

SIGNES D'ALERTE ET PRISES EN CHARGE
DES TROUBLES PRECOCES
DU DEVELOPPEMENT PSYCHIQUE DE L'ENFANT



Docteur Laurence CARPENTIER,
Pédopsychiatre, Médecin Chef de Secteur

Pôle Sanitaire ARSEAA
Centre de Guidance Infantile - Secteur de Psychiatrie Infanto-Juvenile N°III

Juin 2012

LE DEVELOPPEMENT PSYCHIQUE DU NOURRISSON

- A l'entrecroisement du patrimoine génétique et biologique de l'enfant, de son vécu, de son environnement relationnel.

L'interaction parents/enfant est un facteur essentiel du développement

- ✓ d'une façon directe
- ✓ par l'interaction gène/environnement, (épigénétique).

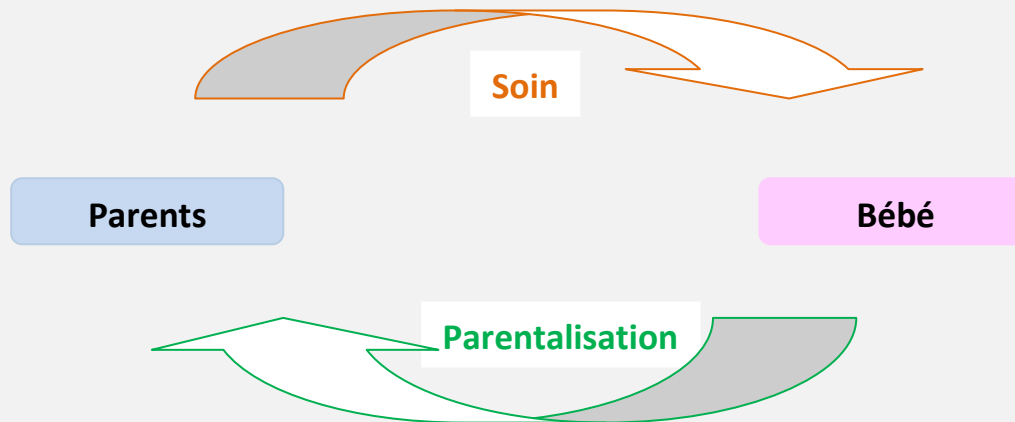
- Le développement psychologique se sépare de façon artificielle en diverses dimensions : développement moteur, développement perceptif, développement cognitif, acquisition des connaissances, apprentissage, développement du langage et de la communication, développement de l'échange affectif, développement de l'attachement, stades de l'élaboration psychique interne comme le stade oral, phallique, génital...

Ces dimensions sont interdépendants les unes les autres.

- Existence d'une vie psychique anté-natale

▪ Après la naissance, le rôle essentiel des interactions

- un processus bidimensionnel



- Un ensemble d'interactions qui répond aux besoins du bébé
 - ✓ Interactions comportementales (visuelles, vocales, corporelles, cutanées...)
 - ✓ Interactions affectives
 - ✓ Interactions imaginaires et fantasmatiques :
- Un attachement sécure facilitant un développement affectif
- Une sécurité de base qui permet la séparation individuation

Il est indispensable de « bien s'attacher » pour bien « se détacher ».

UN FACTEUR DE RISQUE MAJEUR : LA PREMATURITE ET DES TRAUMATISMES PERINATAUX

- La prématurité même modérée, les avatars périnataux même sans gravité somatique constituent des risques majeurs d'entrave au développement psychique
- Même en l'absence de lésions neuromotrices avérées ou sensorielles
 - ✓ *Troubles à expression somatique (troubles alimentaires, du sommeil, du sanglot, encoprésie...)*
 - ✓ *Difficultés psychomotrices*
 - ✓ *Retard de langage, retard d'apprentissage, retard cognitif voire déficience légère*
 - ✓ *Peurs, phobies, anxiété*
 - ✓ *Inhibition, timidité excessive*
 - ✓ *Difficultés de séparation, difficultés d'endormissement*
 - ✓ *Angoisses archaïques, angoisses corporelles à l'origine de crises.*
 - ✓ *Surreprésentation des problèmes conjugaux.*
 - ✓ *Surreprésentation des enfants maltraités.*

Un facteur de risque majoré ou minoré par la qualité de l'interaction parents/bébé ; non lié à la gravité de la prématurité ou du problème somatique

	Prématurés	A terme	Comparaison QD
1 pattern coopératif <i>Mères sensibles aux besoins des bébés : coopération active</i>	28 %	68 %	QP1 = QT1
2 pattern pathologique <i>Mères dans le contrôle : Compliance forcée</i>	28 %	12 %	Qp2 < QT2 < QP1
3 entre les 2 pôles	44 %	20 %	

Les difficultés propres au bébé

Les données génétiques et biologiques

Le traumatisme de la prématurité : détresse somato-psychique

Le prématuré : un partenaire interactif malaisé

Du côté des parents

Une expérience douloureuse souvent traumatique marquée par :

- Une angoisse très envahissante
- Une culpabilité
- Une blessure narcissique
- Une certaine ambivalence

Un vide représentationnel.

Un impact différent selon l'histoire de chacun.

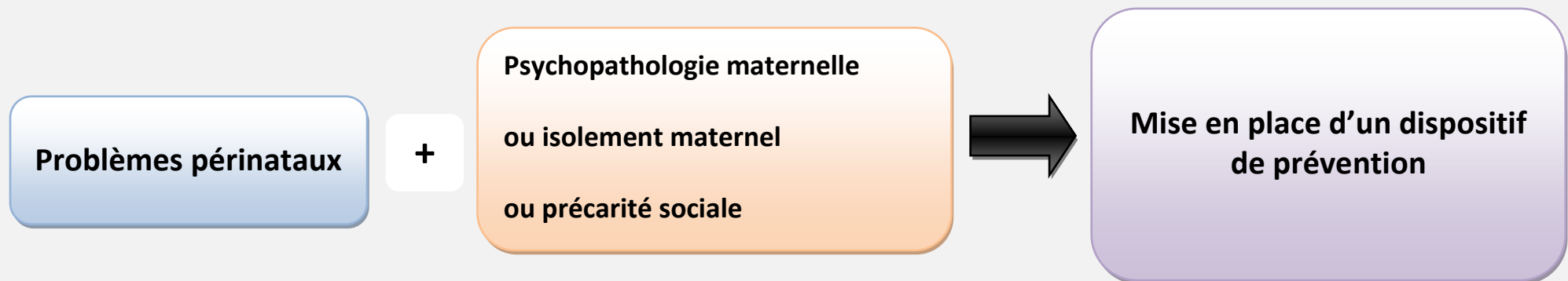
Une détresse parentale persistante qui peut s'exprimer sur plusieurs registres ;

- ✓ Anxiété parentale
- ✓ Stress post-traumatique

Les conséquences sur le lien avec l'enfant.

AUTRES FACTEURS AYANT UN IMPACT SUR LA CONSTITUTION DU LIEN

- Pas de déterminisme environnemental mais l'accumulation de facteurs de risque est prédictive d'un risque très fort de troubles psychopathologiques.
- Leur repérage est une nécessité. Il permet la mise en place d'actions préventives.
- Ils sont divers :
 - Facteurs ayant un impact autour du vécu de prématurité
 - Qualité de l'entourage
 - Fragilité psychique maternelle, éventuelle psychopathologie (attention au RCIU)
 - Précarité sociale



TROUBLES DU LIEN / ATTACHEMENT INSECURE

ATTACHEMENT SECURE

- adéquation relationnelle parents/bébé, recherche de réconfort. Dès 4/5 mois proteste

ATTACHEMENT INSECURE : bébés plus exposés à la psychopathologie

- Attachement évitant : absence de protestation à la

**ATTACHEMENT
DESORGANISE : bébé figé, en
retrait.**
URGENCE CLINIQUE

1- Repérage de ces troubles du lien

- ✓ Observation de la dyade mère-enfant (ajustement tonico-postural ; recherche de réconfort ; attitude maternelle : regard, prosodie, attention...)
- ✓ Interrogatoire de la mère : a-t-elle l'impression de comprendre le bébé ? Lui paraît-il étranger (internet) ? Se sent-elle dépassée, excessivement fatiguée ? Quelle est l'attitude du bébé lors des séparations et des retrouvailles ?

2- Conduite à tenir devant les troubles du lien

- ✓ Pas de troubles du développement, pas de psychopathologie chez la mère, un nombre limité de facteurs de risque : SURVEILLANCE
- ✓ troubles du développement : retard psychomoteur, sans signe de retrait relationnel, absence de psychopathologie maternelle : PSYCHOMOTRICITE
- ✓ Retrait relationnel, psychopathologie maternelle, facteurs de risques majeurs : EQUIPE PLURIDISCIPLINAIRE

3- Troubles précoces à risque d'autisme

Les enfants présentant une histoire néonatale perturbée sont particulièrement vulnérables au risque autistique.

Ex : Hôpital de jour les Bourdettes, 1/3 des enfants suivis ont une histoire néonatale perturbée, la quasi-totalité ont des facteurs de risques associés.

Mode d'entrée dans les TSA : progressif, en rupture ou fluctuant.

Problématiques d'attachement et TSA :

- ✓ Attachement entre les parents et l'enfant porteur de TSA est souvent sécuritaire.
- ✓ Troubles de l'attachement et TSA peuvent s'associer
- ✓ Chez le tout petit une sémiologie voisine dans les cas externes (carences dépression essentielle du NN)

4- Développement typique de la socialisation et de la communication et signes d'alarme du développement psychologique précoce (TSA, attachement désorganisé, dépression, handicap sensoriel, douleur interne et durable, retard mental)

ECHELLE

⇒ **0-3 semaines** Fixation du regard et Intérêt pour les visages

⇒ **6 semaines-3 mois** Sourire réponse

⇒ **3-6 mois** Sourire sélectif

⇒ **7-8 mois**

Répond à son prénom

Répond aux bras tendus de l'adulte en tendant vers lui les mêmes bras

⇒ **10-12 mois** Dit « papa maman » de façon appropriée

⇒ **15 mois**

Regarde quand on s'adresse à lui

Tend les bras pour qu'on le prenne

Manifeste une attention conjointe (partage d'intérêt et d'activité)

Fait preuve d'imitations sociales (ex : sourire social réciproque)

Fait au revoir de la main

Répond régulièrement à son prénom

Répond à un ordre simple

Dit « maman » et « papa »

⇒ **18 mois** (tous les items précédents plus les suivants)

Désigne les parties de son corps

Joue

Dit quelques mots / Montre les objets

Regarde quand on lui désigne les objets

⇒ **24 mois** (tous les items précédents plus les suivants)

Utilise des mots-phrases

Imite les activités de travaux ménagers

Manifeste de l'intérêt pour les autres enfants

5- Signes d'alerte devant faire rechercher un autisme

I. Les inquiétudes des parents

LES SIGNES D'ALARME

du développement psychologique précoce sont les suivants

⇒ **3 mois**

Pas de sourire

Retrait relationnel durable (>2 semaines)

Trop sage, dort trop

Pas de babill

⇒ **7/8 mois**

Pas d'angoisse de l'étranger

⇒ **10/12 mois**

Porte les choses constamment à la bouche

Manque d'imitation

⇒ **Après 3 mois**

Difficultés dans les transitions entre les états

Difficultés à se calmer seul

Colère intenses et répétées

⇒ **18 mois**

Pas de pointage protodéclaratif

Pas de faire semblant

Toute interruption du développement du langage et de la communication

- II. **Communication**, difficultés dans l'accrochage visuel, absence de babil : perturbations dans le développement du langage, utilisation inappropriée du langage, peu de réponses quand on l'appelle par son prénom, déficits dans la communication non verbale.
- III. **Socialisation** : manque d'imitation, ne montre pas les objets à l'adulte, difficultés dans l'attente conjointe, manque d'intérêt pour les autres enfants ou intérêt inhabituels, difficultés à reconnaître les émotions d'autrui, restriction des jeux imaginatifs en particulier, dans son monde, n'initie pas des jeux simples ou ne participe pas à des jeux sociaux imitatifs, préfère les activités solitaires, relation étrange avec les adultes (indifférence ou familiarité excessive),.
- IV. **Intérêts, activités et autres comportements** : hypersensibilité tactile ou auditive, maniérisme moteur, balancements, agressivité, conduites oppositionnelles, résistance aux changements, activités répétitives avec les objets (par exemple pour les aligner ou éteindre/allumer la lumière).

⇒ Signes d'alerte absolue

- ✓ Absence de babillage, de pointer ou d'autres gestes sociaux à 12 mois.
- ✓ Absence de mots à 18 mois.
- ✓ Absence d'association de mots (non écholaliques) à 24 mois.
- ✓ Perte de langage ou de compétences sociales quel que soit l'âge.

CONDUITES A TENIR

- Signe d'alerte absolue → orientation vers une spécialité ou un service spécialisé
- Si facteurs de risque multiples → orientation vers un service pluridisciplinaire
- L'existence de retard (moteur, psychomoteur, langage) ne doit pas faire orienter systématiquement vers des rééducations mais impose une évaluation des difficultés de la relation et de la communication.
- Signes d'alerte ADBB, au CHAT → revoir l'enfant tous les mois.

6- Les aides au diagnostic

NE PAS HESITER A DEMANDER UN AVIS SPECIALISE

Inquiétudes parentales :

- ✓ Sensibilité : 80 %
- ✓ Spécificité (troubles du comportement) : (70 %)

CHAT pour les TSA :

- ✓ Sensibilité : 38 %
- ✓ Spécificité : 97 %

Meilleure sensibilité pour différencier TSA et retard mental, chez des enfants de 2 à 3 ans avec 2 passations à un mois d'intervalle.

ADBB (alarme détresse bébé)

- ✓ Sensibilité 85 %
- ✓ Spécificité 50 % pour les TSA avec un seuil d'alarme à 5... mais les enfants étant à ce seuil relèvent d'un soin.

Instrument de dépistage précoce, du retrait, non spécifique.

Pour les nourrissons de 2 à 24 mois.

8 items avec des notes allant de 0 (pas d'anomalie) à 4 (anomalies sévères). Toute note au-delà de 5 relève d'une prise en charge.

- 1) **Expression du visage.** Diminution de l'expressivité du visage
- 2) **Contact visuel.** Diminution du contact visuel
- 3) **Activité corporelle.** Diminution de la mobilité de la tête, du torse et des membres, sans prendre en compte l'activité des mains et des doigts.
- 4) **Gestes d'automutilation.** L'enfant se centre sur son corps (doigts, mains, cheveux, succion du pouce, frottements répétitifs, d'une manière automatique, sans plaisir, et de façon apparaissant détachée du reste de son activité.
- 5) **Vocalisations.** Diminution des vocalisations, qu'elles traduisent le plaisir (gazouillis, rire, babil, lallations, cris aigus de plaisir), mais aussi de déplaisir, d'anxiété ou de douleur (cris, geignements et pleurs)
- 6) **Vivacité de la réaction à la stimulation.** Diminution de la vivacité de la réaction à la stimulation, au cours de l'examen (sourire, voix, touché). Note : ce n'est pas l'ampleur de la réponse qui est évaluée ici, mais le délai de la réponse.
- 7) **Relation.** Diminution de l'aptitude de l'enfant à entrer en relation, avec l'observateur, l'examineur ou toute personne présente dans la pièce, excepté celle qui s'occupe habituellement de l'enfant. La relation est évaluée par le comportement, le contact visuel, la réaction aux stimulations.
- 8) **Attractivité.** Effort d'attention nécessaire pour rester en contact avec l'enfant, et sentiment de plaisir ou d'inquiétude que procure le contact avec l'enfant.

Grille téléchargeable

PRISE EN CHARGE DES TROUBLES PSYCHOPATHOLOGIQUES PRECOCES

Une dyade voire triade parent-enfant singulier...un soin singulier. PAS DE PROTOCOLE.

→ **Construction du projet de soin à partir de l'évaluation centrale :**

- ✓ Evaluation de l'enfant : développement, compétences, angoisses etc.
- ✓ Evaluation de l'ajustement relationnel parent(s)-enfant
- ✓ Recherche de facteurs de risques associés

→ **Le bébé : un individu « non individualisé » dans une indifférenciation initiale somato-psychique.**

3 dimensions :

- ✓ Soutien du développement du bébé
- ✓ Etayer le lien parent-enfant
- ✓ Prendre en compte le moi corporel, préalable du moi psychique.

→ **Risques de troubles de l'attachement, difficultés psychomotrices sans retrait relationnel avéré en particulier pour les enfants prématurés.**

- ✓ Médiation psychomotrice éventuellement en groupe
 - « Réparer » ou favoriser l'éprouvé corporel du bébé
 - Etayer la construction du lien parent-bébé
- ✓ Eventuellement association à un lien de paroles pour les parents.

→ **Situations socialement précaires (intérêt du travail à domicile)**

→ **Bébés à risque autistique (modalités diverses selon l'âge ; parents au cœur du dispositif).**

→ **Travail en réseau : PMI – Crèches**

→ **Eventuellement une orientation des parents vers des dispositifs de soin. Résultats probants.**