi des prématurés et des retards mentaux jusqu'à 6 ans). Le bilan psychomoteur du jeune enfant est indispensable devant tout trouble du développement. Il permet de donner une idée du niveau de développement psychomoteur, de l'existence de signes d'orientation étiologiques (hypotonie importante, mouvements anormaux, syncinésies), tant en motricité fine que globale. Il est surtout très utile pour la recherche systématique de troubles de l'intégration sensorielle, qu'ils soient auditifs, vestibulaires, tactiles, et qui peuvent se traduire par une hypersensiblité, ou une hyposensibilité. Le profil sensoriel de Dunn est ici très utile, et il pourra guider l'abord thérapeutique.

Le bilan explore aussi la durée de l'attention et l'effet de la mobilisation sur la relation à l'autre. Il explore chez l'enfant plus grand les praxies visuo-spatiales. Le bilan psychomoteur est particulièrement utile dans les TED : il permet de mesurer les difficultés d'expression, de communication et de coopération par le mouvement, d'observer les modes de retrait et de protection devant les angoisses suscitées par la difficulté de la relation à l'autre, la difficulté à se laisser tomber, à sauter, à quitter les pieds du sol, à rentrer dans un parcours clos ou sombre, ou au contraire, l'apaisement sur une surface douce et molle. La relation à la psychomotricienne est souvent la première relation thérapeutique pour un jeune enfant avec un retard mental, ou un TED, mais aussi une mise en relation pour un jeune enfant avec un trouble sévère du langage.

L'intervention de la psychomotricienne ou du psychomotricien est aussi souvent la première aide effective que reçoivent les parents pour comprendre les réactions de leur enfant et savoir comment mieux les aider. Le petit groupe est moins souvent utile en psychomotricité, sauf avec deux enfants de niveau proche, et capables de coopérer. L'abord individuel en psychomotricité est précieux pour l'évolution des enfants avec un trouble important

du langage, même en l'absence de troubles spécifiques du développement psychomoteur.

Les petits groupes de jeunes enfants sont très profitables quand ils peuvent associer psychomotricienne, psychologue et orthophoniste, avec trois ou quatre au maximum jeunes enfants, avec un adulte par enfant. Ces groupes permettent d'abord de juger de la tolérance du jeune enfant à la sollicitation sociale et langagière par les pairs et par les adultes, et jugent de la capacité de l'enfant à intégrer les règles de fonctionnement, de jeu, de début et de fin. Ils peuvent avoir un effet contenant pour des enfants agités, anxieux, insécures.

Pour l'évaluation et le soin des TED, le CATTP (Centre d'action thérapeutique à temps partiel), représente un format proche de l'hôpital de jour, par la présence de l'enfant deux à trois fois par semaine, pendant deux à trois heures, dans des activités structurées, alternant le groupe et l'individuel, avec temps de repas et de repos. Il s'agit là de groupes fermés, utilisant des médias variés, avec observation initiale avant l'entrée et suivi parallèle des parents, utilisant la dynamique de groupe (Kaës, 1999). Les synthèses hebdomadaires de l'équipe du CATTP permettent de donner sens aux mouvements défensifs, de régression, de contrôle ou d'imitation des enfants (Fraiberg, 1982 ; Jaquet, 2012).

L'évolution dans le CATTP permet d'affiner le diagnostic des cas difficiles et de préciser les indications thérapeutiques. Le séjour au CATTP se poursuit par l'entrée en hôpital de jour, selon les cas, ou par l'intégration en maternelle avec poursuite d'un dispositif thérapeutique intégré.

Pour les prématurés, l'abord en psychomotricité est précieux. Le massage, avec une technique précise, plutôt apuyée de façon forte et qui rappelle le massage traditionnel africain, a montré ses effets positifs sur la prise de poids, dès que le massage peut être toléré sans désorganisation (Field, 2002). La méthode dite kangourou procure à l'enfant prématuré ou de petit poids des stimulations labyrinthiques, mais dans la proximité de la peau maternelle et en profitant de ses phéromones apaisantes. Le portage kangourou a démontré ses effets positifs sur le développement et la croissance (Charpak, 1994). Rappelons que la stimulation orale, très précoce, améliore la prise de poids des prématurissimes et diminue leurs troubles alimentaires ultérieurs. La rééducation psychomotrice est très utile pour les troubles de la coordination, et aussi pour les dyspraxies visuo-spatiales fréquemment retrouvées chez les prématurés.

Références

Ballouard C. L'aide mémoire de psychomotricité. 2e éd. Paris: Dunod; 2012.

Feldman R. Les programmes d'intervention pour les enfants prématurés et leur impact sur le développement: et trop et pas assez. Devenir 2002;14(1):239-63.

Charpak N, Ruiz-Palaez JG, Charpak Y, Rey-Martinez A. Kangaroo mother program: An alternative way of caring for low birth weight infants? One year mortality in a two cohort study. Pediatrics 1994;94:804-10.

Field T. Massage therapy for infants and children. J behavioural and developmental pediatrics 1995;16:105-11.
Fraiberg S. Pathological defences in infancy. Psychoanal quarterly 1982;51:612-35. Traduit et reproduit dans Devenir.
Jacquet É. Imitations, intersubjectivité et symbolisation primaire dans des groupes thérapeutiques de jeunes enfants. La psychiatrie de l'enfant 2010;53(2):453-508.
Kaës R. Les théories psychanalytiques du groupe. Paris: PUF; 1999.

L'utilisation de la vidéoscopie en thérapie parents-jeune enfant et en prévention

Outil de première importance en pratique clinique comme en recherche, la vidéo a largement contribué à l'amélioration des connaissances et des pratiques concernant le développement précoce. On se souvient du travail pionnier de René Spitz sur « l'hospitalisme », celui de John Bowlby et de James et Joyce Robertson sur les carences de soins maternels et la séparation et de leurs films. Celui de Spitz, *Grief*, *A Peril In Infancy*, ceux de Bowlby et des Robertson dont le plus célèbre est *John à la nurserie*, ont eu une grande influence sur notre compréhension des facteurs de la santé mentale du jeune enfant et sur la reconnaissance du champ de la psychopathologie précoce.

L'utilisation de la vidéo dans le cadre thérapeutique s'avère particulièrement intéressante. Ainsi, Bertrand Cramer, Christiane Robert-Tissot, Daniel Stern et leur équipe (1990) ont réalisé ensemble une recherche sur les thérapies parents/enfant dans lequel la vidéo s'est montrée précieuse pour évaluer les changements au cours de la thérapie, mais aussi l'effet des diverses techniques d'intervention. Un groupe informel, constitué d'Edward Tronick, Beatrice Beebe, Bob Marvin et George Downing utilise de façon intensive la vidéo dans des cadres thérapeutiques depuis de longues années. Robert Marvin a développé une utilisation de la Situation Etrange pour permettre, lors de thérapie de groupe, une augmentation de la sensibilité parentale au besoin de sécurité de l'enfant. Il a ainsi développé le paradigme du Cercle de Sécurité (*Circle of Security*©), dans le cadre de la théorie de l'attachement, décrivant les réactions du bébé en termes de haut ou bas du cercle de sécurité, selon qu'il est en absence de stress et en exploration (haut du cercle), ou en stress et en besoin de réconfort (bas du cercle), et développé une formation à l'application de prévention et en intervention de cette technique de façon individuelle ou en groupe. George Downing a proposé une grille d'analyse des vidéos faites avec ou par les parents, qui prend en compte l'ambiance émotionnelle, les positions physiques relatives des uns et des autres, la qualité des échanges et des tours de rôle.

Ainsi la vidéo est devenue, grâce à la diminution des coûts du matériel et à leur facilité d'utilisation, un outil majeur pour la formation, la supervision et l'enseignement, mais aussi pour l'évaluation clinique. La vidéo est devenue facilement utilisable dans les services de santé mentale, mais aussi à domicile. On apprend facilement, par la pratique, à proposer tôt au cours d'un suivi la réalisation d'un clip vidéo, même dans des circonstances cliniques difficiles, dans la mesure où la vidéo permet une alliance de travail de bien meilleure qualité. Il est utile de faire des clips très courts, centrés sur l'enfant, et de ne pas hésiter à demander au parent de tenir la caméra s'ils sont réticents à se voir eux-mêmes en vidéo.

Le premier but de la vidéo, comme de l'évaluation en général, est de trouver ce qui va bien, ou pas trop mal, ce qui procure du plaisir, de montrer au parent combien le bébé s'intéresse à lui et apprécie ce qui vient de lui, et de le montrer au parent. Le document peut servir aussi d'archive familiale, d'album du bébé, que nombre de familles à difficultés multiples ne peuvent pas faire ou ne pensent pas à faire. La deuxième étape est donc de regarder le clip, seul, de l'éditer si besoin, et de l'analyser hors de la présence du parent, de façon à préparer la restitution. Ce délai permet le temps de réflexion et d'élaboration. On va ensuite demander au parent ce qu'il s'attend à voir, puis ce qu'il voit, lorsque l'on regarde avec lui le clip vidéo. Ce temps de restitution, après coup, est important, et doit être préparé et donner lieu à une séance spécifique.

Cette utilisation de la vidéo permet l'établissement plus rapide d'une alliance de travail avec les parents, grâce à l'engagement dans un processus de « voir ensemble ». L'utilisation de la vidéo dans ce cadre permet de ménager le narcissisme en permettant aux parents eux-mêmes de se rendre compte de ce qui va bien et de ce qui va moins bien. Ceci est appliqué et développé dans un certain nombre de programmes d'intervention préventive en particulier auprès d'enfants adoptés. La vidéo permet de se centrer sur l'enfant, de guider l'évaluation précoce et surtout de discuter avec les parents de ce qu'ils observent, eux, et de ce que nous observons, nous les professionnels. Enfin, la vidéo est devenue indispensable pour se former à différents outils, en particulier ceux qui font appel à une mise en situation (situation étrange d'Ainsworth, par exemple).

Ajoutons que dans la formation, la vidéo a pris une place de plus en plus importante du point de vue pédagogique, que ce soit pour l'illustration de cas clinique ou de la technique d'entretien, de thérapie, ou pour l'entraînement à la cotation de telle ou telle situation d'évaluation. De même qu'avec les parents lors d'évaluations, elle permet de faire/voir ensemble.

Règles d'utilisation

L'utilisation de la vidéo suppose un certain nombre de précautions : la première est l'obtention d'un accord écrit de la part des deux parents ou

des titulaires de l'autorité parentale. Cette autorisation permet en fait tout type de diffusion, mais en pratique on s'interdira d'utiliser ces documents lors d'un congrès, encore moins pour une émission télévisée, et on se limitera à la formation de groupes professionnels restreints. Les documents devront être anonymisés, et effacés à la demande des parents. Il est bon de pouvoir en donner une copie aux parents qui le demandent. En clinique quotidienne, l'utilisation de la vidéo obéit aux mêmes règles d'autorisation et d'accès que le dossier médical, dont elle fait partie. La vidéo est donc transmissible sur demande des parents, qui peuvent demander à en avoir une copie, à leurs frais. Dans le cas d'une recherche clinique à financement public de type PHRC (Programme hospitalier de recherche clinique) du ministère de la Santé, l'utilisation de la vidéo suppose l'autorisation de la CNIL (Commission nationale de l'informatique et des libertés). Les documents de toute recherche clinique de type PHRC doivent être anonymisés et conservés de façon fiable pendant 15 ans. Il est à noter que les situations de consultation et d'expertise, en particulier lors de conflits parentaux à propos de la garde d'un jeune enfant, ne se prêtent guère à l'utilisation de la vidéo qui risque d'être utilisée par une partie contre l'autre. L'usage de la vidéo dans ces circonstances doit donc être très restreint et très encadré. En revanche, il ne semble pas exister de contre-indications à l'usage de la vidéo qui soit liée à la psychopathologie parentale ou aux troubles de l'enfant, mais on s'abstiendra de le proposer aux parents très projectifs, dans la mesure où la vidéo risque de les inquiéter et d'aller à l'encontre du but envisagé.

Références

Guedeney A. La vidéo en évaluation du jeune enfant. In: Tourrette C, Guedeney A, editors. L'évaluation en clinique du jeune enfant. Paris: Dunod; 2012.

Downing G, Wortmann-Fleischer S, von Einsiedel R, Jordan W, Reck C. Video intervention therapy with parents with a psychiatric disturbance. In: Brandt K, Perry B, Seligman S, Tronick E, editors. Infant and early childhood mental health: core concepts and clinical practice. Washington DC: American psychiatric association; 2013. p. 261-80.

Guedeney A, Tereno S. La vidéo dans l'observation d'évaluation et d'intervention en santé mentale du jeune enfant: un outil pour la transmission. Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence 2012;60:261-6.

10 La prévention précoce

Introduction

par Julie Le Foll

Les points forts (*Touch-Points*) et la pédagogie préventive du développement

Brazelton propose d'utiliser les crises normales du développement, les points forts, pour en faciliter la compréhension et en augmenter la tolérance, en prévenant les parents et en les informant sur ces étapes du développement. Cette pédagogie du développement et cet accompagnement ont un effet préventif. C'est un rôle majeur du médecin de famille, du généraliste, autant que du pédiatre.

Cette attitude de dépistage et d'attention aux signes précoces suppose que l'on ne confonde pas la notion de facteur de risque (facteur identifié comme étant associé à un risque accru d'une pathologie) et la notion de facteur étiologique, ou encore de ne pas penser que l'existence d'un facteur de risque entraîne nécessairement un destin pathologique. Dès lors, dépister n'est pas stigmatiser, mais offrir de l'attention aux vulnérabilités.

La prévention précoce dans les familles vulnérables : intérêt des visites à domicile périnatales (VAD)

Le travail à domicile représente un outil puissant et efficace d'évaluation et d'intervention, notamment pour accéder aux familles les plus vulnérables. Ces familles, qui peuvent accumuler des difficultés psycho-sociales multiples (précarité, manque de soutien social, carences parentales…) sont souvent très isolées et utilisent peu les lieux médico-sociaux mis à leur disposition (Stoléru et Moralès, 1990 ; Lamour, 2010 ; Dugravier, 2012). De plus, ces critères de vulnérabilité, surtout s'ils se cumulent, exposent l'enfant à naître à un risque plus important de pathologie somatique (mort subite, maladies récurrentes, malnutrition ou retard de croissance), mais aussi de retard de développement, de difficultés d'apprentissage et de maltraitance. (Armstrong, 1999). Les femmes en situation de vulnérabilité se révèlent également plus à risque de présenter une dépression périnatale, obstacle

© 2014 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

certain à l'établissement harmonieux du lien mère-bébé, essentiel au bon développement de l'enfant. L'objectif pour ces familles est donc de parvenir à réduire l'impact des vulnérabilités psychosociales sur la santé mentale de la mère et de l'enfant, en proposant des modalités d'interventions adaptées, c'est-à-dire utilisables par elles.

Or, ces familles ont souvent connu des expériences précoces douloureuses, voire traumatisantes, qui compliquent la création et le maintien de liens stables (Lamour, 2003). Très souvent dans un vécu d'insécurité relationnelle, ces parents acceptent alors plus difficilement l'aide proposée (Dozier, 2001). De plus, ces familles peuvent avoir eu l'expérience répétée de ce que Seligman (1994) appelle le « transfert bureaucratique » : des intervenants interchangeables, qui ne tiennent pas leurs promesses et qui ne sont pas réellement impliqués. C'est dans ce contexte, particulièrement fragile et instable, que le travail à domicile apparaît comme une stratégie d'intervention intéressante.

En effet, du point de vue des familles, le domicile permet une évaluation et une intervention dans un environnement qui leur est familier, et donc plus sécurisant. L'évaluation devient plus pertinente, en s'appuyant sur des situations plus diverses et moins artificielles qu'en institution, permettant ainsi une appréciation plus fine des dysfonctionnements, mais aussi des ressources des familles. Les gestes du quotidien, les relations interpersonnelles peuvent y être évalués au plus juste (David, 2001 ; Lamour, 1999). Par ailleurs, le travail à domicile permet une approche globale de la situation réelle des familles, notamment la prise en compte de la multiplicité des risques. Les difficultés sociales, qui représentent fréquemment un facteur crucial de leur détresse psychologique et affective, doivent être prises en compte, parfois avant tout autre accompagnement.

En France, les visites à domicile périnatales sont essentiellement effectuées par les puéricultrices de PMI, qui se retrouvent alors fréquemment seules, confrontées aux problématiques de ces familles pour lesquelles elles n'ont souvent pas été formées. Le soutien psychologique, bien que faisant partie des missions de la PMI, reste un cadre de travail inhabituel et vite déstabilisant pour une puéricultrice, surtout lorsqu'il vient se confondre avec de véritables soins psychiques. Cette difficulté nécessite, entre autres, le soutien de l'équipe de PMI, de la psychologue notamment, mais aussi un lien avec les équipes spécialisées (secteurs de psychiatrie et de pédopsychiatrie).

Dans d'autres pays, où n'existe pas un système préventif tel que la PMI, se sont développés des programmes de recherche à domicile reposant sur l'identification précoce de facteurs de risque ou facteurs de vulnérabilité. Ces interventions ciblées, reposant sur des concepts bien définis, ont montré qu'elles pouvaient infléchir des trajectoires développementales préjudiciables, mais aussi que la prévention représentait un investissement nécessaire. Une

des recherches majeures concernant les interventions précoces à domicile dans les familles à problèmes multiples a été menée par David Olds et son équipe, depuis les années 70 jusqu'à ce jour. Cette recherche reposait sur des concepts bien définis : les visites étaient précoces (début en prénatal), prolongées et continues. Elle concernait des femmes présentant de multiples facteurs de vulnérabilité et avait pour objectifs de cibler des facteurs susceptibles d'être modifiés (compétences parentales, éducation à la santé, formation, logement, aides sociales, inscription dans le réseau sanitaire, social et éducatif…). Les visites étaient effectuées par des infirmières formées et supervisées (1998, 2006). En France, l'étude CAPEDP (Compétences parentales et attachement dans la petite enfance) s'est également intéressée aux effets préventifs des visites à domicile périnatales (Guedeney, 2011 ; Tubach, 2012), et a montré les conditions et les limites de leur efficacité.

À domicile, les stratégies d'intervention sont multiples et souvent associées : elles peuvent inclure le soutien émotionnel, le soutien par des services concrets, la guidance de développement, et la psychothérapie parent-enfant. La guidance de développement, initialement proposée par Selma Fraiberg (1999), a pour but d'encourager et de raffermir l'attachement entre les parents et le bébé, d'aider les parents à comprendre le « langage » de leur enfant, à lui prêter des pensées et des sentiments propres, et à trouver de nouvelles méthodes d'éducation.

Ce qui apparaît essentiel dans l'intervention auprès des familles vulnérables, c'est l'accompagnement du domicile vers l'extérieur : il s'agit là de traiter la pathologie du lien qui isole ces familles afin de retisser le maillage social qui permettra une meilleure insertion de la famille dans sa communauté de vie. C'est vital pour que la famille puisse s'appuyer sur les ressources de l'environnement, pour développer ses propres ressources et permettre à l'enfant un développement plus harmonieux (Lamour, 2003).

Malheureusement, l'efficacité des interventions à domicile est parfois difficile à évaluer précisément. Des effets bénéfiques ont pu être mis en évidence, si l'intervention à domicile est intensive, précoce et mise en œuvre par des professionnels formés et supervisés. Les études pionnières de Olds à Elmira notamment (2006) ont montré comment ces interventions précoces réduisent la prévalence des risques morbides ultérieurs, pour la mère et l'enfant, et améliorent la qualité des relations précoces, avec un retentissement certain sur le développement de l'enfant. Mais il semblerait que la dépression de la mère et la sécurité de son attachement agissent comme modérateurs de l'impact des visites à domicile (Duggan, 2004). Et selon certains auteurs, les effets resteraient peu visibles dans certaines familles où le cumul des facteurs de risque serait trop élevé (Dumaret, 2003). Ainsi, beaucoup d'interrogations persistent quant aux conditions nécessaires et suffisantes permettant aux visites d'avoir un impact réel sur l'évolution de la famille. Récemment et dans cette optique, certaines équipes se sont d'ailleurs beaucoup intéressées

à l'analyse qualitative des visites à domicile, afin de mieux en cerner les enjeux (McNaughton, 2000 ; Saias, 2012).

Une des autres limites aux visites à domicile périnatales est davantage liée aux professionnels engagés. En effet, cette pratique nécessite pour les équipes une adaptation de leur cadre de travail qui, bien que particulièrement enrichissant pour elle peut se révéler parfois difficile. La place de l'institution et la formation, la supervision et l'encadrement de l'intervenant apparaissent alors comme des points clés de cette pratique. Le cadre, nécessairement plus souple, exige de l'intervenant une certaine capacité d'adaptation. Ainsi, des affects très variés, et très différents de ceux habituellement ressentis dans un bureau peuvent apparaître plus fréquemment : la gêne, le malaise, l'inquiétude, le sentiment de solitude, la colère, la violence, mais aussi une tendresse pour des gestes d'accueil. Les visites à domicile représentent un large espace émotionnel. Une formation spécifique apparaît nécessaire.

Les résistances des soignants au travail à domicile s'expriment souvent par la peur de pénétrer l'intérieur du patient, la peur de l'envahissement et de l'isolement (Lamour, 1999). En réalité, à domicile, il y a une « co-création » du cadre de travail. Le soignant sera le garant du maintien du cadre, en assurant, par sa venue, la continuité du lien et son inscription temporelle. Enfin, intervenir à domicile sous-entend pour l'intervenant une bonne sécurité intérieure. Il doit en permanence être prudent, se retenir d'agir. L'urgence est de « penser, de donner un sens » aux actes comme aux silences. En effet, tout un chacun, quelle que soit son expérience, s'expose au risque de se retrouver dans une difficulté contre-transférentielle dont la famille pourrait faire les frais. C'est pourquoi le maintien d'un cadre internalisé est si essentiel (Lamour, 1999).

Le soignant est seul mais avec des représentations de tiers, seul mais non enfermé dans un isolement qui pourrait entraîner des dérives de la pratique. L'institution occupe une fonction protectrice pour l'intervenant. Une supervision et une analyse des pratiques régulières sont donc indispensables, quelle que soit l'ancienneté ou l'expertise du soignant. La supervision, individuelle ou collective est une mesure d'accompagnement des professionnels dans une recherche de sens, visant à aider à regarder la situation selon plusieurs points de vue, en y rajoutant les facteurs personnels et les représentations. Elle peut aider les professionnels dans l'appréhension des situations difficiles, voire complexes ou à dépasser une période de stress. Le cadre de ces réunions doit être solide et maintenu avec la même rigueur que le cadre d'un traitement : réunions régulières (la fréquence varie suivant les situations) avec les mêmes soignants de référence. Leur durée (1h à 1h30) doit permettre que s'installe un climat de confiance suffisant.

Dans le champ de la prévention et de l'intervention précoces, l'accompagnement périnatal des familles vulnérables apparaît essentiel. Les parents

n'étant pratiquement jamais demandeurs, l'accès aux nourrissons à risque psychosocial et leur traitement ne sont possibles que grâce à un travail conjoint entre les différents intervenants médico-sociaux de la communauté : les services de PMI, les services sociaux, les centres maternels, les maternités, les pédiatres, les médecins généralistes et les secteurs du soin psychique. Le travail en réseau apparaît alors comme essentiel, se souciant de la continuité de l'environnement proposé aux familles. Il participe ainsi à la construction d'un environnement stable et fiable, qui soutiendra le développement de l'enfant ainsi que la nouvelle parentalité.

Les familles vulnérables

Les recherches portant sur l'efficacité, le rapport coût/bénéfice et la pérennisation des méthodes de prévention précoce de la psychopathologie se sont beaucoup développées partout dans le monde, depuis l'étude de Olds à Elmira, dans l'État de New York, et la démonstration de l'effet important et pérenne d'une action de prévention, si elle est intensive, précoce et mise en œuvre par des professionnels formés et supervisés.

En France, il existe un système de prévention universelle dont le pivot est la Protection maternelle et infantile (PMI). Ce système, qui cible l'ensemble de la population, a pour objectif de favoriser le bien-être physique et mental de l'enfant et de sa famille (de 0 à 6 ans). C'est un système encore envié par nombre de pays, même si nous ne savons pas à quel point et comment ce système de visites à domicile assuré par la PMI est efficace en ce qui concerne la santé mentale de la mère et de l'enfant (Ikounga N'Goma et Brodin 2001) ; ce système n'a jamais été évalué en termes de rapport qualité/coût.

L'étude CAPEDP, débutée en novembre 2006 et qui s'est terminée en juillet 2011, a évalué l'effet d'une intervention précoce à domicile, débutant au cours du troisième trimestre de grossesse et se poursuivant jusqu'aux 2 ans de l'enfant (Tubach *et al.*, 2012 ; Saias *et al.*, 2012, Tereno *et al.*, 2012). Les intervenantes à domicile, qui étaient dans cette étude des psychologues supervisées toutes les semaines par des professionnels des intersecteurs concernés, avaient pour objectif d'instaurer une relation de confiance avec les parents ou la mère seule, ceci afin de permettre un étayage, et un soutien de la relation mère-enfant. Le but de leurs visites régulières (jusqu'à 40 visites à domicile durant toute la période), était d'améliorer la santé mentale de l'enfant, de diminuer la dépression postnatale de la mère et ses effets sur la relation, d'améliorer la sécurité de l'attachement mère-enfant et en particulier de diminuer la désorganisation de l'attachement de l'enfant, et enfin d'accroître la capacité de la mère à utiliser les réseaux sociaux et de soins existants. CAPEDP était une étude longitudinale randomisée en simple aveugle type PROBE qui concerne 440 jeunes femmes, leur bébé et éventuellement leur conjoint. Celles-ci ont

été recrutées selon des critères de vulnérabilité psychosociale proches ce ceux utilisés actuellement en France par les PMI, et réparties aléatoirement en deux groupes distincts, un groupe » intervention », avec VAD renforcées, et un « groupe contrôle » avec soins « comme d'habitude ». Les critères d'inclusion étaient le jeune âge relatif de la future mère (moins de 26 ans), le fait que ce soit une première grossesse menée à son terme, et un des trois critères suivants : la jeune femme déclare qu'elle élèvera seule son enfant (critère dit d'isolement), et/ou elle bénéficie de la Couverture médicale universelle ou de l'Aide médicale de l'État (critère de revenus modestes), et/ou son niveau d'études est inférieur à 12 années (critère socioprofessionnel). Les critères de non-inclusion étaient de ne pas comprendre suffisamment le français pour bénéficier de l'intervention et répondre aux évaluations ; les jeunes femmes ayant des maladies chroniques connues et qui sont déjà impliquées dans un réseau de soin et enfin, celles qui risquent de déménager en dehors de la zone d'étude, ce qui remettait en cause le suivi sur deux ans et demi.

L'efficacité de l'intervention a été évaluée par 6 visites à domicile à six points précis : à l'inclusion, à 3, 6, 12, 18, 24 mois de vie de l'enfant, menées par des évaluatrices, elles aussi psychologues formées et supervisées. Ces 6 visites d'évaluation se font de façon indépendante des visites des évaluatricesdirectement intervenantes, et sans savoir dans quel bras (groupe « intervention » ou « contrôle ») les familles se trouvent. L'évaluation se basait sur des échelles de santé mentale de la mère (SCL, EPDS) et de l'enfant (Brunet-Lézine, ADBB, Attachment Q-Sort, CBCL, HOME), ainsi que des outils qui évaluent le soutien social perçu, l'utilisation du réseau de soin, et aussi l'alliance de travail avec l'intervenante.

Enfin, une étude satellite, CAPEDP-A (attachement) a permis une recherche précise de l'attachement de l'enfant et des comportements parentaux en situation. 120 dyades (60 dans le groupe intervention, 60 dans le groupe contrôle) ont été tirées au sort dans chacun des groupes de 120 de CAPEDP (Tereno *et al*., 2012). Le résultat principal de cette étude, sur le plan clinique est son efficacité dans les situations les plus sévères, marquées par une très grande vulnérabilité, un âge maternel bas, ou une psychopathologie maternelle importante.

Fantômes dans la chambre d'enfant reprend le titre français de l'ouvrage majeur de Selma Fraiberg sur l'intervention précoce dans des situations où domine ce qu'elle appelait « le conflit développemental entre la mère et l'enfant ». Il survient chez des jeunes femmes qui ont connu des situations lourdes de carence, de discontinuité ou de séparations précoces, de violences intrafamiliales étant enfant, et qui ont développé des stratégies développementales et attachementales défensives pour y faire face (Fraiberg, 1980). L'arrivée du bébé, souvent imprévue, dans un couple souvent fragilisé par la précarité, met à mal ces défenses, ce qui peut amener à des situations d'interaction mère-enfant très troublées et à des inquiétudes fortes pour le développement psychologique, mais aussi physique du bébé et pour sa

protection. Le résultat clinique majeur de CAPEDP est d'avoir pu atteindre ces situations et les garder dans l'étude. En effet, une proportion importante des jeunes femmes incluses ont révélé une psychopathologie, avec toute une gamme de diagnostics d'axe I. Parmi ces jeunes femmes, un grand nombre avaient connu des épisodes graves d'abus et de carence, dont elles n'avaient souvent jamais parlé à quiconque. Nouer une relation stable de confiance avec une jeune psychologue a été pour beaucoup une première expérience d'une relation d'attachement sécure et d'un travail psychothérapeutique. Le travail de guidance développementale a pu s'effectuer sur cette base, préparé par la relation pendant la fin de la grossesse, et soutenu par l'usage de brefs clips vidéo du bébé en situation de jeu ou d'alimentation.

Le but premier de la VAD est donc d'instaurer une relation de confiance, de façon à favoriser la mentalisation, la réélaboration des expériences précoces et suivantes d'attachement, et ainsi de libérer l'interaction avec le bébé de ces contraintes liées au passé maternel. Pour cela, l'intervenante donne certaines garanties quant à son implication par sa disponibilité (horaires larges, ligne téléphonique ouverte), sa tolérance (adaptation du cadre des VAD, par exemple). Les programmes d'intervention similaires (Korfmacher, O'Brien *et al*. 1999 ; Korfmacher et Le Houezec-Jacquemain 2002) soulignent que les représentations mentales que ces mères ont de leur propre relation d'attachement dans l'enfance sont corrélées avec leur engagement émotionnel dans l'intervention.

Références

Armstrong K, Fraser J, Dadds M. A randomized, controlled trial of nurse home visiting to vulnerable families with newborns. Journal of paediatrics and child health 1999;35(3):237-44.

David M. Le bébé, ses parents et leurs soignants. Ramonville-Saint-Agne: Érès; 2001.

Dozier M, Lomax L, Tyrrell C, et al. The challenge of treatment for clients with dismissing states of mind. Attachment and human development 2001;3:62-76.

Dumaret AC. Soins médico-sociaux précoces et accompagnement psycho-éducatif. Revue de la littérature étrangère. Archives de pédiatrie 2003;10:448-61.

Fraiberg S. Fantômes dans la chambre d'enfants. Paris: PUF; 1999.

Guedeney A, Tubach F, Greacen T, et al. CAPEDP research report. Clinical research and development department of the APHP. Paris & the French national institute of prevention and health education (INPES); 2011.

Guedeney A, Wendland J, Dugravier R, Saias T, Tubach F, Welniarz B, et al. Impact of a randomized home-visiting trial on infant social withdrawal in the CAPDEP study. Infant mental health journal 2013;34(6):594-601.

Lagarde F, Sacre P, Ouhnia F, et al. Prévention précoce au domicile : une revue de la littérature et une description d'un service d'intervention sociale et familiale. Devenir 2011;1(23):33-68.

Lamboy B. Soutenir la parentalité : pourquoi et comment ? Différentes approches pour un même concept. Devenir 2009;1(21):31-60.

Lamour M, Barraco M. Souffrances autour du berceau : des émotions aux soins. Paris: Gaëtan Morin; 1999.
Lamour M, Barraco M. Approche à domicile et travail en réseau dans le traitement des nourrissons à haut risque psychosocial et de leurs familles. Ramonville-Saint-Agne : Érès 2003;1(25):117-32.
Lamour M. Parents défaillants, professionnels en souffrance. Bruxelles: yapaka. be; 2010.
Mcnaughton DB. A synthesis of qualitative home visiting research. Public health nursing 2000;17(6):405-14.
Olds D. The nurse-family partnership: an evidence-based preventive intervention. Infant mental health journal 2006;27:5-25.
Olds DL, Kitzman H, Cole R, Robinson J, Sidora K, Luckey DW, et al. Effects of nurse home-visiting on maternal life course and child development: age 6 follow-up results of a randomized trial. Pediatrics 2004;114:1550-9.
Olds D, Korfmacher J. Maternal psychological characteristics as influences on home visitation contact. Journal of community psychology 1998;26:23-36.
Rochette J, Mellier D. Transformations des souffrances de la dyade mère-bébé dans la première année du postpartum : stratégies préventives pour un travail en réseau. Devenir 2007;19(2):81-108.
Saias T, Lerner E, Greacen T, et al. Evaluating fidelity in home-visiting programs: a qualitative analysis of 1058 home visit case notes from 105 families. Plos One 2012;7(5).
Seligman SP. Le programme enfant-parent : Le développement d'un programme pilote de santé mentale infantile. Devenir 1994;6(1):7-29.
Stoléru S, Morales-Huet M. Psychothérapie mère-nourrisson dans les familles à problèmes multiples. Devenir 1990;20(3):8-28. (Première recherche française sur les difficultés multiples.).
Tubach F, Greacen T, Saias T, et al. A home-visiting intervention targeting determinants of infant mental health: the study protocol for the CAPEDP randomized controlled trial in France. BMC Public health 2012;12:648.
Van den Boom D. Do first year intervention effects endure? Follow-upduring toddler hood of a sample of Dutch irritable infants. Child development 1995;66:1798-810.

La protection de l'enfance : signalement, placement des jeunes enfants, unités mère-bébés

par Julie Le Foll

Les modalités d'alerte

Les parents ont comme première tâche et premier devoir la protection de leur enfant. Mais lorsque les parents rencontrent des difficultés dans l'exercice de leur responsabilité, la législation prévoit des mesures de protection et de soutien qu'il est important de connaître.

La loi du 5 mars 2007 a réformé la protection de l'enfance et contribué à améliorer le dispositif départemental d'alerte et de repérage des mineurs en danger, ou risquant de l'être. Cette loi vise, entre autres, à renforcer significativement la prévention (notion apparaissant pour la toute première fois en France) et à organiser le signalement, pour détecter plus tôt et signaler plus efficacement les situations de danger, ainsi que diversifier les modes de prise en charge pour les adapter aux besoins de chaque enfant (Welniartz, 2007). Cette loi insiste sur le rôle de pivot du service de Protection Maternelle et infantile (PMI), acteur majeur de la prévention quand il s'associe à une bonne articulation avec les autres professionnels de la petite enfance.

À ce titre a été créée dans chaque département une cellule chargée du recueil, du traitement et de l'évaluation des informations relatives aux mineurs en danger ou en risque de danger (la CRIP, Cellule de recueil des informations préoccupantes). L'information transmise au Conseil Général est qualifiée d'« *Information préoccupante* » (IP). L'IP est l'acte écrit par un professionnel présentant, après évaluation, la situation d'un mineur en danger. Cet écrit s'appuie sur le Code de l'action sociale et des familles qui prévoit que « *l'intérêt de l'enfant, la prise en compte de ses besoins fondamentaux, physiques, intellectuels, sociaux et affectifs ainsi que le respect de ses droits guident toutes décisions le concernant* » (article L.112-4).

Dans l'IP, le professionnel étaye sa préoccupation à partir des éléments d'informations relatifs à l'environnement de l'enfant, aux ressources et aux capacités des parents. Le dialogue avec ces derniers, autour des besoins et de l'intérêt de leur enfant, ainsi que sur les ressources qu'ils peuvent mobiliser, permet au professionnel préoccupé de compléter et d'enrichir le travail d'analyse partagée de la situation, dans le but de proposer un accompagnement et un soutien adaptés aux besoins spécifiques de l'enfant et de sa famille. Dans le cadre de ce dialogue, et sauf intérêt contraire de l'enfant, le professionnel informe la famille de la transmission d'une information préoccupante à la cellule (Welniarz, 2007).

La CRIP informée décide ou non, selon les éléments, de transmettre au Juge des Enfants. S'il n'y a pas de transmission, la CRIP pourra demander une évaluation de la situation de l'enfant par le secteur (service social, PMI), ce qui peut être refusé par la famille. Si la CRIP transmet au juge des enfants, ce dernier peut décider d'une Mesure judiciaire d'investigation educative (MJIE), sans que la famille puisse s'y opposer. En fonction de l'évaluation, une mesure d'Aide éducative en milieu ouvert (AEMO) est le plus souvent mise en place.

Mais dans les situations les plus lourdes, lorsque les risques immédiats pour l'enfant sont trop importants ou lorsque les aides proposées n'ont pas permis de soutenir suffisamment la famille, une décision de placement peut être décidée.

Le placement dans la petite enfance

L'exercice de la protection de l'enfance nécessite une délicate articulation entre les droits de l'enfant et le droit des familles ; entre la nécessaire confidentialité d'une relation médecin-malade, et le moment où l'on choisit de rompre cette confidentialité car l'intérêt de l'enfant nécessite un signalement (Welniartz, 2007). La difficulté réside également dans notre volonté de proposer du soin et d'accompagner les familles vulnérables, tout en ayant la crainte de laisser un enfant dans un climat et un fonctionnement familial qui pourraient être gravement préjudiciables pour son avenir.

Cette question de temporalité est évidemment cruciale : il est parfois impossible d'attendre que les parents accèdent à un travail psychique efficace (s'ils y parviennent un jour) tant les dysfonctionnements sont graves. On sait, en effet, que les enfants, en particulier les bébés, ne peuvent pas attendre la résolution des conflits ou des psychopathologies parentales (Fraiberg, 1999).

En pédopsychiatrie, les professionnels sont fréquemment confrontés aux effets dévastateurs des négligences et/ou carences graves intrafamiliales sur les enfants, tout particulièrement sur les enfants en bas âge. Moins visibles que les sévices corporels et les abus sexuels, elles constituent pourtant un problème de santé publique en raison de leur fréquence et de leurs conséquences sur les liens d'attachement ainsi que sur le développement physique, affectif, psychique et cognitif du bébé, avec des conséquences à court, moyen et long termes (Mascaro, 2012).

Le travail de prévention et de soins vise à accompagner les familles vulnérables, souvent confrontées à des difficultés psycho-sociales multiples, à les soutenir dans leur parentalité, mais également à intervenir précocement en cas de troubles avérés. Ce travail de repérage et d'accompagnement précoces est transdisciplinaire et implique des professionnels d'institutions différentes : maternité, PMI, psychiatrie/pédopsychiatrie. Dans certaines situations, les unités mère-bébé peuvent permettre de soutenir un temps la famille et amorcer un travail autour du lien mère-enfant. On sait en effet que les délais de rémission de la psychopathologie maternelle sont raccourcis, par la présence – quand cela est possible – de son bébé à ses côtés.

Malheureusement, bien qu'essentiel et potentiellement efficace, ce travail en amont reste difficile, confrontant les professionnels à un sentiment fréquent d'impuissance. Et lorsque les carences et négligences sont trop importantes, la séparation doit être envisagée, alors même que l'enfant ne présente pas encore de troubles psychiques et affectifs structurés, souvent plus difficiles à mobiliser par la suite.

Pourtant, même lorsqu'il semble nécessaire, le placement d'un enfant, particulièrement lorsqu'il est très jeune (0-24 mois), pose encore de nombreuses questions éthiques, sanitaires, sociales et psychopathologiques. Une objection récurrente est que la pouponnière pourrait être elle-même

source de carences, de sorte qu'il serait toujours préférable de recourir aux familles d'accueil ou même de laisser le bébé dans son milieu naturel le plus longtemps possible (Mascaro, 2012).

À l'inverse, le placement précoce en pouponnière peut s'avérer thérapeutique pour un bébé négligé ou maltraité, exposé à des scènes violentes, du moins si les conditions d'accueil et de soins sont suffisamment adaptées aux besoins des jeunes enfants (maternage suffisamment contenant et sécurisant, stabilité des personnels, incités à développer une relation individuelle), tout au moins durant les toutes premières semaines de placement. C'est ce qu'a mis en évidence une Recherche Action faite en pouponnière dans le nord de la France, retrouvant que le placement permettait aux bébés d'améliorer leurs capacités interactives et de reprendre un développement de meilleure qualité 4 mois après leur arrivée (Mascaro, 2012).

Néanmoins, plus l'enfant est jeune, plus il est indispensable qu'il soit accueilli rapidement en famille d'accueil. Les effets des séjours prolongés en institution sont connus, exposant l'enfant à un risque accru de troubles du développement (physique, cognitif, linguistique, social, affectif et cérébral), et cet accueil en institution a encore trop tendance à se prolonger en France. Encore récemment, le temps moyen de séjour des jeunes enfants en pouponnières de l'Aide sociale à l'enfance (ASE) était de 410 jours pour les enfants de moins de 3 ans (ASE, 2003, in Guedeney et Guedeney, 2008). L'accueil rapide dans une famille peut ainsi permettre à l'enfant de créer de nouveaux liens d'attachement, sans prendre la place des parents ni les effacer ; ces liens peuvent permettre d'ouvrir le système et de redonner une chance forte de développer des facteurs de protection (Guedeney, 2007). Encore faut-il que l'on favorise l'établissement de ces liens d'attachement entre famille d'accueil et enfant placé, que l'on ne change pas l'enfant de famille d'accueil, et que la famille accueillante soit formée, supervisée et aidée pour comprendre les réactions de l'enfant à la séparation (voir Le placement familial, Myriam David, 1990 ; Manuel de l » adoption et des familles d'accueil, Shoffield et Beek, 2010).

Les unités mères-bébés

C'est en Grande-Bretagne, dans le contexte de l'après-guerre, que se sont développées les premières unités d'hospitalisation mère-bébé. En France, PC Racamier a le premier obtenu de maintenir un nouveau-né proche de sa mère hospitalisée pour psychose du post-partum (Guedeney et Allilaire, 2001). Il aura fallu attendre le début des années 80 pour que s'organise à Créteil la première Unité Mère Bébé. Il existe aujourd'hui en France des modalités d'accueil différentes : UMB à temps plein, UMB de jour, UMB accueillant les pères…

À qui s'adressent ces unités ?

Les indications d'hospitalisation en UMB ne sont pas tant fondées sur le diagnostic psychiatrique maternel que sur la situation de la famille et du bébé, avec l'intérêt et la possibilité de travailler sur le lien mère-bébé (Nezelof et coll., 1998).

Il y a, d'une part, les mères connues et repérées en *antepartum*, dont la pathologie psychiatrique (psychose chronique, dépression, trouble grave de la personnalité, état déficitaire…) fait craindre, sans certitude, des distorsions dans l'établissement du lien mère-bébé. D'autre part, il est des situations imprévues de décompensation psychique maternelle massive, repérées avant l'accouchement (idéations suicidaires, troubles anxieux et/ou dépressifs, abus de toxiques…) ou survenant après l'accouchement (psychose puerpérale, dépression postnatale majeure, troubles anxieux envahissants…).

Quels sont les objectifs de l'hospitalisation ?

Les situations en UMB sont très variées et les enjeux d'une hospitalisation sont réellement propres à chaque situation, et à chaque famille, mêlant souvent protection, évaluation, soins du bébé et des parents, soin de la relation. Définir clairement les objectifs avec les parents est cependant fondamental pour que l'efficacité soit optimale.

Indiquées le plus souvent lorsque la psychopathologie maternelle risque de faire obstacle à l'instauration des premiers liens, les hospitalisations en UMB visent à permettre aux partenaires de développer des liens harmonieux, à soutenir la parentalité et accompagner la famille vers une autonomie respectueuse des besoins de l'enfant, permettant à ce dernier un développement cognitif, social et affectif satisfaisant. Le travail s'effectue auprès de la mère (entretiens psychothérapeutiques individuels et/ou de groupe, ateliers de massage pour la mère, et travail autour du corps…), auprès du bébé (séances individuelles ou de groupe, psychomotricité) et auprès de la dyade (travail sur lien).

Certaines demandes d'hospitalisation mère-bébé émanent parfois du Juge des Enfants (bébé placé en OPP – ordre de placement provisoire – ou mère hospitalisée sous contrainte) et exigent des équipes d'UMB de devenir des experts dans l'évaluation des capacités maternantes et des relations mère-bébé. Cette situation est souvent difficile et éprouvante pour les équipes, plaçant ces dernières en position double de soignant et d'évaluateur.

L'UMB peut enfin intervenir pour soutenir un projet de placement, prévisible dès la maternité, afin que ce dernier ne soit pas vécu comme un arrachement (Nezelof, 2007).

L'objectif de l'hospitalisation mère-bébé n'est pas de maintenir à tout prix le bébé auprès de sa mère, mais plutôt de permettre un travail sur le lien

qui les unit, quel qu'en soit le devenir. Il est par ailleurs indispensable que l'admission en unité mère-bébé s'inscrive dans un projet global de soins, s'articulant avec le travail en réseau (maternité, pédiatrie, PMI, travailleurs sociaux) tissé autour de la dyade, en amont et en aval de la naissance.

Références

Fraiberg S. Fantômes dans la chambre d'enfants. Paris: PUF; 1999.

Guedeney A, Allilaire JF. Interventions psychologiques en périnatalité. Paris: Masson; 2001.

Guedeney N. Le domaine de la protection de l'enfance. Perspectives psychiatriques. 146(1) :11-17.

Guedeney A, Guedeney N. The infant protection system in France: How does it work? Infant mental health journal 2008;29(1):5-20.

Mascaro R, et al. Évaluation des effets du placement précoce du bébé en pouponnière. Devenir 2012;24(2):69-115.

Nezelof S, Mathioly L. L'hospitalisation conjointe mère-bébé. Enfances & Psy 2007;37(4):81-9.

Schofield G., Beek M. Attachment Handbook for Foster Care and Adoption. London: BAAF ; 2006.(Trad. française : Guedeney A, Guedeney N. Guide de l'attachement en familles d'accueil et adoptives. La théorie en pratique. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson ; 2011.).

Welniarz B. Pédopsychiatrie et services de protection de l'enfance : quels liens ? Perspectives Psy 2007;46(1):9.

Bibliographie complémentaire

Ouvrages de référence

Bowlby J. Charles Darwin : une nouvelle biographie. Paris : PUF; 1995. (L'analyse par Bowlby des symptômes de Darwin à la lumière de l'attachement.).

Bruguière A, Klapish-Zuber C, Segalen M, Zonabend F. Histoire de la famille. Trois tomes : I : Mondes lointains ; II : Temps médiévaux ; III : Choc des modernités. Paris : Armand Colin; 1986.

David M. Le placement familial. De la pratique à la théorie. La vie de l'enfant. 2e éd.

Dawkins R. Le Gène égoiste. Paris : Armand Colin; 1990. (Titre original : *The Selfish Gene* Oxford : Oxford University press, 1976.

Devereux G. Ethnopsychanalyse complémentariste. Paris : Flammarion; 1972.

Damazio AR. L'erreur de Descartes, la raison des émotions. Paris : Odile Jacob; 2001.

Fonagy P, Target M, Cottell D, Phillips J, Kurtz Z. What works for whom? A critical review of treatments for children and adolescents. New York : The Guilford Press; 2005. (Méta analyses de l'efficacité des thérapies de l'enfant.).

Gesell A, Ilg F. Le jeune enfant dans la civilisation moderne. Paris : PUF ; 1988.

Guyotat J. Mort, naissance et filiations. Paris : Masson; 1980.

Harris M. À la découverte des bébés et des jeunes enfants. Paris : Clancier-Guénaud; 1983.

Howe D. Attachment across the lifecourse. A brief introduction. New York : Palgrave Mc Milan; 2011.

Hobson RP. Autism and the development of mind. New York : Psychology Press; 1993.

Holmes J. John Bowlby & Attachment Theory. London : Routledge; 1993.

Karen R. Becoming attached. Oxford : University Press; 1998.

Lacan J. Le séminaire. Livre III : Les psychoses. Paris : Le Seuil; 1981.

Nagera H. Les troubles de la petite enfance. Paris : PUF; 1969.

Tustin F. Autisme et psychoses de l'enfant. Paris : Le Seuil; 1977.

Watzlawick P, Helmick Beavin J, Jackson D. Une logique de la communication. Paris : Le Seuil; 1972.

Winnicott D. La consultation thérapeutique et l'enfant. Paris : Gallimard; 1971.

Manuels

Baubet T, Moro MR. Psychopathologie transculturelle. Paris : Elsevier Masson; 2009.

de Ajuriaguerra J. Manuel de psychiatrie de l'enfant. Paris : Masson; 1974.

Brenner G, Slater A. Theories of infant development. Oxford : Blackwell; 2004. (Le manuel du développement précoce.).

Bradley BS. Visions of infancy. Cambrige : Polity Press; 1989. (Un classique sur les théories du développement précoce.).

Duverger P, Chocard AS, Malka J, Ninus A. Psychopathologie en service de pédiatrie. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson; 2011. (Le manuel de pédopsychiatrie de liaison.).

© 2014 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Meisels S, Shonkoff J. Handbook of early childhood intervention. Cambridge : University Press; 1990. (La bible de l'intervention précoce.).
Tourrette C, Guedeney A. L'évaluation en clinique du jeune enfant. Paris : Dunod; 2012. (Le premier livre sur l'évaluation en France du bébé et de ses parents.).

Livres sur le développement précoce

Bideaud J, Houdé O, Pedinielli JL. L'homme en développement. 2e éd. Paris : PUF; 1993. (Le manuel de psychologie moderne.).
Candilis Huisman D. Naître, et après ? Du bébé à l'enfant. Paris : Gallimard; 1997. (Histoire illustrée de la puériculture et de l'obstétrique.).
Cramer B. Que deviendront nos bébés ? Paris : Odile Jacob; 1999.
Denormandie P, Hirsch E. L'annonce anté-natale et post-natale du handicap. Mission handicaps-éthique. Paris : APHP, Doin; 2001.
Fonagy P. Théorie de l'attachement et psychanalyse. Ramonville-Saint-Agne : Érès; 2004. Other Press; 2001.
Godiguian-Ratcliff B. Le développement de l'identité sexuée. Du lien familial au lien social. Berne : Peter Lang; 2002. (Une des très rares études à ce jour sur le développement de l'identité de genre.).
Houdé O, Leroux G. Psychologie du développement cognitif. Paris : PUF; 2009. (Un excellent ouvrage de base.).
Lebovici S, Mazet P, Visier JP. L'évaluation des interactions précoces entre le bébé et ses partenaires. Genève : Eshel. Paris : Médecine et Hygiène; 1989.
Maury L. Le développement de l'enfant. Paris : PUF; 2008.
Nadel J, Muir D. Emotional development. Oxford : University Press; 2005.
Perron R, Perron-Borelli M. Le Complexe d'Œdipe. Paris : PUF; 1994. (Un livre clair sur un sujet obscur.).
Tomasello M. Why we cooperate. Ma : The MIT Press; 2009. (Les grands apports récents du développement discutés de façon claire.).
Tourrette C. D'un bébé à l'autre. Les différences individuelles au début du développement. Paris : PUF; 1991.
Tourrette C, Guidetti M. Introduction à la psychologie du développement. 3e éd. Paris : Armand Colin; 2008.
Tourrette C. L'évaluation psychologique des très jeunes enfants au développement normal et atypique. Paris : Dunod; 2001.
Tort P. Darwin et le darwinisme. Paris : PUF; 2005.
Tronick E. The neurobehavioral and social-emotional development of infants and children. New York : WW Norton; 2007. (Rassemble les articles d'Edward Tronick, avec un CD.).

Livres sur la psychopathologie et les interactions précoces

Blaffer Hrdy S, Mother, Nature. Natural selection & the female of the species. New York : Chatto & Windu; 1999. (Un auteur majeur sur la compréhension des comportements parentaux à la lumière de l'évolution.).
Bouville JF. La malnutrition en milieu africain. Étude des étiologies relationnelles. Paris : L'Harmattan; 2004.

Cohen M. Sent before my time. The Tavistock clinic series. London : Karnac Books; 2003. (Le vécu des parents en néonatologie.).
Cox J, Holden J. Perinatal psychiatry. Use and misuse of the Edinburgh post-natal depression scale. Londres : Gaskell; 1994. (Le manuel d'usage de la plus diffusée des échelles de DPN : l'EPDS.).
Dumont C, Malinski M. Louis, sa mère son psy. Paris : Bayard; 2002. (Une thérapie par une élève de Doumic-Girard.).
Guedeney N. L'attachement, un lien vital. Bruxelles : Éditions Fabert; 2010.
Haddad A, Guedeney A, Greacen T. Santé mentale du jeune enfant. Prévenir et intervenir. Ramonville-Saint-Agne : Érès; 2004. (Recherches en France sur la prévention précoce.).
Lebovici S. Le nourrisson, la mère et le psychanalyste. Les interactions précoces. Paris : Paidos-Le Centurion; 1983.
Leon I. When a baby dies. Psychotherapy for pregnancy and newborn loss. New Haven : Yale University Press; 1990. (Le premier et le meilleur livre sur la thérapie des pertes périnatales.).
Murray L, Cooper P. Postpartum depression and child development. New York : Guilford press; 1997. (Référence sur les effets de la DPN sur le développement précoce.).
Nataf-Cooper A. Clinical studies in infant mental health. The first year of life. New York : Harper Collins; 1989. (traduction française : Fraiberg S. Fantômes dans la chambre d'enfants. Paris : PUF ; 1999).
Solomon J, George C. Disorganized attachment & caregiving. New York : Guilford Press; 2011. (Le principal ouvrage sur l'attachement désorganisé.).
Redey P, Lucey C. Assessment of parenting. UK : Routledge; 1995. (Évaluation des capacités parentales.).

Sociétés savantes, petite enfance et périnatalité

Devenir : revue européenne du développement de l'enfant (articles disponibles sur PsyChINFO, Pascal, INIST, CAIRN).
SFPEADA (www.sfpeada.fr) : Société française de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent et disciplines associées.(*Neuropsychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*).
SRCD (http ://www.srcd.org/) : Society for research in child development. Congrès annuels aux États-Unis, recherche fondamentale en développement précoce (*Journal of child development*).
The Brazelton institute.(www.brazelton-institute.com/aboutbi.html).
The Marcé Society for perinatal mental health (www.marcesociety.com) : société de recherche en psychiatrie périnatale (*Archives of Women's Mental Health*). Branche francophone avec formation « interpersonnal pschychotherapy » (IPT) à chaque congrès national (http ://www.marce-francophone.fr/congres.html).
World Association for Infant Mental Health.(www.waimh.org).
Zero To Three (www.zerotothree.org) : création de la DC : 0-3R.(http ://main.zerotothree.org/site/DocServer/vol26-1a.pdf).
www.adbb.net : site de l'échelle ADBB avec échelles, articles et manuels.
www.yakapa.be : programme de prévention de la maltraitance.

Index

A
A Peril In Infancy, 263
Abbé de L'Épée, 16
Abdication, 227
Abord direct du bébé, 260
Absence de curiosité, 44
Abstinence, 233
Abus sexuel, 43
Accommodation, 21
Accompagnement des parents, 187
Accordage affectif, 59
Accouchement, 201
Accrocher, 48
Accueil, 73
Accueils parents-bébé, 254
ACPA, 180
Activité, 112
Adoption, 81
Adult Attachement Interview (AAI), 8
Affect Attunement, 59
Âge maternel, 199
Agressivité, 225
Aide
– médicale de l'État (AME), 271
– sociale à l'enfance (ASE), 11, 79, 276
Ainsworth Salter Mary, 7
Alarme détresse bébé (ADBB), 230
Allèle 5-HIAA, 42
Allergies, 109
Alliance
– de travail, 72, 73
– familiale, 86
– thérapeutique, 248, 249
Als Heidelise, 93
Ambivalence, 200
Amour primaire, 6
Amygdale, 64
Analyse chomosomique sur puce à ADN, 180
Angoisse
– de l'étranger, 44
– de séparation, 50, 52, 258
Angold, 70
Annonce du diagnostic, 240
Annoyed, 234
Anorexie du bébé et du jeune enfant, 165
Antécédents de troubles de comportement maternels, 123
Anxiété, 225
– de séparation, 119
– maternelle, 37
Anxieux et renfermé, 96
Anybody's child, 214
Appel Geneviève, 6, 11, 14
Arbre de vie familial, 250
Archambaud et Parrot, 3
Armstrong Kenneith, 266
Achenbach Thomas, 80
Aspects positifs de la situation, 78
Assimilation, 21
Asthme, 109
Attachement, 20, 46
– désorganisé, 52, 208, 226
– insécure, 215
– – ambivalent, 52
– – évitant, 51
– renversé, 47
– sécure, 51
Attention, 33
– conjointe, 61, 148
Attraper, 48
Aubry-Roudinesco Jenny, 11, 13
Autisme infantile, 3, 144
Auto
– agressivité, 234
– observation, 205
– stimulation, 167
Aversion sensorielle pour la nourriture, 165
Avoidant, 51
Axe hypothalamo-hypophysaire, 29

B
Babillage, 44, 48
– canonique, 150

© 2014 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

– mixte, 150
– rudimentaire, 150
Baillargeon René, 40, 124
Base de sécurité (*secure base*), 8, 49
Batterie d'évaluation cognitive et socio-émotionnelle, 94
Bayley, 101
Bébé secoué, 116
BECS, 94
Beebe Beatrice, 131, 263
Besoin
– narcissique, 210
– primaire d'agrippement, 5
Bêta-bloquants, 235
Bick Esther, 84
Bilan de l'évaluation, 81
Binge drinking, 37, 231
Binôme, 257
BITSEA, 80, 97
Blaffer Hrdy Sarah, 62
Bonding, 47, 63, 64
Boot strapping, 42
Borel-Maisonny Suzanne, 16
Bourdier Pierre, 216
Bowlby John, 4, 6
Bradley et Caldwell, 101
Brazelton Thomas B, 13, 93
Bretherton Inge, 8
Briggs Gowan Margaret J, 97
Bronchites asthmatiformes, 109
Bronfenbrenner, 19
Brunet et Lézine, 94
Bureau de consultation, 74
Buss et Plomin, 112
Byng-Hall John, 47

C

Cabinet de consultation ou domicile, 79
Cadre de co-thérapie, 251
Cancer et grossesse, 198
Capacité
– de communication sociale, 148
– de faire semblant, 148
– d'identification, 77
– intersubjective, 239
CAPEDP (recherche), 268
Cardiopathie, 239
Caregiving, 26
CARE-Index, 91
Carence
– affective, 12
– de soins, 3
– – maternels, 5, 11
– grave d'attitude parentale, 140
Carrefour œsophagien, 161
Carter Alice, 72, 80, 97
Case-work, 13
Cauchemars répétés, 118
CBCL (1,5- 5), 80, 96
Cellule de recueil des informations préoccupantes (CRIP), 274
Centre, 262
– Alfred Binet, 10, 14
– d'action, 135
– – médico-sociale précoce (CAMSP), 135
– – thérapeutique à temps partiel (CATTP), 262
– de guidance infantile, 12
– de ressources autisme (CRA), 148
– d'empreinte, 236
– international de l'enfance (CIE), 12, 14
– médico-psychopédagogique (CMPP), 10, 15
– médico-psychologique (CMP), 15, 79
– référent cancer et grossesse, 199
Cercle de Sécurité, 263
Chabrol H, 100
CHAT, 148
Chatoor Irene, 164
Checking back, 138
Checklist for Autism in Toddlers, 148
Child Behavior Checklist, 96
Choc de l'annonce, 259
Chomsky Noam, 19, 41
Chorioamniotites, 191
Christchurch study, 42
Cibles de l'évaluation, 81
Circle of Security, 263
Clark Roseanne, 90
Classification
– diagnostique, 102, 132
– – 0-3 ans, 132
– française des troubles mentaux des enfants et adolescents (CFTMEA), 103, 132
Clivage, 209
Coding Interactive Behavior (CIB), 91
Cohen David, 32, 105
Cohn, 61
Coktail party syndrom, 239

Colères, 44, 55
Colique du 3e mois, 115
Comorbidité, 102
Compétences
– émergentes, 81
– parentales, 217
– – et attachement dans la petite enfance, 268
Comportement, 235
– agressif, 96, 119
– – et destructeur, 96
– – inadapté, 119
– antisocial, 5
– aversif, 48
– contradictoire, 53
– de défense, 129
– de signalisation, 48
– maternel atypique, 208
– sexualisé, 119
Concept de maturation, 18
Conditionnement, 20
Conflit
– conjugal, 156
– développemental entre la mère et l'enfant, 271
Connaissances de base (*core knowledge*), 40
Connexionnisme, 40
Conscience morale, 30
Conservation de l'énergie, 129
Consommation
– de tabac, 123
– prénatale à risque, 215
Constellation maternelle de Stern, 24
Constructivisme de Piaget, 21
Consultations conjointes généticien-psychiatre, 240
Contrôle émotionnel, 33
Coparentage, 228
Corboz-Warnery Antoinette, 244
Cortisol salivaire, 35, 51, 53
Co-sleeping, 157
Coté Sylvana, 122
Co-thérapie, 210
Couverture médicale universelle (CMU), 271
Cramer Bertrand, 11, 77, 263
Crèche, 157
Cris intenses et fréquents, 69
Critères de diagnostic applicables aux très jeunes enfants, 69
Crittenden Patricia, 61, 91
Culpabilisation, 110
Curiosité, 54
Cut-Down, 234
Cyr Chantal, 42

D

Damasio Antony, 19
Darwin Charles, 20
David Myriam, 6, 11, 13, 214
Daws Dilys, 74
DDST, 95
De Ajuriaguerra Julian, 10
De Caspi, 42
De Château Peter, 64
Debray Rosine, 77
Déceptions, 73
Découverte d'un cancer au cours de la grossesse, 200
Défaut d'accordage, 215
Déficience mentale, 3
Déficits cognitifs, 158
Dehaene Stanislas, 41
Del Carmen-Wiggins et Carter, 72
Demande initiale, 79
Déni de grossesse, 215
Dépistage
– de l'alcoolisation pendant la grossesse, 231
– du retrait relationnel, 133
Dépression, 225
– anaclitique, 5
– de la petite enfance, 105
– et anxiété maternelles, 201
– majeure, 105, 206
– maternelle
– – postnatale, 162
– – prénatale, 37
Désengagement du bébé, 208
Désordres dits psychotoxiques de Spitz, 108
Désorganisation, 89
– de l'attachement, 42, 147
– psychosomatique, 109
Désynchronisation, 34
– son/image, 35
Détresse, 46
Deuil chez le jeune enfant, 252
Deux ans terribles, 124
Développement
– cognitif, 19

– de l'intersubjectivité, 239
– du bébé, 243
– du langage, 18, 19, 41
– fœtal, 36
– libidinal précoce, 20
– psychosexuel, 20
Diabète gestationnel, 199
Diagnostic d'axe I, 71
Diagramme étoilé, 94
Différenciation des sexes, 30
Difficultés
– de comportement avant 3 ans, 120
– de concentration, 119
– de sommeil, 202
– d'endormissement, 119
Dimensions
– du tempérament, 113
– ou modules du développement psychologique, 18
Dispositif
– Lausanne Triadic Play (LTP), 85
– préprogrammé du langage, 41
Dissociation, 118
Distorsions de la base de sécurité, 140
Dolto Françoise, 12, 246, 259
Donneur de soin, 46
Dornes Martin, 23
Douleur
– du bébé, 111
– intense et durable chez le jeune enfant, 131
Doumic-Girard Alice, 11, 74
Downing George, 83, 263
Dozier Mary, 267
DRD-4, 129
DSM, 102
DSM-V, 104
Dugas Michel, 16
Dugravier Romain, 266
Duymes Michel, 96
Dynamique de groupe, 262
Dyslexies, 16
Dysmorphie, 234
Dysorthographies, 16

E

Early Infant Questionnaire, 114
Échange intersubjectif, 140
Échelle
– Alarme détresse bébé (ADBB), 133
– de Denver (DDST), 95
– de développement psychomoteur
– – de la première enfance, 94
– HOME, 101
Échographie prénatale, 179
Eczéma, 109
EDEN (étude), 190
Edimburg Post natal Depression Scale (EPDS), 220
Effet tératogène, 231
Efficacité des choix thérapeutiques, 81
Egeland Byron, 8
Egger Helen, 70
Emde Robert, 30, 69
Émotivité, 112
Empathie, 54, 56
Empreinte, 49
– fœtale, 37
– parentale, 236
Endophénotype, 129
– comportemental, 229
Enfant, 215, 216
– aveugle de naissance, 30
– de couple divorcé, 124
– de mère
– – psychotique, 215
– – schizophrène, 216
– longtemps nourri par sonde, 169
– sauvage de l'Aveyron, 3
– tyran (ou enfant-roi), 227
Engel, 130, 131
Enregistrements vidéo, 83
Enseignement, 264
Épidémiologie, 69
Épigenèse, 28
Épigénétique, 37
EPIPAGE (étude), 190
Épisode dépressif majeur (EDM), 206
Équifinalité, 40
Erreur
– classique dite " A-non B ", 40
– interactive, 35
ESEJE/ITSEA, 97
État, 143
– de conscience partagé, 129
– de stress post-traumatique (ESPT) du jeune enfant, 117, 119, 143
– limite, 205

Éthique, 241
Ethnopsychiatrie, 244
Étude
– Growing Up in Scotland Cohort, 123
– longitudinale randomisée en simple aveugle, 270
Eugénisme, 213
EVALO
– 6, 152
– BéBé, 153
Évaluation, 71
– au cours de la consultation, 72
– clinique, 264
– des relations parent-enfant, 106
– du tempérament, 114
– socio-émotionnelle des jeunes enfants, 97
Évitant (attachement), 89
Évitement, 88
– du regard, 130
– relationnel (ERN), 146
Évolution, 20
– du RAD, 138
– entre le premier et le second entretien, 76
Examen médical en Grande Section d'école maternelle, 122
Excitation, 109
Exclusion défensive, 22
Exploration, 50
Exposition prénatale
– à l'alcool, 37
– au tabac, 37
Extrême prématurité, 233
Eye tracking, 35
Eye-Opener, 234

F

Facteurs
– de risque, 41
– psychosociaux de la prématurité, 191
Faible niveau d'éducation chez la mère, 123
Faire semblant, 44
Familles
– à problèmes multiples, 244
– chaotiques, à difficultés multiples, 124
– récemment émigrées, 76
– volontaires, 84
– vulnérables, 266
Fantômes dans la chambre d'enfants, 157
Favez Nicolas, 228
Feldman Ruth, 63, 91
Fenêtre thérapeutique, 243
Fente
– labiopalatine (FLP), 16, 65, 229
– palatine, 239
Field Tiffany, 61
Figement, 129, 131
Figures
– d'attachement, 17
– – primaires, 47
– – principales, 47
– – secondaires, 47
Filiation, 251
Films familiaux d'enfants autistes, 146
Fin de la consultation, 76
Fistule œsophagienne, 130
Fivaz-Depeursinge Elisabeth, 30, 244
Flash-back, 118
Focalisation de l'attachement, 50
Fonagy Peter, 22, 23, 111
Fonction pédagogique, 58
Fondation
– Parent de Rosan, 12
– Rothschild, 14
Formation, 264
– des professionnels à l'annonce, 188
– spécifique, 269
Fraiberg Selma, 24, 30
Frédéric II, 3
Fréquence du SAF en France, 233
Freud
– Sigmund, 19
– Anna, 4, 12, 23

G

Galenson et Roiphe, 30
Gauvain-Piquard Annie, 111
Geber Marcelle, 11, 12
Gène
– égoïste, 26
– X-Environnement, 29
Génogramme, 251
George et Solomon, 62
Georgieff et Speranza, 58
Gesell Arnold, 12, 18
Ghosts In The Nursery, 250
Ghréline, 235
Gibello Bernard, 15
Global Rating Scale, 86

Goal corrected partnership, 54
Goguikian-Radcliff, 30
Golse Bernard, 11
Grande sensibilité au bruit, 239
Greenberg, 55, 126
Greenspan Stanley, 243
Grief, 263
Grollemund Bruno, 230
Grossesses gémellaires, 191
Groupe, 54, 260
– des indépendants britanniques, 22
– parents-bébé, 255, 257
– thérapeutique, 254
– – pour jeunes enfants, 260
Guedeney, 126
– Antoine, 11
– Nicole, 72, 73
Gueix Germaine, 103
Guidance
– de développement, 268
– développementale, 169
– interactive, 30, 217, 246
Guyotat Jean, 240

H

Haine contre le fœtus, 186
Handicaps d'origine périnatale, 197
Handling, 24
Hard to reach families, 251
Héréditaire, 112
Hermann Himre, 5
Hervé Marie-José, 73
Herzog James, 132
Heuyer Georges, 9
Hilflosigkeit, 22
Holding, 24, 251
Holmes Jeremy, 22
Hôpital Hérold, 16
Hospitalisation conjointe en unité mère-bébé, 218
Hospitalisme, 4
Houdé, 20
– et Leroux, 28
Howes, 46
Hubin-Gayte, 112
Hyperadaptation, 202, 216
Hyperphagie, 235, 236
Hypersensible, 105
Hypertension gravidique, 199
Hypervigilance, 119, 216, 227
Hyposensible/Sous-réactif, 105
Hypothalamus, 235
Hypotonie
– du nouveau-né, 114
– majeure, 235
– néonatale, 235

I

ICD-10, 102
Ici et maintenant, 245
Idéalisation, 209
Identité de genre, 30
Imagerie fonctionnelle, 17
Imitation néonatale, 39
Impact des facteurs psychosociaux sur le sommeil de l'enfant, 156
Impingement, 24
Incredible Years, 125
Indice, 100
– de stress, 35, 51
– – parental, 100
– d'hétérogénéité du développement, 94
Infancy In Uganda, 8
Infant Temperament Questionnaire, 114
Influence sociale dans le développement, 19
Inhibition, 33
Insightfulness assessment (IA), 257
Instinct du langage, 41
Institut
– de puériculture de Paris (IPP), 11, 12
– Lóczy, 14
Instituteur, 12
Intégration fonctionnelle, 15
Intelligence artificielle, 40
Interactions
– effrayantes/effrayées, 227
– gènes-environnement, 17
– parents-bébé, 243
– père-bébé, 124
– précoces, 42
Interprète, 76
Interruption
– médicale de grossesse, 183
– volontaire de fantasme, 175
Intersecteur de psychiatrie infanto-juvénile, 10
Intersubjectivité, 18
Interventions étiologiques futures en périnatalité, 236

Inventaire
– de développement, 95
– de symptômes, 80
– des difficultés relationnelles, 106
Inversion des rôles, 227
Irritabilité, 119
Itard Jean, 3
ITSEA/ESEJ, 97

J

Jardri Renaud, 36
Jeu
– familial filmé, 227
– libre, 208
– post-traumatique, 118
– triadique de Lausanne (LTP), 89
John à la nurserie, 263
Journal d'un bébé (Stern D), 31
Journal du développement d'un bébé (Darwin C), 20

K

K-ABC II, 95
Kanner Léo, 5, 13, 145
Klein Mélanie, 6
Koupernik Cyrille, 3
Kubichek et Emde, 18
Kumar Ramesh « Channi », 214
Kwashiorkor, 13, 131

L

Lacan Jacques, 12, 21
Lamour Martine, 11, 214
Langue
– des signes, 261
– maternelle, 247
Larroque, 115
Launay Clément, 5, 16
Le Foll Julie, 224
Le Vaux, 230
Lebovici Serge, 9, 10, 77
Lemoine Pierre, 231
Levy David, 4
Lévi-Strauss Claude, 31
Lieberman Alicia, 243
Lieu
– d'accueil parents-bébé, 259
– de l'évaluation, 79
Lorenz Konrad, 49

M

Macro-rythmes, 34, 56
M-ADBB, 134
Maestro Sandra, 146
Mahler Margaret, 24
Main Mary, 8
Maintien du contact, 88
Maison Verte, 259
MAKATON, 259, 261
Mâle Pierre, 9, 124
Maltraitance psychologique, 226
Manque d'initiative, 44
Mäntymaa Mirjami, 82
Manzano Juan, 214
Marcelli Daniel, 11, 56
Marvin Robert, 263
Massage, 262
Maturation, 15, 18
McHale John, 228
McDonough Susan, 245
M-CHAT, 148
Meaney Michel, 29
Médecin scolaire, 79
Méfiance, 251
Mélatonine, 154
Meltzoff et Borton, 31
Mémoire, 33
– déclarative, 117
– implicite, 117
– procédurale, 117
Mémorisation, 117
Menace d'accouchement prématuré, 199
Mentalisation, 54, 205
Mère schizophrène, 216
Mérycisme, 109, 167
Méta-analyse, 42
Méthode dite kangourou, 161, 262
Micro
– analyse
– – des comportements, 146
– – en vidéo, 17
– délétion, 239
– des comportements, 146
– observation vidéoscopique, 59
– retrait, 129
– rythmes, 56
Milgrom Jeannette, 244
Mindfulness, 205
Mini-crises du développement, 169
Minnesotta Attachment Longitudinal Study, 8
Minuchin Salvador, 228
Mode de régulation des émotions, 112

Modèle
– animal, 129
– écologique du développement, 32
– épigénétique, 29
– interne opérant (MIO), 250
Modes de début, 145
Module préinstallé, 41
Molteno Christopher, 37, 231
Moment présent, 75
Monica, 130
Moro Marie Rose, 11
Mort subite inexpliquée du nourrisson, 156
MSDD, 104
Muller-Nix Elisabeth, 195
Multifinalité, 40
Murray Lynne, 34

N

Nacht Sacha, 10, 15
Nadel Jacqueline, 20
Nagera Umberto, 29, 32, 112
Nathan Tobie, 11
Neonatal Brazelton Assessment Scale (NBAS), 93
Neonatal Individualized Development Care and Assessment Program, 93
Néonatalogie, 190
Neuroleptiques, 158
Neurones miroirs, 56, 58
New York Longitudinal Study (NYLS), 113
NIDCAP, 93
Niveau d'activité, 225
Notion
– de période sensible, 38
– de relation d'objet, 22
Nursery de Hampstead, 4

O

Observation
– du bébé, 20, 84
– – directe, 84
Ocytocine, 63, 235
Olds David, 268
OLIMPE (étude), 190
OMS, 6, 13, 102
Opposant et provocant, 105
Organisateurs de Spitz, 22
Orthophonie, 16
– de communication, 260
Ouragan Katrina, 117
Outils
– d'évaluation, 78
– du dépistage précoce de l'autisme, 148
Ozonoff Sally, 146

P

Palacio-Espasa Francisco, 243
Pandysmaturation, 216
Paradigme
– du parent terrifié/terrifiant, 53
– expérimental, 87
Paralysie cérébrale, 192
Parens Henri, 23
Parentalité, 243
Parent-Child Early Relational Assessment (PCERA), 90
Parentification, 227
Parenting Stress Index, 100
Parents immigrés, 247
Partenariat corrigé quant au but, 54
Paternité, 218
Patterns d'interactions, 14
PECS, 259, 261
Pédagogie adaptée, 3, 232
Pénétrance, 230
Perception amodale, 39
Période
– sensible, 43
– – pour le développement de l'intersubjectivité, 136
Permanence de l'objet, 19
Petits groupes de jeunes enfants, 262
Peur, 119
– de l'étranger, 50
Phase prégénitale, 22
Phénotype comportemental, 231, 240
Phéromones apaisantes, 116, 161
Phobie spécifique, 105
Piaget Jean, 19
Pica, 163, 167
Pichon Édouard, 10, 16
Pinker Steven, 41
PIR-GAS, 106
Placement, 218, 273
– familial, 14
Planification du suivi thérapeutique, 81
Plasticité cérébrale, 37
Pleurs excessifs du nourrisson, 115
Point de vue
– béhavioriste, 28
– constructionniste, 28

– empirique, 28
– génétique, 21
– structural, 21
Pointage protodéclaratif, 44
Points forts de Brazelton, 246, 266
Policlinique du boulevard Ney, 12
Population «tout venant», 121
Post Traumatic Stress Disorder (PTSD), 103, 118
Pré-entretien, 73
Préhistoire des parents, 250
Prématurés, 93
Prématurité, 152, 232
– modérée, 190
– tardive, 190
Premier placement familial spécialisé, 12
Première
– consultation sans rendez-vous, 260
– proto-phrase, 151
– rencontre, 72
Préoccupation maternelle primaire, 63
Preschool Age Psychiatric Assessment (PAPA), 70
Prescription de psychostimulants, 121
Prévalence générale du retard mental, 237
Prévention, 43
Problèmes
– d'externalisation, 96
– d'internalisation, 96
Profil
– de l'enfant, 94
– sensoriel de Dunn, 261
Programme
– de développement, 18
– hospitalier de recherche clinique (PHRC), 265
– médical statistique informatisé (PMSI), 102
Pronostic, 78
Protection
– de l'enfance, 273
– maternelle et infantile (PMI), 209, 270
Protodyssomnie, 105
Proximité, 46
Psychiatrie de liaison, 166
Psychologie
– génétique, 15
– scolaire, 16
Psychologue scolaire, 79
Psychomotricité, 9, 260
Psychopathologie, 19
– du jeune enfant, 3
Psychothérapies parents-bébé, 243, 252
Puéricultrices de PMI, 267

Q

Q-Sort, 143
Questionnaire, 100
– parental de dépistage, 80
Quotients de développement, 94

R

Rabouam, 89
Ramchandani et Murray, 124
Rathbun, 132
Réaction
– de deuil/chagrin prolongée, 105
– de sursaut, 119
Reactive attachment disorder (RAD), 136
Réactivité émotionnelle négative, 225
Recherche, 105
– Action, 276
– de proximité, 88
– de stimulation, 112
– – sensorielle, 105
– simultanée de proximité et fuite, 53
Recontextualiser, Résumer, Reformuler, Répéter, 74
Référence sociale, 50, 138
Reflective functioning, 205
Réflexes archaïques, 160
Refus alimentaire, 166
Regard
– d'un bébé, 65
– radar, 141
Régulation
– des émotions négatives, 54
– du stress, 29, 53
– émotionnelle, 205
– physiologique, 112
– sensorielle, 69
Reischman, 130
Relation d'objet, 22
Relational Problem Checklist, 106
Réparation
– des erreurs interactives, 35
– des interactions précoces, 129
Réponse rapide et adéquate, 227
Représentation
– d'interaction généralisée, 24

– maternelle, 202
– mentale de la séparation, 54
Réseau, 218
Résilience, 130
– et facteurs de risque, 19
– face à l'abus, 42
Résistance, 88
Résistant, 89
Responsivité (*Responsiveness*), 227
Restitution, 72, 264
Restriction de la gamme des affects, 119
Retard
– de croissance, 131, 169
– de parole et de langage, 230
– mental, 237
– staturo-pondéral, 130
Retrait
– relationnel, 208
– – durable, 44
– social, 119
Retrouvailles, 49
Réussite scolaire, 230
Réveils nocturnes, 105, 155, 156
Risperdal, 121, 235
Robertson James et Joyce, 7, 142, 263
Robert-Tissot Christiane, 263
Rochat, 20
Rôle pédagogique de l'adulte, 19
Ruptures du lien d'attachement, 142
Rutter, 124
Rythme veille/sommeil, 154
Rythmies du sommeil, 155

S

Saias Thomas, 269
Salle d'attente, 73
Sameroff Arnold, 19, 29, 32
Sauvage Dominique, 146
Scheer et Dunitz, 169
Schèmes d'action, 21
Schizophrénie maternelle, 214
Schmale, 131
Schmit Gérard, 11
Second entretien, 77
Sécrétion circadienne de mélatonine, 234
Secrets, 251
Sécure, 89
Seguin Édouard, 16
Seeing is Believing, 125
Seligman Stephen, 267
Sens de soi, 18
Sensibilité maternelle, 61
Sentiment de sécurité, 47
Séparations répétées, 217
Séquence
– de jeu filmée et visionnée, 245
– interactive symptomatique, 245
Serpa-Rusconi Sandra, 245
Sibertin-Blanc Daniel, 11
Signalement, 273
Signaux d'alarme, 43
Sirol François 265, 181, 183,186
Situation
– de face-à-face, 86
– dite de Crowell, 89
– étrange, 7
Skeels Harold, 4
Skinner, 28
Slade Arietta, 243
Sociabilité, 112
– indiscriminée, 59, 233
Soins maternels et santé mentale, 6
Sokol, 233
Soulé Michel, 10, 77
Sourire, 48
– social, 19
Souvenirs récurrents et intrusifs, 118
Spasmes du sanglot, 109
Spécificateur, 103
Spelke Elisabeth, 20
Spirale interactive, 29, 114
Spitz René, 5
Sroufe Alan, 8
Stade, 22
– du miroir, 21
– et repères maturatifs, 19
Steps Toward Effective, Enjoyable Parenting (STEEP), 246
Stern Daniel, 20, 31, 56, 263
Still Face, 35, 59, 208
Stock
– de fer, 121
– lexical, 151
Stoléru Serge, 59, 93
Stratégie
– de désactivation, 51
– de maximisation, 52
Stress, 46
– de l'alimentation, 161
Succion non nutritive, 35

Suivi
– psychologique, 230
– stomatologique, 230
Supervision, 264, 269
Sutter-Dallay Anne-Laure, 217
Sydenham, 167
Symptômes, 71
– externalisés, 225
– internalisés, 225
Synaptognenèse du fœtus, 231
Synchronisation, 35
Syndrome, 71
– alcoolique fœtal, 37, 231
– d'Angelman, 240
– de Di George, 239, 241
– de l'X fragile, 237
– de Miller-Dieker, 241
– de Prader Willi, 235, 240
– de Rett, 238
– de Smith-Magenis, 154, 234, 240
– de stress post-traumatique, 105, 225
– de Williams-Beuren, 239, 240
– génétique, 229
– micro-délétionnel, 229
– post-traumatique, 161
– – précoce, 143
– vélo-cardio-facial, 239, 241
Synthèses cliniques, 256
Système
– d'aide à la communication sociale, 261
– Fierté-Honte, 129
– motivationnel, 62

T

Tabagisme maternel pendant la grossesse, 124
Table rase, 28
T-ACE, 233
Tardieu, 95
Taux
– de redoublement, 193
– de survie, 192
TCA, 160
TDAH, 121, 193, 206
Technique des 4 R, 74
Tempérament
– dit " difficile ", 113
– dit " facile ", 113
Tereno Susana, 270
TESD, 138
Test de Mc Arthur, 120
The Observer®, 35
Théorie
– de l'esprit, 19, 56
– de l'étayage, 6
Thérapie
– à domicile, 251
– brève d'orientation psychanalytique, 247
– par le jeu, 119
Thomas et Chess, 112
Technicien(ne) d'intervention sociale et familiale (TISF), 203, 209, 217, 223
Tourette et Guedeney, 84
Tourrette Catherine, 72
Traitement
– de l'ESPT chez le jeune enfant, 119
– parents-bébé, 244
Traits autistiques, 238
Transfert
– bureaucratique, 267
– sur l'institution, 259
Transmission, 169
– intergénérationnelle, 89
TRAPE, 137
– avec l'âge, 138
Travail en réseau, 270
Tremblay Richard, 122
Trevarthen Colwyn, 20, 32, 34, 56
Triple P, 125
Tronick Edward, 35, 263
Trouble, 218, 240
– affectif, 105
– alimentaire, 111, 160, 164, 166
– – associé à un trouble somatique, 166
– – lié à la réciprocité parents-bébé, 164
– – lié à la régulation des états d'éveil, 164
– – lié à une atteinte de l'appareilgastro-intestinal ou à l'oropharynx, 166
– – par difficulté de réciprocité parent-enfant, 105
– – par difficulté de régulation, 105
– angoisse de séparation, 105
– anxieux
– – de la petite enfance, 105
– – généralisé, 105
– – non autrement spécifié (NAS), 105
– attentionnel, 158
– bipolaire, 217
– de la base de sécurité, 140
– de la personnalité borderline, 204
– de la régulation, 104
– de la relation et de la communication, 105
– de la sociabilité indiscriminée, 124

– de l'ajustement, 105
– de l'attachement, 141, 258
– – avec accrochage et exploration inhibée, 141
– – avec mise en danger, 141
– – avec renversement des rôles, 141
– – avec vigilance et compliance excessives, 141
– de l'attention, 206
– de l'endormissement, 105, 155
– de l'engagement, 138
– de l'engagement social, 59
– de l'intégration sensorielle, 104
– – désinhibé, 59
– déficit de l'attention avec hyperactivité, 193
– dépressif NAS, 105
– dit fonctionnel du nourrisson, 108
– du comportement, 111, 160, 225
– – alimentaire, 105
– – de sommeil, 111
– du développement, 150
– – psychomoteur, 240
– du langage, 150
– du sommeil, 96, 105
– du spectre autistique (TSA), 194
– externalisé, 120
– lié à la carence et à la maltraitance, 105
– mixte de l'expression émotionnelle, 105
– multi-système du développement, 104
– oppositionnel avec provocation (TOP), 120, 123
– ORL, 155
– psychique
– – chez le père, 218
– psychomoteur, 15
– psychotique, 213
– réactionnel, 136, 137
– – de l'attachement, 136
– – de l'attachement de la petite enfance, 137
– social désinhibé, 138
– somatique, 96
Type
– A Évitant, 51
– B Sécure, 51
– C ambivalent résistant, 52
– D attachement désorganisé, 52
– désinhibé, 136
– inhibé, 136

U

Unité
– de jeunes enfants, 14
– mère-bébé, 273
Urbain-Gauthier Nadine, 112

V

Veau Victor, 16
Vécu contre-transférentiel, 209
Viaux-Savelon Sylvie, 92, 240
Victor, 3
Video Intervention for Positive Parenting (VIPP) , 125, 246
Vidéo, 246
– *feedback*, 210
– parents-bébé, 34
Vidéoscopie en thérapie parents-jeune enfant et en prévention, 263
Vigotsky Lev, 19, 121
Violence
– conjugale, 225, 226
– des parents, 43
Visage immobile, 35, 59
Visites à domicile périnatales, 266
Von Bertallanfly, 28

W

WAIMH, 13
WAIPAD, 13
Wallon Henri, 16
Watch, Wait and Wonder, 246
Waters Everett, 8, 143
Watillon-Naveau Annette, 248
Watson, 20, 28
Wechsler, 95
Wendland Jaqueline, 80, 112
Widlöcher Daniel, 9, 12, 32
Wilson, 123
Winnicott Donald, 4, 214
World Association for Infant Psychiatry and Allied Disciplines (WAIMH), 11
WPPSI, 95
WWW, 246

X

X fragile chez les filles, 238

Z

Zazzo René, 9
Zeanah Charles, 72, 104
Zero To Three (ZTT), 103
Zone proximale du développement, 21

473420 – (I) – (1,1) – OSB80

Elsevier Masson S.A.S
62, rue Camille-Desmoulins
92442 Issy-les-Moulineaux Cedex
Dépôt Légal : Octobre 2014

Composition : Thomson Digital (Mauritius) LTD

Imprimé en Pologne par Dimograf