

Rapport d'expertise
Demandé pour le Conseil Scientifique de l'ONE

La santé mentale chez l'enfant

● Coordonné par le Dr Dechamps
En collaboration avec :

- L'équipe du Pr Mercier (FUNDP)
- L'équipe du Pr Gauthier (ULG)
- L'équipe du Pr Appelboom (ULB)
- L'équipe du Pr Charlier (UCL)



RAPPORT DU CONSEIL SCIENTIFIQUE

Concernant une étude sur les pathologies mentales du nourrisson et leur prévention dans le but de promouvoir en 2007-2008, une étude d'intégration du ou des outil(s) sélectionnés à utiliser en consultation, étude préalable à leur éventuelle application à l'ensemble des consultations.

Le groupe d'experts est composé par les professeurs :

- Mme APPELBOOM – pédopsychiatre ULB (assistée de Mme Camus et Mme Soncarrieu)
- Mme CHARLIER – pédopsychiatre UCL (assistée de Mme Charles)
- Mr GAUTHIER – pédopsychiatre ULG (assistée de Mme Delamotte)
- Mr MERCIER – psychologue FUNDP (assistée de Mmes Delhaxhe et Berrewaerts)

Ainsi que par Mr De Jonghe, du service Etudes de l'ONE et de Mme Mauroy, médecin coordinateur de l'ONE.

La coordination est assurée par Mr Dechamps – neuropédiatre.

Le groupe s'est réuni à 5 reprises.

Les experts ont par ailleurs étudié et rédigé individuellement des parties de l'étude :

- Clinique des enfants à risque et suivi : Ucl
- Revue des outils de dépistage et formation des intervenants : Ulb
- Analyse statistique : Ulg
- Utilisation du réseau : Fundp

Préalable

Un des a priori qui ont abouti à ce présent rapport est que nous devons considérer la santé logistique de l'enfant, dans ses aspects somatiques, psychiques, relationnels et environnementaux.

Cette démarche s'inscrira en complément de toutes les actions de promotion de la santé mentale du nourrisson (soutien à la parentalité, bienveillance, établissement d'un lien de qualité, attention particulière aux familles vulnérables).

Elle ne remplacera pas l'écoute bienveillante, le dialogue singulier, l'observation clinique personnalisée.

Elle ne vise pas la seule détection de troubles comportementaux pouvant mener à une déviance sociale mais s'inscrit dans un cadre de médecine préventive touchant la santé mentale dans son ensemble, devant permettre après un diagnostic précoce, une prise en charge d'autant plus efficace, un traitement personnalisé permettant de réduire voire de supprimer la symptomatologie et les séquelles éventuelles à moyen et long termes.

L'ONE jusqu'à maintenant s'est principalement investi dans le domaine somatique et le domaine relationnel.

La santé mentale du nourrisson est l'objet depuis quelque temps d'une réflexion au sein du Collège des pédiatres et de quelques initiatives parmi lesquelles il faut signaler l'invitation du Professeur Guedenay, pédopsychiatre français, ayant notamment mis au point l'échelle « Alarme Détresse Bébé », avec une première application limitée de cette échelle dans la subrégion du Luxembourg ainsi qu'une tentative un peu plus élaborée d'utilisation de la même échelle en subrégion Namuroise.

Suite à quoi, avec quelques membres du Conseil Scientifique, il a été suggéré de rendre un rapport d'opportunité sur l'utilité de mettre en évidence dans les consultations de nourrissons les éventuels symptômes de psychopathologies.

Une des premières considérations émises par rapport à une telle éventualité est celle de l'aspect éthique. Faut-il considérer que les usagers des consultations doivent être systématiquement informés du fait que nous utilisons éventuellement des échelles adaptées pour mettre en évidence des troubles psychologiques ou psychiatriques ? Et si oui comment ?
La question vaut d'être posée.

Une réflexion doit être menée également sur l'utilisation d'outils quant à l'adéquation aux bonnes pratiques en matière de dépistage.

Encore faut-il s'entendre sur ce terme de dépistage.

On peut distinguer les dépistages « opportunistes individuels » réalisés dans le cadre de la consultation individuelle et des dépistages « de masse » organisés dans le cadre d'un programme vers une population plus ou moins ciblée. Il faut que les affections dépistées soient curables et que la détection précoce de l'affection permette une prise en charge plus efficace. Par ailleurs, les bénéfices doivent être supérieurs aux inévitables effets indésirables et ce pour des raisons éthiques évidentes. L'annonce d'un trouble psychologique ou mental chez le nourrisson, qu'il soit suspecté ou affectif, peut avoir des effets pervers.

Il est impératif d'éviter l'éventuelle méfiance que l'utilisation de tests en santé mentale pourrait faire naître vis à vis de l'ONE.

Elaboration

Une large revue de la littérature à étudier.

- Les principales psychopathologies de l'enfant de 0 à 3 ans, leurs fréquences, leurs symptômes.

Dans la présentation, nous nous sommes volontairement limités à l'enfant de 0 à 30 mois compte tenu qu'à partir de cet âge apparaissent d'autres registres de pathologie mentale et que par ailleurs tant la fréquentation que l'incompressible

délaï d'intervention font qu'entre 2 ans ½ et 3 ans, il paraît peu opérant de commencer une recherche de symptômes relatifs à la santé mentale.

- Les outils (grilles, échelles, tests, de mise en évidence des troubles) de mise en évidence des troubles, utilisables en consultation de nourrisson par le duo médecin-TMS (non spécialisé en santé mentale) ainsi que les modalités de cette utilisation (formation préalable, âge d'application, contexte éthique, destination des sujets problématiques).

Une évaluation statistique incluant des aspects sociologiques a livré :

- Un descriptif de l'échantillon minimal à constituer pour réaliser une évaluation du ou des outil(s)
- Les critères de sélection des consultations à inclure dans l'étude

La réflexion collective et la mise en commun des compétences ont permis :

- de préciser les critères de formation
- de situer les modalités d'application d'un outil dans le contexte de la santé mentale
- d'élaborer la suite à donner quand un cas problématique se présente
- d'indiquer la nécessité d'évaluer le résultat de l'application du ou des outil(s).

I. Psychopathologie de l'enfant de 0 à 30 mois

Revue de la littérature

Afin d'établir une revue de la littérature sur la psychopathologie de l'enfant de 0 à 30 mois, nous nous sommes inspirés de différentes classifications nosographiques : le Zero to Three, la CIM-10 et la CFTMEA-R2000. Nous avons emprunté au 0 to 3 sa structure, car il nous semblait important de distinguer les troubles de l'enfant, de la relation et de tenir compte des facteurs susceptibles de les influencer.

De plus, lorsqu'on s'intéresse aux troubles de l'enfant entre 0 et 30 mois, il est fondamental à nos yeux de ne pas « pathologiser » trop rapidement. En effet, les enfants peuvent à certains moments présenter un tableau proche d'un trouble psychopathologique, en réaction à un événement de vie bouleversant. Dès lors, l'idée de troubles d'ajustement, telle que développée dans le 0 to 3, nous séduisait particulièrement.

Néanmoins, la classification 0 to 3 comporte indéniablement des faiblesses, entre autres concernant certaines catégories peu soutenues par un consensus entre professionnels. Pour cette raison, nous nous permettons de nous situer par rapport à certaines catégories et éventuellement d'en préférer d'autres.

La classification diagnostique Zero to Three propose un système de classification multiaxiale, centré sur la petite enfance et basé sur une conception développementale, et donc complémentaire aux systèmes tels que le DSM-IV et la CIM-10. L'idée des auteurs est de fournir au clinicien un profil diagnostique du jeune enfant.

Les auteurs insistent sur l'impossibilité de réaliser une évaluation du jeune enfant en négligeant l'aspect relationnel. En cela, ils sont rejoints par les auteurs de la CFTMEA R-2000, qui ont choisi d'établir un axe complémentaire à l'axe I de leur classification générale, mais réservé au bébé, en tenant compte du lien qui l'unit à ses parents et aux personnes qui s'occupent de lui. Néanmoins, ils nuancent leur propos quant au contenu de cet axe I bébé, sachant qu'un consensus n'a pas été obtenu pour l'ensemble de la psychopathologie proposée. L'intérêt de cet axe bébé

n'étant plus à démontrer, nous nous sommes largement inspirés des lignes de fond qui le sous-tendent.

Le répertoire comportemental du jeune enfant étant relativement restreint, il va de soi qu'un même signe clinique peut être révélateur de différentes difficultés. Il s'agit donc de repérer les traits les plus saillants du trouble pour pouvoir déterminer le diagnostic.

Conscients de cette difficulté, les auteurs du 0 to 3 ont élaboré un arbre de décision :

1. S'il existe un épisode traumatique sévère évident, alors le diagnostic d'état de stress post-traumatique prime. De même, s'il existe un trouble de la communication et des relations sociales, ce diagnostic prévaut sur le reste.
2. S'il existe un trouble ayant clairement une base constitutionnelle, évoquant la notion de tempérament, alors le diagnostic de trouble de la régulation prévaut.
3. Si les problèmes sont modérés/légers, présents depuis moins de 4 mois et liés à un événement précis, le diagnostic de trouble de l'ajustement s'impose. Si le trouble est intense, persistant, sans lien avec une vulnérabilité constitutionnelle ni avec un événement précis, le diagnostic de trouble de l'humeur ou de l'affect peut être posé.
4. S'il n'existe aucun trouble relevant de l'axe I et seule des difficultés relationnelles, alors l'unique diagnostic est posé dans l'axe II.
5. Les troubles du sommeil ou de l'alimentation peuvent s'inscrire dans un tableau clinique lié à un autre trouble ou constituer un trouble primaire en soi. Par ailleurs, deux troubles peuvent parfois coexister sur l'axe I.

Nous avons donc élaboré un relevé des tableaux cliniques les plus fréquents chez les tout-petits, et susceptibles d'être repérés en consultation ONE. Certains troubles plus rares n'apparaîtront donc pas dans cette revue de la littérature. Nous avons choisi de ne présenter que les tableaux faisant écho à notre pratique clinique quotidienne et qui obtenaient un consensus au sein du comité d'experts.

Axe 1 : Diagnostic primaire

1.1 Etat de Stress Traumatique

CFTMEA-R2000 : Etats de stress (B4 - axe I bébé)

CFTMEA-R2000 : Mutisme total (6.030)

Continuum de symptômes présentés par des enfants ayant subi un seul événement traumatique, une série d'évènements connexes, ou un stress chronique persistant.

Diagnostic : existence d'un événement traumatique et des aspects énumérés ci-dessous :

- Le fait de revivre le ou les événement(s) traumatique(s), mis en évidence par au moins l'un des faits suivants :
 - a) *Jeu post-traumatique (jeu compulsif, ne diminuant pas l'anxiété et très factuel).*
 - b) *Souvenirs fréquents de l'événement traumatisant en dehors du jeu (questions, intérêt marqué, etc.).*
 - c) *Cauchemars répétés.*
 - d) *Détresse lorsque l'enfant est soumis à quelque chose qui lui rappelle le traumatisme.*
 - e) *Reviviscences : épisodes présentant les caractéristiques objectives d'un flash-back ou d'une dissociation.*

- Baisse de réactivité chez un enfant ou entrave au rythme du développement, apparaissant après un événement traumatique et révélé par au moins l'un des faits suivants :
 - a) *Accentuation du retrait social.*
 - b) *Restriction du champ des affects.*
 - c) *Régression : perte temporaire d'aspects du développement déjà acquis.*

- d) *Diminution ou réduction du jeu par rapport au mode habituel de jeu de l'enfant avant le traumatisme.*
- Symptômes d'augmentation de la vigilance, comme le révèle l'un au moins des faits suivants :
- a) *Terreurs nocturnes.*
 - b) *Troubles de l'endormissement, difficulté à aller au lit.*
 - c) *Réveils nocturnes fréquents non liés à des cauchemars ou à des terreurs nocturnes.*
 - d) *Troubles significatifs de l'attention et diminution de la capacité de concentration.*
 - e) *Hyper vigilance.*
 - f) *Réaction de sursaut exagérée.*
- Symptômes, en particulier peurs ou agressions qui n'existaient pas avant l'événement traumatique, incluant l'un, au moins, des faits suivants :
- a) *Agressivité envers ses pairs, les adultes ou les animaux.*
 - b) *Angoisse de séparation.*
 - c) *Peur d'aller seul aux toilettes.*
 - d) *Peur de l'obscurité.*
 - e) *Autres peurs nouvelles.*
 - f) *Pessimisme ou comportement auto-dépréciatif, attitudes manipulatrices, ou attitudes masochistes provocatrices.*
 - g) *Comportements sexuels et agressifs, inappropriés à l'âge de l'enfant.*
 - h) *Autres réactions non-verbales apparues à l'époque du traumatisme, y compris symptômes somatiques, reviviscences en actes, stigmates cutanés, douleurs ou attitudes posturales particulières.*
 - i) *Autres symptômes nouveaux.*

Remarque : si il y a présence d'un événement traumatique et des symptômes précités, le diagnostic d'état de stress traumatique prime.

Les auteurs de la CFTMEA R-2000 ont regroupé les différents états où le stress joue un rôle principal dans l'étiologie sous l'appellation **états de stress**.

De plus, ils rattachent le **Mutisme total (6.030)** à une origine souvent traumatique ou à forte teneur émotionnelle (agression/deuil/séparation), souvent transitoire, parfois suivi d'une période où l'enfant ne parle qu'en chuchotant.

Prévalence : très peu d'études épidémiologiques ont été effectuées sur l'état de stress traumatique chez l'enfant ; les taux chez l'adulte vont de 1 à 14 %, et peuvent encore augmenter dans les populations à risque (guerre, catastrophe naturelle, violence,...).

2. Troubles de l'Affect

Ils sont souvent associés à certains patterns de relation ou d'interaction entre l'enfant et son parent (caregiver).

Diagnostic : les difficultés interactives ne doivent pas exister dans une **seule** relation ou dans un **seul** contexte, mais doivent être associées à des difficultés comportementales et émotionnelles générales **chez l'enfant**. Par exemple, lorsqu'une difficulté comme la crainte, qui à l'origine, caractérise une relation spécifique, affecte néanmoins le fonctionnement de l'enfant dans d'autres domaines et avec d'autres personnes.

2.1 Dépression de la Première et de la Petite enfance

CFTMEA R-2000 : Les dépressions du bébé (B2)

Zero to Three : Trouble de l'humeur : dépression de la première et de la petite enfance (2.1)

- *Humeur déprimée ou irritable*
- *Atonie psychique* : diminution de l'intérêt et du plaisir à effectuer des activités propres au niveau de développement.
- *Diminution de la capacité de protestation.*
- *Pleurs excessifs*
- *Retrait interactif* : réduction du répertoire des interactions, diminution des initiatives sociales.
- *Ralentissement psychomoteur*
- Possibilité de *troubles du sommeil ou de l'appétit*, voire d'une perte de poids.
- *Absence de structuration de l'angoisse de l'étranger.*

Les symptômes doivent se manifester pendant une période d'au moins *deux semaines*, et ne pas être consécutifs à un changement du mode de vie de l'enfant (alors : trouble de l'ajustement).

Si pour les auteurs du 0 to 3, la dépression ne peut être diagnostiquée qu'en l'absence de négligences psychosociales ou environnementales graves (sinon : carence affective), pour ceux de la CFTMEA R-2000, elle peut être liée à des situations de carence qualitative/quantitative.

Prévalence : la dépression de la première et de la petite enfance apparaît chez 1 à 3 % des enfants, selon les études.

2.2 Carence affective

CIM-10 : trouble réactionnel de l'attachement de l'enfance (F94.1)

CFTMEA-R2000 : Les pathologies limites avec dominance des troubles de la personnalité (3.1) et/ou Axe II : facteurs d'environnement : carences.

Zero to Three : Trouble de l'Attachement Réactionnel aux situations de Carences ou de Maltraitance dans la Première et la Petite enfance (Carence affective) (2.6)

Ce trouble est observé lorsque des carences ou des mauvais traitements sont mis en évidence.

- *Négligence persistante des parents ou mauvais traitements physiques ou psychologiques, d'une intensité et d'une durée suffisante pour ébranler le sentiment fondamental de sécurité et d'attachement de l'enfant.*
- *Impossibilité d'attachement à une figure de soins unique : fréquents changements de la personne principalement chargée des soins, ou discontinuité de sa disponibilité.*
- *Autres compromis relatifs à l'environnement et situations échappant à la maîtrise du parent et de l'enfant, qui durent, interfèrent avec la façon appropriée de s'occuper de l'enfant et font obstacles à des attachements stables.*

Les contextes sociaux favorisant ce trouble sont les suivants :

Longues hospitalisations avec peu de présence parentale, maladie mentale chez les parents (dépression sévère, psychose, etc.), toxicomanie chez les parents, etc.

Au niveau de l'enfant, on observe :

- *Echec des tentatives pour nouer des relations sociales.*
- *Réactions sociales contradictoires et/ou ambivalentes.*
- Possibilité d'*inhibition totale* par rapport aux relations sociales, ou, au contraire, *une sociabilité excessive* vis-à-vis de personnes inconnues.
- Possibilité de *retard de croissance* et/ou d'association à un trouble de croissance¹

La classification CIM-10 distingue du **trouble réactionnel de l'attachement de l'enfance (F94.1)** le **trouble de l'attachement de l'enfance avec désinhibition (F94.2)**, défini comme un mode de fonctionnement social anormal, apparaissant dans les cinq premières années de vie et persistant malgré des modifications importantes de l'environnement. Les enfants présentent alors :

- *Mode d'attachement généralisé et non sélectif*
- *Interactions peu différenciées* avec les autres enfants
- *Perturbations émotionnelles* (tristesse, repli sur soi, etc.) et éventuellement troubles du comportement

La CFTMEA-R2000 propose, parmi les pathologies limites, une catégorie se rapprochant de ce trouble :

Les pathologies limites avec dominance des troubles de la personnalité (3.1)

Pathologie limite sans compromission de l'adaptation familiale/scolaire/sociale

¹ Pour la CFTMEA-R2000, le **retard de croissance psychogène**, présent dans un tel contexte, constitue un trouble en soi (8.6).

Traits caractéristiques :

- Souffrance dépressive sans acceptation d'aide
- Estime de soi faible
- Angoisse de séparation/abandon/perte
- Parfois attaques de panique
- Retard de développement affectif/régression/dépendance

Prévalence : il existe peu de données sur la prévalence des carences affectives. Néanmoins, il semble que ce trouble soit fort rare.

3. Trouble de l'Ajustement

Troubles légers, dus à des situations transitoires, qui ne peuvent être expliqués par les autres diagnostics disponibles. Le début des difficultés doit être *lié à un événement ou à un changement net de l'environnement*. Compte tenu de son stade de développement, de ses caractéristiques constitutionnelles propres et des circonstances familiales, le bébé ou le tout petit enfant manifeste une réaction temporaire, durant *quelques jours ou quelques semaines, mais n'excédant pas 4 mois*.

- Possibilité de *symptômes émotionnels* : perte d'entrain, air renfermé, sérieux, etc.
- Possibilité de *symptômes comportementaux* : opposition, colères fréquentes, troubles du sommeil, régression, etc.

Nous pouvons nous questionner sur le lien possible entre cette catégorie et celle des **troubles réactionnels (4)** dans la CFTMEA-R2000.

Prévalence : cette catégorie ne faisant pas partie des classifications classiques, peu de données sur ce trouble sont disponibles, et ne nous permettent pas de donner sa prévalence.

4. Troubles de la Régulation

Cette conception du trouble de la régulation nous paraît intéressante, mais souffrant d'un manque de consensus. S'il est intéressant de réfléchir à la manière dont l'enfant peut réguler ses processus physiologiques, la classification dans ces 4 types est peu validée sur le plan de la psychopathologie, mais reste intéressante sur le plan de l'observation.

Difficultés du bébé ou du jeune enfant à réguler ses comportements et ses processus physiologiques, sensoriels, d'attention, moteurs, émotionnels et à maintenir un état de calme, de vigilance, ou émotionnellement positif.

Des réponses médiocrement organisées ou peu modulées peuvent se manifester dans les domaines suivants :

- Registre physiologique ou état de base (ex. : respiration irrégulière, sursauts, hoquets, haut-le-cœur).
- Motricité globale (ex. : désorganisation motrice, mouvements brusques et/ou incessants).
- Motricité fine (ex. : mouvements rares, brusques, maladroits, ralentis).
- Organisation de l'attention (ex. : incapacité à se fixer ou, au contraire, persévérance à propos d'un détail).
- Organisation émotionnelle (tonalité, éventail des affects, degré de modulation, capacité d'utilisation des affects en relation avec l'autre).
- Organisation du comportement (ex. : agressif, impulsif).
- Types d'organisation du sommeil, de l'alimentation ou de l'excrétion.
- Trouble de l'acquisition du langage (réceptif et expressif), difficultés cognitives.

Diagnostic : Bébé ou jeune enfant ayant **à la fois** une difficulté dans le traitement de l'information sensorielle, sensori-motrice **et** un ou plusieurs symptômes comportementaux tels que :

- *Sur- ou sous-réactivité à des bruits intenses.*

- *Sur- ou sous-réactivité à des lumières brillantes ou des images visuelles nouvelles ou frappantes (colorées, complexes, etc.).*
- *Défense au toucher (ex. : lors habillage, bain, caresses) ou hypersensibilité orale (ex. : refus d'aliments à consistance particulière) ou au contraire, sous-réactivité au toucher et à la douleur.*
- *Troubles de la motricité orale, faible tonicité musculaire.*
- *Insécurité gravitationnelle (sur- ou sous-réactivité aux sensations de changements de mouvements rapides)*
- *Sur- ou sous-réactivité aux odeurs, à la température*
- *Faibles tonicité et stabilité musculaires (hypotonie, rigidité posturale, etc.)*
- *Déficits qualitatifs de planification de séquences motrices (ex. : explorer un jouet), au niveau motricité globale et fine.*
- *Déficits qualitatifs de modulation de l'activité motrice*
- *Déficits qualitatifs des capacités d'interprétation des données visuelles et spatiales (reconnaissance de visages, déplacements dans une pièce, etc.)*

Remarque : exclure toute problématique somatique pouvant occasionner de tels déficits, ainsi que tout trouble de la relation prédominant.

5.Troubles fonctionnels

5.1 Troubles du Sommeil

CFTMEA-R2000 : Troubles du sommeil (8.5)

Zero to Three : Troubles du comportement de sommeil (5)

Lorsqu'une perturbation du sommeil est le seul problème qui se pose chez un bébé ou un jeune enfant de moins de 3 ans, sans trouble de la réactivité sensorielle ou du traitement sensoriel.

- Troubles de l'endormissement
- Troubles de la durée du sommeil (réveils en cours de nuit et difficulté de ré-endormissement).
- Somnolence excessive.
- Terreurs nocturnes.
- Difficultés à mettre en place des horaires prévisibles de veille/sommeil.

Ce diagnostic ne peut être posé que lorsque les autres troubles ont été exclus, dans le sens où les troubles du sommeil peuvent faire partie de l'un de leurs tableaux cliniques.

Prévalence : la prévalence de l'ensemble des troubles du sommeil est difficile à déterminer. Par contre, des études sur les terreurs nocturnes évaluent sa prévalence entre 1 et 6 % chez l'enfant.

5.2 Troubles Alimentaires

CIM-10 : Trouble de l'alimentation du nourrisson et de l'enfant (F98.2)

CFTMEA-R2000 : Troubles des conduites alimentaires du nourrisson et de l'enfant (7.14)

Zero to Three : Trouble du Comportement Alimentaire

Lorsqu'un bébé ou un jeune enfant a du mal à mettre en place des schémas d'alimentation réguliers comportant une consommation d'aliments adéquate en quantité ou en qualité. L'enfant ne régule pas ce qu'il ou elle absorbe, en tenant compte de ses sentiments physiologiques de faim ou de satiété.

Ce diagnostic ne peut être posé que lorsque les autres troubles ont été exclus, dans le sens où les troubles du comportement alimentaire peuvent faire partie de l'un de leurs tableaux cliniques.

Manifestations habituelles :

- Caprices alimentaires excessifs
- Refus alimentaire
- Possibilité d'une rumination (régurgitation répétée de nourriture, sans nausée/troubles gastro-intestinaux) ou mérycisme de l'enfance (souvent vers 6 mois)

Prévalence : de toutes les admissions pédiatriques hospitalières, 1 à 5 % sont dues à des insuffisances de prise de poids, et la moitié de celles-ci semblent liées à des difficultés d'alimentation sans affection médicale générale prédisposante.

⇒ **Le Pica du nourrisson et de l'enfant (F98.3)**, mis en évidence par la CIM-10, est caractérisé par la consommation persistante de substances non nutritives (terre, peinture, etc.). Ce diagnostic ne peut être posé que s'il constitue le trouble principal (hors autisme et retard mental, avec lesquels fréquentes associations).

Prévalence : les données épidémiologiques sur le Pica sont limitées. L'affection n'est pas souvent diagnostiquée mais n'est peut-être pas rare chez les enfants d'âge préscolaire.

5.3 Autres troubles fonctionnels

Les auteurs de la CFTMEA-R2000 ont choisi d'effectuer un découpage un peu différent en réalisant une catégorie « Troubles des grandes fonctions psychosomatiques » sur l'Axe I bébé. Celle-ci se réfère Troubles à expression somatique (8), parmi lesquels on retrouve les troubles psychofonctionnels (8.1), l'énurésie (8.3), l'encoprésie (8.4), les troubles du sommeil (8.5), et les affections psychosomatiques.

► Affections psychosomatiques (8.0)

- Maladie somatique à déterminisme psychique.

Exemples : eczéma, asthme, colites, etc.

► Troubles psychofonctionnels (8.1)

- Manifestations fonctionnelles sans lésion tissulaire

Exemples : hoquet et toux psychogènes, vomissements psychogènes, spasme du sanglot, etc.

Diagnostic différentiel : affections psychosomatiques, expressions somatiques de l'angoisse

Parmi ces troubles psychofonctionnels, nous aimerions nous attarder sur le spasme du sanglot.

► Spasme du sanglot (R06.8) (prévalence : 4-5 % des enfants)

- Manifestation de rage/colère/douleur/peur aboutissant à la perte de connaissance
- Fréquent entre 5 mois et 3 ans
- Forme bleue (60% cas) : l'enfant hurle puis perd son souffle et aucun son ne sort, l'enfant devient bleu et l'apnée survient
- Forme pâle : sans cri ; l'enfant pâlit sous l'émotion et perd connaissance

Souvent enfants très actifs, coléreux, turbulents, opposants

- Conséquence : anxiété familiale

6. Troubles de la Relation et de la Communication

Les auteurs du 0 to 3 prennent une position assez nuancée concernant les troubles de la relation et de la communication. Ils proposent leur propre classification, qui ne manque pas d'intérêt, mais qui se trouve éloignée, nous le pensons, des conceptions cliniques et théoriques actuelles. Dès lors, cela nous semblerait plus pertinent de suivre la catégorisation de la CIM-10, basée sur les **troubles envahissants du développement (F 84)**, que nous allons développer ici, en l'illustrant de signes cliniques inspirés de notre pratique.

Diagnostic : Groupe de troubles caractérisés par des *altérations qualitatives des interactions sociales réciproques* et des *modalités de communication*, ainsi que par un *répertoire d'intérêts et d'activités restreint, stéréotypé et répétitif*. Ces anomalies constituent une caractéristique envahissante du fonctionnement du sujet, en toutes situations.

5.1 Autisme infantile

Trouble envahissant du développement caractérisé par :

- développement anormal/altéré, manifeste avant l'âge de 3 ans
- perturbation caractéristique du fonctionnement dans chacun des trois domaines suivants :
 - *interactions sociales réciproques*
 - l'enfant ne pointe pas du doigt, demande peu s'il a besoin de quelque chose ou guide l'adulte par la main
 - isolement vis-à-vis des pairs et des parents
 - peu/pas de contact oculaire
 - difficulté d'expression de l'état émotionnel
 - *communication* :
 - bébé très calme, silencieux pendant de longues heures

- lors des manipulations par l'adulte, le bébé est soit hyper-tendu, soit trop mou
- retard de langage : régression, souvent vers 18 mois. Parfois quelques sons, comme une mélodie. Parfois répétition des mots en gardant l'intonation de l'adulte
- *comportement/intérêts*
 - utilisation des objets dans des mouvements répétitifs appréciés plutôt que suivant leur fonctionnement
 - activités de balancement, d'agitation de la main devant les yeux, de tourner sur soi-même
 - intérêts particuliers pouvant occuper l'enfant pendant des heures, par exemple : regarder tourner les roues d'une voiture, visionner le même DVD, etc.
 - peu/pas d'intérêt pour les activités de son âge
 - peu/pas de jeu de faire-semblant
 - de plus, l'enfant est souvent très intolérant aux changements. Il a besoin de ses rituels.
- Associations fréquentes avec d'autres manifestations non spécifiques, telles que :
 - Phobies
 - Troubles du sommeil
 - Troubles de l'alimentation
 - Crises de colères
 - Gestes auto-agressifs

⇒ B1 Bébés à risque de troubles sévères du développement (Axe I bébé)

Outre les enfants chez qui le diagnostic d'autisme peut être fait sur base de ces critères, les auteurs de la CFTMEA R-2000 repèrent un groupe d'enfants « à risque », qu'ils nomment : Bébés à risque de troubles sévères du développement. Selon eux, ces enfants présentent des zones de fragilité dans leur développement, susceptibles de les faire s'orienter vers une organisation de type autistique/psychotique ultérieurement. Les symptômes suivants doivent attirer

l'attention du professionnel, lorsqu'ils s'additionnent et se maintiennent dans le temps :

- Evitement/perde/détournement du regard
- Regard adhésif maintenu plusieurs semaines au détriment d'un regard pénétrant
- Insomnie précoce, calme
- Troubles sévères de l'oralité (e.a. anorexie primaire grave)
- Phénomènes cliniques de pseudo-surdité
- Cris monotones, monocordes, sans valeur relationnelle
- Absence de la mise en place de l'angoisse de l'étranger
- Phobies multiples/variables/insolites/parfois intenses
- Evitement/retrait relationnel
- Troubles du tonus sans origine neurologique
- Parfois stéréotypies

Prévalence : les études épidémiologiques suggèrent un taux de prévalence du trouble autistique de 2 à 5 cas pour 10 000. Si l'on considère l'ensemble des troubles envahissants du développement (autisme, syndrome de Rett, trouble désintégratif de l'enfance, syndrome d'Asperger et autisme atypique), ce taux monte à 5 cas pour 1000.

Axe II : Classification du trouble de la relation

CFTMEA-R2000 : Distorsions du lien (B6)

Les relations primaires des bébés et des jeunes enfants sont essentielles, dans le sens où elles contribuent à développer leur personnalité, à structurer leurs défenses psychologiques et à fonder un mode de relation avec autrui. Il existe des troubles spécifiques à ces relations enfant-parent, caractérisés par des perceptions, des attitudes, des comportements et des affects, de la part de l'une des parties ou des deux. Ces troubles peuvent être repérés en observant le comportement des deux parties, mais également en entendant l'expérience subjective que vit le parent dans sa relation à son enfant.

L'*intensité*, la *fréquence* et la *durée* des difficultés relationnelles doivent être élevées pour déterminer l'existence d'un trouble, et le distinguer d'une perturbation passagère, par exemple consécutive à un stress. Trois aspects de la relation doivent être envisagés pour déterminer l'existence d'un trouble.

1. La qualité comportementale de l'interaction

Chez le parent, il faut être attentif à :

- insensibilité des réponses aux signaux de l'enfant
- absence d'authenticité de l'implication et de la préoccupation
- manque de régulation, de prévisibilité et de qualité de la structuration et de la médiation de l'environnement

Chez l'enfant, il faut être attentif à :

- détournement, évitement du regard
- raideur corporelle, apathie, insensibilité
- provocation
- retards de développement (langage, motricité, cognition, affectif)

Notons que ces comportements peuvent s'entraîner l'un l'autre ; il n'est pas aisé de déterminer s'il s'agit de comportements primaires ou secondaires.

2. La tonalité affective

- tonalité intense, anxieuse
- tendue, opposante

3. L'implication psychologique (signification du comportement de l'enfant pour les parents, à la lumière de leur propre vécu : projections, etc.)

Les auteurs de la CFTMEA R-2000, quant à eux, soulignent qu'on ne pourrait décrire une qualité du lien « normale ». Dès lors, il importe de pouvoir décoder la présence de *souplesse*, de *créativité*, d'*ouverture* dans le lien enfant/parent. Ils ont choisi de codifier sur leur axe I bébé un trouble nommé Distorsions du lien (B6).

Selon eux, le lien est distordu lorsqu'une modalité devient *prévalente, répétitive et monotone*, figeant la relation enfant/parent.

Ils établissent quatre rubriques :

- ▶ Le contrôle intrusif
- ▶ La relation adhésive
- ▶ Les troubles de la régulation (hypersensible, hyporéactive, impulsive, autre)
- ▶ La relation chaotique (désorganisée, inclassable)

Les auteurs du Zero to Three définissent différents types de troubles de la relation qui, bien qu'ayant un intérêt réel, n'ont pas pu faire l'objet d'un consensus sur le plan scientifique. Nous les présentons néanmoins dans l'idée de donner des repères aux professionnels des consultations ONE.

1. Sur-impliquée

La relation est définie par une sur-implication physique et/ou psychologique.

- Qualité comportementale de l'interaction
 - Parent : contrecarre les objectifs/désirs de l'enfant
 - Parent : domination
 - Parent : exigences parentales inappropriées au vu du développement
 - enfant : dispersé, non différencié
 - enfant : comportement de soumission, ou de provocation

- enfant : possibilité de manque d'habileté motrice ou d'expressivité du langage
- Tonalité affective
 - parent : périodes d'anxiété/dépression/colère
 - enfant : expression active/passive de colère/opposition
- Implication psychologique
 - Parent : érotisation de sa relation à l'enfant ou perception de l'enfant comme d'un partenaire égal
 - Parent : manque d'intérêt authentique pour la singularité de l'enfant, manque de conscience de ses besoins
 - Possibilité de limites intergénérationnelles mal définies

2. Sous-impliquée

Implication ou relation sporadique, rarement authentique, dont la conséquence est un manque d'intérêt pour l'enfant et/ou une qualité de soins médiocres.

- Qualité comportementale
 - Parent : insensibilité aux signaux de l'enfant
 - Parent : manque de cohérence et de prédictibilité entre les attitudes exprimées par le parent et les interactions effectives
 - Parent : rejet de l'enfant, incapacité à le reconforter
 - Parent : distorsion dans la perception des besoins/sentiments de l'enfant
 - Parent : manque de protection de l'enfant contre les risques extérieurs
 - Eloignement physique, peu de moments de relation réelle
 - Négligence psychologique/physique
 - Enfant : retards divers : croissance, développement
- Tonalité affective
 - Expression émotionnelle émoussée, triste, en retrait
 - Manque de vie et de plaisir
- Implication psychologique
 - Absence d'expression de conscience des besoins de l'enfant

- Possibilité d'une histoire personnelle caractérisée par la carence/négligence
- Absences (physiques/psychiques) fréquentes du parent, sans substitut

3. Anxieuse/Tendue

Interactions tendues, restreintes, peu de plaisir partagé. Prédominance d'anxiété/tension.

- Qualité comportementale de l'interaction
 - Parent : hypersensibilité aux signaux de l'enfant
 - Parent : expression abondante d'un souci pour l'enfant, surprotection
 - Parent : manipulations de l'enfant maladroites/tendues
 - Possibilité d'interactions verbales/émotionnelles négatives
 - Peu d'ajustement entre les tempéraments/niveaux d'activité de l'enfant et du parent
 - Enfant : docilité/anxiété
- Tonalité affective
 - Humeur anxieuse : expression, tension motrice, agitation, etc.
 - Hyper-réactivité
- Implication psychologique
 - Difficulté d'interprétation du comportement/émotion de l'enfant et réponse inadaptée.

4. Irritée/Hostile

Interactions enfant/parent abruptes, sans réciprocité émotionnelle. Dominance de l'irritation/hostilité.

- Qualité comportementale de l'interaction
 - Parent : insensibilité aux signaux de l'enfant, perception de l'enfant comme exigeant
 - Parent : manipulation brusque de l'enfant

- Parent : moqueries, taquineries
- Enfant : anxiété, peur, évitement et/ou inhibition et/ou impulsivité/agressivité (diffuse ou non)
- Enfant : comportement opératoire, peu de fantaisie/imagination
- Enfant : possibilité de retard de langage/cognition (capacités d'abstraction)
- Tonalité affective
 - Hostilité dans l'interaction
 - Tension modérée/importante, absence de partage de plaisir
 - Possibilité de limitation du registre émotionnel de l'enfant
- Implication psychologique
 - Perception de la dépendance de l'enfant comme une exigence. Ressentiment vis-à-vis de l'enfant, dû aux stress de la vie quotidienne et/ou à une histoire propre carencée/négligée.

5. Trouble Mixte de la Relation

La relation peut être définie par une/plusieurs des caractéristiques des autres troubles.

6. Abusive

Lorsqu'il y a présence d'un de ces trois types d'abus, le diagnostic de trouble de la relation dû à une relation abusive prévaut sur le reste. La présence d'une seule des caractéristiques reprises en qualité comportementale de l'interaction suffit pour poser ce diagnostic.

6.1 Abusive Verbalement

Contenu émotionnel abusif grave, limites peu claires et trop de contrôle

- Qualité comportementale de l'interaction
 - Parent : maltraitance verbale/émotionnelle de l'enfant, dans l'intention de l'attaquer, de lui imposer un contrôle excessif, de le rejeter.

- Enfant : variation entre contrainte/vigilance et comportements violents.
- Tonalité affective
 - Enfant : affect dépressif, mal régulé, sérieux
- Implication psychologique
 - Erreur d'interprétation des pleurs de l'enfant, vécus comme une opposition
 - Possibilité association inconsciente entre le comportement de l'enfant et des souvenirs personnels précoces

6.2 Abusive Physiquement

- Qualité comportementale de l'interaction
 - Parent : attaque physiquement l'enfant (coups, contrainte physique, isolement, punitions extrêmes)
 - Parent : refus régulier de satisfaire aux besoins vitaux de l'enfant (alimentation, santé, repos)
 - Possibilité de phases d'abus verbal/émotionnel et/ou sexuel
- Tonalité affective
 - Dominance de colère/hostilité/irritabilité
 - Tension/anxiété modérées à intenses
 - Absence de joie/enthousiasme
- Implication psychologique
 - Parent : Explication de l'hostilité vécue envers le bébé de manière brusque (menaces, etc.).
 - Parent : Difficulté à mettre des limites sans être agressif
 - Enfant : Comportement opératoire, possibilité de retard de langage/cognitif (lié à l'abstraction)
 - Interaction avec alternance de périodes de rapprochement et de distance
 - Possibilité de fonctionnement convenable dans certains domaines

6.3 Abusive Sexuellement

Manque de considération pour les limites corporelles et intrusion sexualisée extrême.

➤ Qualité comportementale de l'interaction

- Parent : comportement sexuellement séducteur et hyperstimulant avec l'enfant, dans le but de satisfaire les besoins/désirs sexuels de l'adulte (contraindre l'enfant à toucher le sexe du parent, à accepter des attouchements sexuels, à observer des comportements sexuels d'autres personnes).
- Enfant : comportements tournés vers la sexualité
- Possibilité de phases d'abus verbal/émotionnel et/ou physique

➤ Tonalité affective

- Parent : possibilité d'affectivité labile, de périodes d'anxiété/irritation
- Enfant : possibilité anxiété/tension, voire agressif (de manière diffuse)

➤ Implication psychologique

- Parent : manque d'empathie, préoccupation par ses besoins d'autosatisfaction
- Parent : possibilité de distorsion de la pensée : enfant choisi comme objet sexuel
- Enfant : possibilité de pensée opératoire
- Enfant : possibilité de manque d'unité dans la perception du moi : dispersion, éclatement, clivage.

Axe III : Affections Médicales et Troubles du Développement

Tout trouble physique (y compris médical/neurologique) et/ou de développement coexistant. Les auteurs renvoient aux autres spécialités (pédiatrie, neuropédiatrie, etc.) pour spécifier les troubles présents dans cette catégorie.

Dans le cadre de notre étude, ces troubles permettent principalement d'attirer l'attention du professionnel sur des difficultés présentes dans le développement de l'enfant, pour lesquelles il doit éventuellement être pris en charge. Toutefois, ils ne constituent pas les troubles-cibles de l'étude.

Nous avons relevé dans d'autres classifications différents troubles liés au développement qui, selon, trouveraient leur place sur cet axe. Parmi eux :

1. Le retard mental (F70-F79)

CFTMEA-R2000 : Déficiences mentales (5)

Diagnostic : Arrêt ou développement incomplet du fonctionnement mental, caractérisé par une altération, durant la période du développement, des facultés qui déterminent le niveau global d'intelligence, c'est-à-dire des fonctions cognitives, du langage, de la motricité et des capacités sociales. Le retard mental peut accompagner un autre trouble mental ou physique (entre autres autisme, autre trouble du développement, trouble des conduites, etc.) ou survenir isolément.

Le degré de retard mental sera fonction des capacités intellectuelles et d'adaptation sociale, évaluées par des professionnels compétents, entre autres au moyen de tests cognitifs.

Différents degrés de retard mental existent, que nous reprenons à titre d'information :

- Retard mental léger : QI de 50 à 69
 - Risque de difficultés scolaires
 - Possibilité de bonne intégration sociale
- Retard mental moyen : QI de 35 à 49

- Souvent importants retards de développement
- Possibilité d'acquisition progressive de certaines aptitudes scolaires, d'un certain degré d'indépendance et de capacités de communication suffisantes.
- Retard mental grave : QI de 20 à 34
- Retard mental profond : QI en dessous de 20
 - Difficultés de communication, de déplacement, de capacité de prendre soin de soi, de contrôler ses besoins naturels
- Autres formes de retard mental
- Retard mental, sans précision

2.Troubles du développement psychologique

(F80-F89)

CFTMEA-R2000 : Retards d'acquisition divers (axe I bébé)

CFTMEA-R2000 : Troubles du développement et des fonctions instrumentales (6)

Diagnostic : Les troubles classés dans ce groupe ont en commun :

- un début dans la *première/seconde enfance*
- *altération/retard du développement de fonctions liées à la maturation biologique du système nerveux central, à savoir le langage, le repérage visuo-spatial et la coordination motrice, diminuant généralement avec l'âge.*
- *évolution continue sans rémission/rechute.*

Les auteurs de la CFTMEA-R2000 ont choisi de reprendre ces troubles sur leur axe I bébé sous l'appellation Retards d'acquisition divers, dont les signes cliniques sont identiques aux troubles du développement et des fonctions instrumentales (6).

2.1 Troubles de l'expression orale

CFTMEA-R2000 : Troubles de la parole et du langage

CIM-10 : Troubles spécifiques du développement de la parole et du langage (F80)

Troubles dans lesquels les modalités normales d'acquisition du langage sont altérées dès les premiers stades de développement. Ces troubles ne sont pas directement liés à des anomalies neurologiques/anatomiques/sensorielles, à un retard mental ou à des facteurs environnementaux.

Associations fréquentes avec :

- troubles de la lecture/orthographe (enfants plus âgés)
- perturbation des relations interpersonnelles
- troubles émotionnels
- troubles du comportement

► Trouble de l'acquisition du langage, de type expressif (F80.1)

CFTMEA-R2000 : 6.010 Retard de parole (souvent dans un contexte d'immaturité affective globale) et 6.011 Retard (simple) de langage (premiers mots vers 2 ans, premières phrases après 3 ans)

Capacités inférieures à utiliser le langage oral mais capacités de compréhension dans les limites de la normale. Possibilité d'association avec une perturbation de l'articulation.

Exemples : dysphasie ou aphasie de développement, de type expressif

Diagnostic différentiel : dysphasie/aphasie de développement de type réceptif, mutisme électif, retard mental, troubles envahissants du développement.

► **Trouble de l'acquisition du langage, de type réceptif (F80.2)**

CFTMEA-R2000 : 6.012 Dysphasie

Capacités de compréhension du langage inférieures. Souvent altérations du versant expressif et des capacités d'articulation.

Exemple : dysphasie/aphasie de développement, de type réceptif, etc.

Diagnostic différentiel : autisme, mutisme électif, retard mental, retard de langage suite à une perte d'audition, etc.

► **Aphasie acquise avec épilepsie (syndrome de Landau-Kleffner (F80.3)**

CFTMEA-R2000 : 6.020 Aphasie acquise avec épilepsie

Apparition de ce trouble entre 3 et 7 ans, avec une perte du langage en quelques jours/semaines, en lien avec des crises d'épilepsie et une perturbation du tracé EEG (dans un délai de quelques mois à deux ans entre les deux, l'un pouvant précéder l'autre et inversement).

Diagnostic différentiel : autisme, troubles désintégratifs de l'enfance, etc.

► **Autres troubles du développement de la parole et du langage (F80.8)**

Exemple : zézaiement

► **Trouble du développement de la parole et du langage, sans précision (F80.9)**

2.2 Trouble spécifique du développement moteur (F82)

CFTMEA-R2000 : 6.20 Retard psychomoteur (trouble spécifique du développement moteur).

Altération du développement de la coordination motrice, non imputable exclusivement à un retard mental ou à une affection neurologique spécifique, congénitale, acquise.

Souvent *signes d'immaturité du développement neurologique* : mouvements choréiformes, syncinésies d'imitation, perturbations de la coordination motrice fine et globale.

Exemples : débilité motrice de l'enfant, dyspraxie de développement, troubles de l'acquisition de la coordination

Diagnostic différentiel : anomalies de la démarche/motilité, retard mental, etc.

2. Autres troubles, typiques de la petite enfance

a. **Hypermaturité et hyperprécocité pathologiques (B5-axe I bébé)**

CFTMEA-R2000

- Développement précoce de certains/tous les secteurs cognitifs/émotionnel/social du développement de l'enfant
- Développement en secteurs (surds) ou globalement
- Réponse/non à une psychopathologie parentale

b. **Symptômes non spécifiques propres au nourrisson (R68.1)**

CIM-10

- Nourrisson irritable
- Pleurs excessifs sans irritabilité cérébrale ni autre explication somatique.

Axe IV : Facteurs de Stress Psychosociaux

Ces facteurs sont considérés comme ayant une influence sur une grande partie des troubles de la première et petite enfance. Le facteur de stress psychosocial peut être :

- direct (ex. : maladie de l'enfant → hospitalisation) ou indirect (maladie du parent → séparation)
- aigu/persistant
- lié à un seul événement/avec des causes multiples

L'impact de ces facteurs de stress se mesure à la manière dont ils viennent ébranler la confiance de base de l'enfant. Leur impact est lié à trois facteurs :

1. Sévérité (intensité + durée, soudaineté du stress initial, absence de prévisibilité dans son éventuelle réapparition)
2. Niveau de développement de l'enfant (âge, équipement naturel, force du moi)
3. Disponibilité et capacité des adultes de l'environnement, faisant tampon ou renforçant l'impact.

Bien entendu, il faut tenir compte de toutes les sources de stress auxquelles peuvent être soumis les enfants à un temps déterminé.

Le type de stress peut être défini comme suit :

- principalement aigu :
 - Moins d'un mois (lors première année de vie de l'enfant)
 - Moins de 3 mois (lors deuxième et troisième années de vie)
- principalement durable :
 - Plus d'un mois (lors de la première année de vie)
 - Plus de 3 mois (lors des deuxième et troisième années de vie)

Un index de stress a été réalisé par les auteurs du 0 to 3 ; il comprend les sources de stress suivantes : enlèvement, abus, adoption, naissance d'un autre enfant, placement, hospitalisation, etc.

Les auteurs de la CFTMEA-R2000 relèvent dans les facteurs et conditions d'environnement de l'axe II, différentes sources de stress importantes : troubles

mentaux ou perturbations psychologiques avérées dans la famille ; carences affectives, éducatives, sociales, culturelles ; mauvais traitements et négligences graves ; événements entraînant la rupture de liens affectifs ; contexte socio-familial particulier.

L'impact du stress peut se traduire comme suit dans le comportement de l'enfant :

➤ Pas d'effet évident

➤ Effets légers

- Tension, anxiété, contrainte
- Pas d'interférence avec l'adaptation globale de l'enfant
Ex. : irritabilité, éclats de colère, refuge dans le sommeil, etc.

➤ Effets modérés

- Perturbation des domaines d'adaptation
- Pas de perturbation de la relation et de la communication
Ex. : refus d'aller à l'école/crèche, opposition, troubles du sommeil, etc.

➤ Effets sévères

- Perturbation significative de l'adaptation, y compris des domaines relation/communication
Ex. : détachement des relations, dépression, inconsolable, terreur, etc.

V. Niveau Fonctionnel du Développement Emotionnel

Cet axe vise à mesurer la manière dont l'enfant organise son expérience affective, cognitive, motrice, sensorielle et communicationnelle, en une représentation mentale cohérente. L'intérêt de cet axe est d'évaluer si l'enfant a acquis le niveau de développement fonctionnel attendu pour son âge, s'il peut le maintenir et dans quelles circonstances, et ce pour les différents processus suivants :

- *Attention mutuelle* (tous âges): capacité des deux membres de la dyade à faire attention l'un à l'autre.
- *Engagement mutuel* (observable dès 3-6 mois): capacité à s'impliquer émotionnellement conjointement.
- *Intentionnalité interactive et réciprocité* (dès 6-8 mois): capacité d'interaction de cause à effet, le bébé fait des signaux et interagit dans un but précis.
- *Communication par la représentation/affect* (au-delà de 18 mois) : via le langage et le jeu.

Niveau fonctionnel du développement émotionnel

1. Evaluation de la qualité de jeu et de son interaction avec les personnes importantes de sa vie
2. Résumé concernant le niveau fonctionnel du développement émotionnel
 - Niveau attendu
 - Niveau attendu mais avec restrictions : soit éventail incomplet d'affects, soit sensibilité au stress, soit limité aux interactions avec certaines personnes.
 - Pas le niveau attendu mais tous les précédents.
 - Pas le niveau attendu mais certains précédents.
 - Pas le niveau attendu et aucun niveau précédent.

- American Psychiatric Association (2004). DSM IV-TR, Masson, Paris.
- Classification diagnostique de 0 à 3 ans (1998). Devenir, 10, 2, Ed. Médecine et Hygiène, Genève.
- Guedeney, A. La classification diagnostique 0-3, le CarnetPsy, 44, dossiers accessibles on line.
- Misès, R. et al., (2002). Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent R-2000, Paris.
- Organisation Mondiale de la Santé (1993). Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes CIM-10, Genève.

II. Evaluation du fonctionnement des bébés

L'évaluation du fonctionnement du bébé s'attache à mettre en évidence tant des signes de souffrance que ses ressources en tenant compte de son équipement de base.

C'est grâce à l'observation du bébé et de ses partenaires que des modes d'expression de sa souffrance peuvent être mis en évidence.

Quelques repères des signes de souffrance du bébé:

1. Le corps

Le corps est la voie d'expression privilégiée du bébé et de pathologie précoce, que ce soit dans la désorganisation somatique ou dans le registre des comportements tonico-moteurs.

Comprendre le langage du corps c'est appréhender ce que ressent l'enfant et son fonctionnement mental naissant.

2. Les troubles psychosomatiques de l'enfant touchent:

- L'expression d'une souffrance psychique
- La traduction somatique d'un conflit
- Des troubles fonctionnels dont la caractéristique est la perturbation d'une grande fonction de l'organisme due à des conflits, des tensions psychiques, des difficultés de développement et plus particulièrement du développement libidinal. C'est comme si l'enfant recourait à un langage archaïque des zones érogènes qui expriment des difficultés à franchir les étapes d'une manière organisée et structurante; souvent le trouble fonctionnel va disparaître au bout d'un certain temps d'évolution, temps nécessaire pour le travail psychique d'élaboration

- Maladies psychosomatiques avec atteintes lésionnelles où l'on trouve des facteurs physiopathologiques qui interfèrent avec les déterminants psychiques.

Parmi les troubles psychosomatiques, on distingue:

1. Troubles respiratoires :

- asthme;
- spasmes du sanglot (forme bleue, forme pâle).

2. Troubles à expression nerveuse:

- au niveau du sommeil;
- céphalées fonctionnelles.

3. Désordres alimentaires:

- anorexie;
- mérycisme;
- boulimie;
- potomanie.

4. Syndromes abdominaux:

- coliques du 3ème mois;
- douleurs abdominales psychogènes.

5. Troubles de l'élimination:

- énurésie;
- constipation;
- encoprésie.

6. Troubles cutanés:

- eczéma;
- urticaire;
- pelade.

5. Syndromes généraux:

- troubles de la croissance;
- infections répétées.

3. Le contexte interactif et environnemental

Il est essentiel de questionner constamment la dynamique interactive

1. Quelles sont les caractéristiques de l'environnement qui aggravent les signes de détresse? A l'inverse, quelles sont celles qui les soulagent?
2. Y a-t-il des discontinuités de l'environnement?
3. Quelle est la tolérance de l'enfant aux changements?

En effet, les signes de souffrance du bébé sont d'abord un appel à l'aide; ils témoignent d'un déséquilibre avec son environnement et de ses tentatives d'y faire face: il s'agit de « stratégies défensives précoces ».

4 Grilles d'évaluation

Dans le cadre d'une Recherche Action Formation portant sur l'introduction de nouvelles actions préventives chez les nourrissons à risque psychosocial et leurs familles, le département de Psychopathologie de l'Université de Bobigny, les équipes de PMI de la Seine-Sainte-Denis et l'Unité 292 de l'INSERM ont travaillé ensemble à l'élaboration d'une grille d'évaluation synthétique des interactions mère-nourrisson.

Cette grille est le produit d'un travail de groupe associant toutes les catégories professionnelles des équipes pédiatriques et psychiatriques.

Elle est conçue pour être utilisée dans une consultation pédiatrique d'une durée d'une vingtaine de minutes. Elle a été adaptée pour différents âges (trois mois, douze mois, deux ans, trois ans).

Elle s'apparente à un screening portant sur les interactions comportementales, le développement psychologique de l'enfant, les grandes fonctions et l'évaluation du risque.

III. L'échelle ADBB, intérêt de son utilisation en clinique pour l'évaluation du retrait relationnel du jeune enfant

Introduction :

Il apparaît évident qu'un outil autorisant des échanges cohérents sur les différents troubles touchant les différents domaines de développement utilisé à grande échelle dans les consultations ONE nous permettrait de faire du dépistage précoce. L'intérêt principal reposant sur des **interventions précoces** plutôt que dans la détection et le traitement et aussi surtout dans la **prévention** des troubles graves, l'évolution entre 0 et 3 ans restant tout à fait ouverte.

Mais des questions doivent résonner d'emblée : concernant l'utilisation d'un outil avec comme référence la classification 0 to 3 ne risque-t-on pas d'entraver l'âme du processus thérapeutique actif dans nos consultations ? Quand on sait combien il est dommageable d'étiqueter l'enfant avec un diagnostic de structure précoce ou à quel point les processus de parentalité sont fragiles dans les premières années. De plus, il y a un biais auquel nous devons rester attentif : quelle place donnons-nous à l'épidémiologie entre la clinique proprement dite et les conditions concrètes de son exercice si nous précédons l'évaluation des besoins en santé publique et les moyens mis en œuvre.... Alors que l'accent devrait être mis sur la formation du personnel de la petite enfance à cette forme d'attention qui restaure les liens et sur les moyens à disposition alors que les institutions sont submergées par la demande.

Historique du retrait relationnel, dépression du bébé :

Il faut partir de la description de la dépression anaclitique par R. Spitz en 1946, basé sur les effets de la carence en soins maternels dans les pouponnières pour enfants abandonnés après la guerre et sur les effets des séparations prolongées. La dépression précoce se définissant par une absence des variations affectives,

d'entrain, d'allant, par une mobilité et une expression vocale réduites, par un retrait relationnel et une léthargie en contraste avec l'appétence relationnelle du bébé en bonne santé. Le retrait relationnel est défini comme l'action de se replier sur soi, de se rétracter comme pour se défendre, préserver sa personnalité. Le retrait apparaît comme un élément majeur du répertoire comportemental du jeune enfant et comme un signal d'alarme qu'il est crucial de percevoir tôt et de ne pas banaliser. Le retrait intervient dans de nombreuses situations psychopathologiques précoces qu'il s'agisse d'un trouble relationnel ou organique. C'est la première fois qu'une clinique du **lien** est avancée avec la séparation et la carence qui inaugure le champ spécifique de la psychopathologie précoce et qui préfigure l'importance qui sera donnée ensuite au concept d'attachement et aux interactions précoces parents-enfants.

Freud et Mélanie Klein proposeront un système dans lequel la position dépressive de l'enfant fonde le rapport à l'objet « total », la mère en l'occurrence, reconnue et considérée comme un tout et non plus comme deux objets partiels, bonne et mauvaise.

Ensuite Winnicott nous démontre le rôle essentiel de la dépression maternelle sur le développement précoce avec le risque de survenue de distorsions du développement de la personnalité (faux-self). Puis R ; Spitz et les organisateurs du développement précoce (sourire, angoisse de l'étranger, apparition du non et du oui), J. Bowlby et le rôle majeur de la séparation et de l'attachement.

Le concept de retrait relationnel précoce :

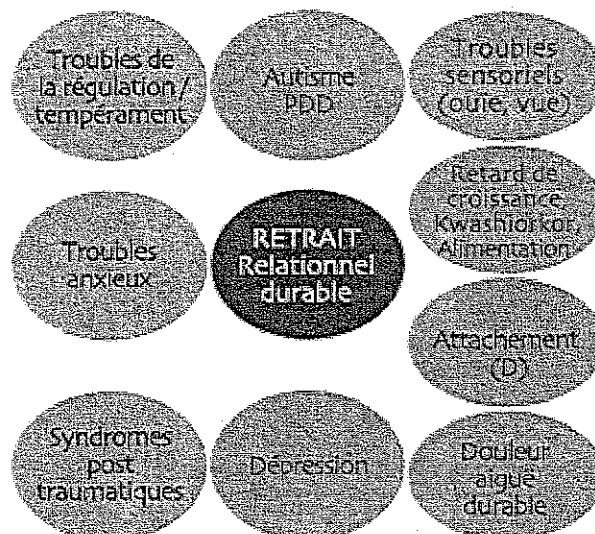
La première description clinique du comportement de retrait durable chez le jeune enfant en dehors de l'autisme appartient à Engel et Reischman, en 1956, avec le cas célèbre de Monica, âgée de 18 mois.



Atteinte d'une fistule œsophagienne et nourrie par sonde en attendant le rétablissement de la continuité digestive, Monica souffre de relations très perturbées avec sa mère. Celle-ci est très gênée par la sonde, et elle est aussi très déprimée, isolée et maltraitée par son mari. Monica est hospitalisée dans un état sévère de retrait et d'anorexie avec un retard staturo-pondéral et développemental sévère.

Le comportement de retrait dans la psychopathologie précoce.

A droite et en jaune les situations où le retrait est un élément constant du tableau clinique, à gauche et en bleu celles où il apparaît sans être constant.



Construction et validation de l'échelle ADBB (alarme détresse bébé) :

L'échelle comporte 8 items cotés de 0 à 4. Les items suivent l'ordre adopté par un professionnel qui rentre en contact avec un nourrisson :

- expression du visage
- contact visuel
- activité corporelle (tête , tronc, membres)
- gestes d'autostimulation et activités des doigts
- vocalisations
- vivacité de la réaction à la stimulation
- capacité d'entrer en relation
- attractivité : capacité à attirer l'attention

Items qui proviennent de la description de R Spitz de la dépression anaclitique chez les

enfants en institution qui n'ont plus la même production vocale, la même vivacité de réponse à la stimulation, la capacité d'entrer en relation avec l'autre, d'attirer et de conserver l'attention. La note normale est de 0, le maximum de 32.

L'étude de validation a été faite à Paris, dans les PMI de l'institut de puériculture entre 1997 et 1998 sur 60 enfants de 2 mois à 2 ans. Enfants cotés de manière indépendante par un expert, par le pédiatre et la puéricultrice. L'examen s'est montré rapide et aisé en clinique prenant environ 5 minutes. Une note seuil de 5 et au-dessus donne la meilleure sensibilité (0.82) et la meilleure spécificité (0.78) vis-à-vis du risque pour le développement.

L'échelle ADBB nécessite un entraînement pour être utilisée, il existe des cassettes vidéo d'entraînement et un dossier de formation publié dans les carnets de puériculture.

Voir le site www.adbb.net

L'échelle ADBB permet d'évaluer le retrait relationnel chez le bébé ce qui en fait un instrument privilégié de détection d'une symptomatologie d'alarme importante intervenant dans de nombreuses situations psychopathologiques précoces qui sont réversibles si elles sont étayées.

Bibliographie :

Références :

- 1 Spitz R A, Anaclitic Depression. *Psychoanal Stud Child*, 1946; 2: 313-341.
- 2 Kanner L, Autistic disturbances of affective contact. *Nerv Child*, 1943; 2 :217-250.
- 3 Roberston J, Bowlby J. Responses to young children to separation from their mothers *Courrier, CIE*, 1952; 2:131-142.
- 4 Murray L, Cooper A, *Postpartum Depression and Child Development*. New York: Guilford Press, 1997: 322 p.
- 5 Cohn JF, Tronick EZ, Three month old infant's reaction to simulated maternal depression *Child Dev* 1983; 54:334-335.
- 6 Field T. Early interaction between infants and their postpartum depressed mothers *Inf Behav Dev*; 7:532-537.
- 7 Guedeney A. Kwashiorkor, Depression, and Attachment Disturbances. *Lancet* 1995; 346, 8985:1293.
- 8 Solomon J, George C. *Attachment Disorganisation*. New York: The Guilford Press, 1999, 464 p.
- 9 Herzog DB, Rathbun JM, *Childhood Depression: Developmental Considerations*. *Amer J Dis Child*, 1982; 136:115-120.
- 10 Engel GL, Reichsman F. Spontaneous and experimentally induced depression in an infant with gastric fistula: a contribution to the problem of depression. *J Amer Psychoanal Assoc* 1956; 4: 428-452.
- 11 Engel GL, Schmale AH. Conservation withdrawal: a primary regulatory process for organismic homeostatas. *Physiology, Emotion and psychosomatic illness*, CIBA Foundation, Symposium 8 (New Series), Amsterdam: Excerpta Medica; 1972. pp. 57-85.
- 12 Fraiberg S. Pathological Defences in Infancy. *Psychoanal Quart* 1982; 4, 12-35.
- 13 Menahem S. Possible conservation withdrawal reaction in two infants. *Dev Behav Ped* 1984; 5:361-363.
- 14 Gauvain-Piquard A, Rodary CH, Rezvani A, Lemerle J. Pain in children aged 2-6 years: a new observational rating scale elaborated in a paediatric oncology unit. *Pain*, 1987 ; 31: 177-188.
- 15 Guedeney A. Dépression et retrait relationnel chez le jeune enfant : analyse critique de la littérature et propositions. *Psychiat Enf* 1999 ; 1 : 229-331.

16 Guedeney A, Fermanian J. A validity and reliability study of assessment and screening for sustained withdrawal reaction in infancy: the alarm distress baby scale. *Inf Ment Health J*, 2001; (5): 559-575.

17 Choquet M, Facy F, Laurent F, Davidson F. les enfants à risque d'âge pré-scolaire. Mise en évidence par analyse typologique. *Arch Franç Ped*, 1982; 3:185-192.

18 Dollberg, D., Feldamn, R., Keren, M., Guedeney, A. (2004) Sustained withdrawal behavior in clinic-referred and non-referred infants. Submitted.

19 Dossier : le retrait relationnel. Construction et validation d'une échelle de mesure du retrait relationnel précoce. *Revue de la Puéricultrice*, 2002, 153 : 13-18.

20 L'Adbb. (Alarme Détresse Bébé). Echelle d'évaluation de la réaction de retrait prolongé du jeune enfant. Film VHS, 24 minutes, CECOM, Hôpital Rivière des Prairies, Canada et CNASM, Lorquin, France, et AP/HP de Paris.

21 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 d'alarme détresse bébé (ADBB). *Psychiat Enf*, 2001 ; 1 : 211-231.

22 Guedeney, A., Doleans, C., Huot-Marchand, MC. Le dépistage du retrait relationnel précoce en PMI. *Arch Franç Ped* (sous presse)

23 Assumpção F B, Kuczynski E, Gabriel Da Silva Gego M, Castanho de Almeida Rocca C Escala de avaliação da retração no bebê: um estudo de validade. *Arch Neuro-psiquiatria (Sao Paulo)*, 2002 ; 60 : 56-60.

24 Figueiredo B, Matos B, Magarinho R et al. Ser jovem e ser mãe: um programa de prevenção psicológica para mães adolescentes. In: J Ribeiro, I Leal & M Dias (Eds) *Acta do 3º Congresso Nacional de Psicologia da Saude*, pp 11-24. Lisboa, Instituto de Psicologia Aplicada, 2000.

25 Matthey S, Guedeney A, Starakis N, Barnett B. Assessing the social behaviour of infants: use of the ADBB scale and relationship to mother's mood. (submitted)

26 Puura K, Guedeney A, Tamminen T, Mäntymaa M, Roberts R, Papadopoulos K, Rudic N, Paradisiotou A. Detecting signs of distress in infants. A comparison between two observation methods (submitted).

27 Assumpcao, F. B., Kuczynski, E., Da Silva Rego, M. G., Castanho de Almeida Rocca, C. (2002). Escala de avaliação da reação de retração no bebê. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 60, 56-60.

28 Bookless, C. (2004, January). A longitudinal study examining factors associated with withdrawal in infants. In A. Guedeney (Chair), *The Use of the Alarm Distress Baby Scale (ADBB)*. Symposium conducted at the meeting of the World Association for Infant Mental Health, Melbourne, Australia.

29 Dollberg, D. (2004, January). Sustained withdrawal behavior in clinic-referred and non-referred infants. In A. Guedeney (Chair), The Use of the Alarm Distress Baby Scale (ADBB). Symposium conducted at the meeting of the World Association for Infant Mental Health, Melbourne, Australia.

30 Lopes, S. (2004, January). The Distress Alarm Baby Scale: A validity and reliability study. In A. Guedeney (Chair), The Use of the Alarm Distress Baby Scale (ADBB). Symposium conducted at the meeting of the World Association for Infant Mental Health, Melbourne, Australia.

31 Puura, K. (2004, January). The Alarm Distress Baby Scale in assessment of two-month-old infants. In A. Guedeney (Chair), The Use of the Alarm Distress Baby Scale (ADBB). Symposium conducted at the meeting of the World Association for Infant Mental Health, Melbourne, Australia.

L'échelle d'évaluation de la réaction de retrait prolongé du jeune enfant. (document vidéo de 24 minutes)

Dans ce document vidéo, le professeur Antoine Guedeney décrit l'ADBB : les principaux items, les cotations, les études de validation, l'importance de la réaction de retrait en psychopathologie de la petite enfance...Des examens de bébés ainsi que des commentaires d'une puéricultrice et d'un pédiatre illustrent et appuient son propos.

Pour
commander  suite
la vidéo :

Publications :

1. A Validity and Reliability Study of Assessment and Screening for Sustained Withdrawal Reaction in Infancy: The Alarm Distress Baby Scale. A. Guedeney & J. Fermanian, **Infant Mental Health Journal**, 2001, 22(5):559-575.

2. L'évaluation du comportement de retrait relationnel du jeune enfant lors de l'examen pédiatrique par l'échelle d'alarme détresse bébé (ADBB). A. Guedeney, J. Charron, M. Delour, J. Fermanian. **La**

Psychiatrie de l'enfant, XLIV, 1,2001: 211-231.

3. Le retrait relationnel. Dossier formation. M. Vermillard, A. Guedeney.
Cahiers de la puéricultrice, 2002, 39, 153: 13-19.

4. Infant Depression and Withdrawal: clinical assessment. A. Guedeney. In J.D. Osofsky & H.E. Fitzgerald (Eds), **WAIMH Handbook of Infant Mental Health**. Vol 4 (pp.455-484). New York: John Wiley & sons.

5. From Early Withdrawal Reaction to Infant Depression. Guedeney A.
Infant Mental Health Journal, 1997, 18(4): 339-349.

Etudes, recherches, thèses...

2003

Simone FACURI-LOPES, Alarme de estresse do bebê : ADBB, Avaliacao de un instrumento para detectao de sinais precoces de problemas emotionas da crianca pequena. Belo Horizonte Faculttade de medicina da UFMG.

2003

Fabienne BELTRAN, infirmière en néonatalogie. Etude d'une meilleure prise en charge de la souffrance psychique des enfants prématurés. Mémoire de DU de psychiatrie périnatale , Paris Denis Diderot Paris VII.

2002

Nicole PUJOS, Docteur en médecine, les outils de dépistage précoce de l'autisme. Utilisation de l'ADBI en PMI. Diplôme inter-universitaire du l'autisme. Faculté de médecine Toulouse 3.

Juin 2001

Muriel ALNOT-PERROLIN, Docteur vétérinaire, mémoire pour l'obtention du diplôme de vétérinaire comportementaliste des écoles nationales vétérinaires françaises.

Troubles du développement : le syndrome de privation sensorielle du chien et les troubles correspondant de l'enfant. Ecole nationale vétérinaire de Maison Alfort, , directeur Professeur Colette ARPAILLANGE, 92 pages.

2000-2001

Pascaline SAINTE BEUVE épouse MARPEAU. Mémoire pour le diplôme universitaire de psychopathologie du bébé, université Paris 13, Bobigny, UFR de médecine Léonard DE VINCI. Objectivité et subjectivité dans l'observation préventive du bébé : apport de l'échelle ADBB. Directeur Professeur Marie-Rose MORO.

1999-2000

Sophie VIRY, Mémoire de diplôme du puéricultrice, CRU de Nancy, école de puériculture. Le dépistage des carences affectives précoces : quel outil ? ou

comment une puéricultrice de PMI peut-elle prévenir les troubles du développement des enfants souffrant de carences relationnelles et affectives.

1997-1998

Caroline DUMOND, la dépression du nourrisson. De la réaction précoce de retrait à la dépression. Mémoire de DEA, Directeur Pr B. BRUSSET, UFR Sciences humaines René DESCARTES, Paris V, 115 pages.

1997

Héloïse COURTIER, mémoire de maîtrise en psychopathologie, les concepts de dépression et de retrait chez le bébé. Directeur : Pr Solange CARTON, 75 pages.

Données statistiques

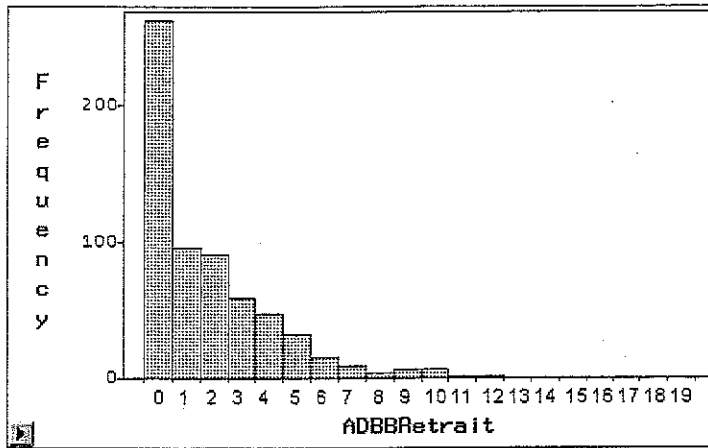
concernant l'échelle ADBB

Proportion d'enfants ayant obtenu un score supérieur au seuil clinique à l'échelle ADBB

Voici le tableau récapitulatif des données disponibles concernant les pourcentages d'enfants ayant obtenu un score égal ou supérieur à 5 (seuil critique) lors de la passation de l'échelle ADBB.

Article de référence	Auteurs de l'article	Nb d'effs	Age	Lieu	Date de l'étude	% > 5	% ≥ 5	Moy.	Ec-t.	Etendue
	Guedeney, Foucault, Bougen, Larroque & Mentré	640	14 à 18 mois	Paris et Ile de France	09/04 - 07/05	8%	13%	1,9	2,5	0 à 19
				Poitiers			21%			
				Nancy			16%			
				Finlande			8%			
A validity and reliability study of assessment and screening for sustained withdrawal reaction in infancy: the alarm distress baby scale	Guedeney & Fermanian	60	2 à 24 mois	Paris	07/96 - 07/97	28%	31%	3,4	3,78	0 à 17
Sustained withdrawal behavior in clinicreferred and nonreferred infants	Dollberg, Feldman, Keren & Guedeney	43	7 à 36 mois	Israël			11,6%	1,86	2,4	
	Lopes	122	2 à 19 mois	Brésil			11,5%			

Les pourcentages d'enfants détectés "en retrait relationnel" par l'échelle ADBB vont de 8 % (étude finlandaise) à 31 % (étude parisienne), ce qui correspond à une variation assez importante (voir également graphiques 1 et 2), qui peut être en partie expliquée par le lieu de l'étude, le type de population ciblée et le nombre d'enfants testés.



Graphique 1 : distribution des scores - article de Guedeney, Foucault, Bougen, Larroque et Mentré (13 % d'enfants ≥ 5).

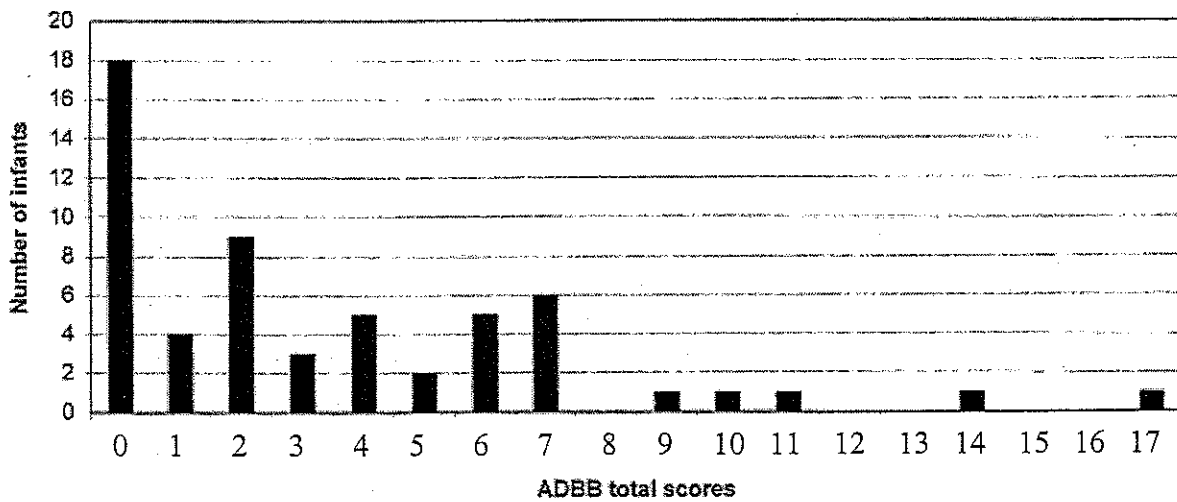


FIGURE 1. Distribution of the nurse's ADBB total scores.

Graphique 2 : distribution des scores - article de Guedeney et Fermanian (31 % d'enfants ≥ 5).

Troubles détectés par l'échelle ADBB

Dans l'étude de Guedeney, Foucault, Bougen, Larroque et Mentré (2006), parmi les enfants en retrait relationnel, 43 % avaient des troubles du sommeil, 25 % avaient des difficultés relationnelles et comportementales, 4 % avaient des troubles alimentaires, 3 % avaient subi des événements familiaux stressants et 3 % avaient un retard de développement.

IV. Descriptif de l'échantillon minimal à constituer pour l'évaluation de l'outil de dépistage précoce

L'échelle ADBB est censée détecter les troubles suivants (prévalence entre parenthèses) :

- Troubles sensoriels (3 % ?)
- Retard de croissance (?)
- Troubles de l'attachement (?)
- Douleur aiguë durable (?)
- Dépression (1-3 %)
- Autisme et autres TED (5/1000)
- Syndromes post traumatiques (1 %)
- Troubles anxieux (1 %)
- Troubles de la régulation (?)

Plusieurs de ces troubles ont une prévalence inconnue, mais si l'on se base sur les chiffres disponibles, on peut considérer qu'environ 10 % des jeunes enfants ont une pathologie détectable par cette échelle.

Nous ne disposons pas de chiffres officiels concernant le pourcentage d'enfants dont le score était supérieur à 5 dans les études de Guédeney et ses collègues. Néanmoins, une étude arménienne, dans le cadre d'une formation à l'utilisation de l'échelle ADBB, a rapporté un taux de 30,7 % d'enfants ayant un score supérieur à 5. Une fois retestés, 56 % de ces enfants avaient de nouveau une cote supérieure à 5, ce qui correspond au final à un taux de **15 % d'enfants** détectés par l'échelle.

La liste des centres de consultation pour les nourrissons fournie par l'ONE (<http://www.one.be/>) recense un total de 511 adresses de consultations réparties dans 352 localités différentes (voir annexe Excel) :

La table de fréquence ci-dessous présente le nombre de centres par province et leur pourcentage par rapport aux 511 centres recensés.

	Effectif	Pourcentage
Bruxelles	83	16,24
Brabant wallon	34	6,65
Liège	107	20,94
Namur	59	11,54
Hainaut	207	40,51
Luxembourg	21	4,11

Le respect de ces proportions amène à choisir de manière aléatoire le nombre de centres suivant, selon une clé de 5 % (dans la mesure où 25 centres semble être un juste milieu entre les moyens à mettre en œuvre pour assurer la formation des médecins et le minimum nécessaire pour respecter les hypothèses statistiques de base. On tendrait vers un idéal en doublant ce nombre. A noter que la répartition est proportionnelle au nombre de centres dans les provinces et donc fortement inégale entre les provinces).

	Effectif	Pourcentage	Nombre de centres à sélectionner
Bruxelles	83	16,24	4
Brabant wallon	34	6,65	2
Liège	107	20,94	5
Namur	59	11,54	3
Hainaut	207	40,51	10
Luxembourg	21	4,11	1
Total			25

Voici les 25 centres désignés aléatoirement parmi la liste du site de l'ONE :

	Nom	Adresse	Code Postal	Localité	Province	Téléphone
1	CN SCHAERBEEK	Rue d'Anethan 13	1030	Schaerbeek	Bruxelles	02/216.90.57
2	CN UCCLE	Rue de la Mutualité 75	1180	Uccle	Bruxelles	02/346.35.99
3	CN SAINT-GILLES	Av Adolphe Demeur 33	1060	Saint-gilles	Bruxelles	02/538.38.53
4	CN BRUXELLES	Rue de l'Epargne 1	1000	Bruxelles	Bruxelles	02/217.51.41
5	CN REBECQ	Grand'Place 16	1430	Rebecq-Rognon	Brabant wallon	067/79.41.53
6	CN OTTIGNIES	Rue de la Sapinière 10	1340	Ottignies	Brabant wallon	010/40.07.66
7	CN MARCHIN	Rue Emile Vanderveelde 6 A	4570	Marchin	Liège	085/23.63.75
8	CN GLONS	Rue Saint Pierre 8	4690	Glons	Liège	04/388.45.30
9	CN STAVELOT	Rue Basse Cour 4	4970	Stavelot	Liège	080/86.32.63
10	CN LIEGE	Rue Saint Gilles 439	4000	Liege	Liège	04/252.67.83
11	CN LONCIN	Rue de Jemeppe 40	4431	Loncin	Liège	04/263.06.17
12	CN BELGRADE	Place du Bia Bouquet 4	5001	Belgrade	Namur	081/58.29.99
13	CN SOMBREFFE	Rue Gustave Fiévet 26	5140	Sombreffe	Namur	
14	CN JAMBES	Parc Reine Astrid	5100	Jambes	Namur	081/30.01.07
15	CN ROUX	Rue Ferrer 4	6044	Roux	Hainaut	071/45.00.81
16	CN FELUY	Chée de Familleureux 2	7181	Feluy	Hainaut	067/87.97.26
17	CN SOUVRET	Rue du Peuple 4	6182	Souvret	Hainaut	071/45.77.21
18	CN GOUTROUX	Rue des Alliés 2 Bis	6030	Goutroux	Hainaut	
19	CN GRAND RENG	Rue Paul Janson 66	6560	Grand-Reng	Hainaut	064/77.17.59
20	CN JUMET	Rue J Loriaux 10/02	6040	Jumet	Hainaut	071/41.01.83
21	CN COMINES	Rue de Wervicq 14	7780	Comines	Hainaut	056/55.62.99
22	CN CARNIERES	Place de Carnières 51	7141	Carnieres	Hainaut	064/26.16.60
23	CN HAINE SAINT PIERRE	Grand Place 15	7100	Haine-St-Pierre	Hainaut	064/22.20.45
24	CN HERSEAUX PLACE	Place 14	7712	Herseaux	Hainaut	
25	CN BOUILLON	Rue des Bastions 5 bte 2	6830	Bouillon	Luxembourg	061/46.57.46

Pour que les données soient fiables d'un point de vue statistique, une quarantaine de sujets par centre serait nécessaire, ce qui correspond à **un millier d'enfants** au total.

Si le projet s'étale sur plusieurs mois, l'idéal serait de faire passer deux fois l'échelle, à quelques mois d'intervalle, pour pouvoir effectuer un *follow up*. Les enfants seraient par exemple vus une première fois entre l'âge de six mois et un an et seraient retestés une seconde fois, environ six mois plus tard. Il faut toutefois garder à l'esprit que les enfants testés au premier moment ne viendront pas tous à la seconde consultation (et ne pourront donc pas être testés une seconde fois), et que la taille de l'échantillon s'en ressentira.

Remarque :

Sur le plan statistique, plusieurs mises en garde doivent être faites concernant l'échelle ADBB :

- il existe une dissymétrie entre le normal et le pathologique (tout ce qui n'est pas coté 0 à un item est considéré comme anormal), et la cote de 5, bien qu'ayant la meilleure spécificité et la meilleure sensibilité, reste assez arbitraire.
- il est fort probable que la variance des résultats sera très faible (très peu de cotes supérieures à 5, et énormément de cotes proches de 0).
- une cote de 5 à l'échelle peut correspondre à des profils très différents (cote 1 à 5 items, cote 4 à un item + cote 1 à un autre, etc.). Il serait donc important de connaître le détail des scores aux différents items.

En supplément de l'échelle ADBB, il nous semble intéressant d'utiliser la grille d'évaluation des interactions mère-nourrisson (*voir partie de Maggy Camus*). Néanmoins, cette grille est fort vaste et ne permet pas le recueil de données quantitatives. Un travail d'"élagage" et de transformation de cette grille pourrait donc être envisagé afin de : 1° diminuer le temps de passation ; 2° ne sélectionner que les items qui nous intéressent dans le cadre de ce projet ; 3° permettre d'obtenir un (ou plusieurs) score(s) métriques, et ainsi pouvoir calculer des corrélations entre ce(s) score(s) et le score à l'échelle ADBB.

VI. Le travail en réseau et l'activation du réseau :

Les suites à donner lorsqu'un cas problématique se présente

- **Introduction :**

L'utilisation d'outils de prévention en santé mentale au sein des consultations ONE permettra d'orienter les enfants de 0 à 3 ans et leurs parents, le cas échéant, vers un réseau de professionnels de la santé mentale. Il est donc indispensable de réfléchir à comment informer les familles d'une difficulté relevée lors d'une consultation, comment les orienter vers d'autres professionnels, quels professionnels choisir et comment assurer un suivi de l'enfant et de sa famille pendant leurs démarches.

Nous parlerons ici de « services du réseau » et de « réseau » pour les structures, équipes et professionnels vers lesquels l'enfant et sa famille pourront être dirigés pour un diagnostic et un suivi éventuels.

Pour répondre à ces questions, tout un travail doit être réalisé :

- **Information et encadrement :**

Définir comment les professionnels travaillant à l'ONE peuvent informer les familles de l'examen réalisé, comment ils peuvent les orienter vers un spécialiste ou une équipe pluridisciplinaire et comment suivre le dossier de l'enfant et accompagner les parents dans cette démarche.

- **Analyse du réseau actuel :**

Relever les différents services, structures et professionnels intervenant actuellement dans le dépistage et/ou le suivi des troubles en santé mentale chez l'enfant de 0 à 3 ans.

- **Analyse approfondie des services du réseau :**

Décrire plus précisément ces services grâce à une étude qui pourrait être réalisée auprès de ces structures. Les dépistages et suivis qui peuvent y être effectués pourront être analysés en terme de fréquence, disponibilité, délais, coûts...etc. pour

renseigner au mieux les professionnels de l'ONE, les pédiatres et médecins généralistes et les parents.

- Lien entre les troubles détectés en consultations et les services du réseau :

Sur base de ces données, et pour chacun des troubles susceptibles d'être mis en évidence lors des consultations, pointer quelle serait la structure la mieux adaptée à laquelle référer l'enfant et sa famille, et qui réalisera au mieux un dépistage et une prise en charge le cas échéant.

Nous voulons souligner l'importance d'un suivi global de la situation de l'enfant et des parents lorsqu'il sera nécessaire d'orienter les familles vers des professionnels de la santé mentale. Cette démarche n'est pas facile et peut nécessiter un certain encadrement vis à vis des familles. Nous allons ci-dessous proposer une marche à suivre. Nous pensons qu'il serait intéressant de favoriser la mobilisation des médecins généralistes et pédiatres afin qu'ils puissent assumer un rôle de coordination dans les démarches des parents et familles..

- Information et encadrement :

Tout d'abord, une brochure d'explication devrait renseigner tous les parents qui viennent en consultations ONE sur les examens qui y seront réalisés. Cette brochure serait disponible dans les salles d'attentes et donnée aux parents. Elle pointerait l'importance d'une prise en charge globale de la santé du nourrisson, y compris la santé mentale ou psychique. Il sera important de souligner que certains comportements font partie du développement normal à un âge donné et qu'il faut souvent revoir le nourrisson avant de pouvoir se prononcer avec plus de certitude. Le but est de s'assurer que l'enfant se porte bien et si une difficulté est détectée et doit être suivie, cela se fera d'autant plus efficacement si elle est relevée précocement. Une brochure explicative pourrait également être réalisée pour les médecins généralistes et les pédiatres afin de les renseigner sur les examens réalisés et les informations qu'ils pourront recevoir et que nous expliquons plus bas. Une troisième information pourrait être donnée aux différents services du réseau qui seront utilisés et renseignés par les professionnels des consultations ONE afin d'optimiser le transfert des données et l'accueil de la demande dans le service concerné.

Pour les parents d'enfants chez lesquels on suspecterait un problème, le médecin

des consultations ONE pourrait leur remettre une fiche destinée à informer leur médecin généraliste ou pédiatre ainsi qu'une fiche pour le service vers lequel ils seront orientés et où serait inscrite la demande et les renseignements nécessaires à la prise en charge. Ces feuilles devront être faciles et rapides à compléter pour le professionnel de l'ONE. Les médecins généralistes, pédiatres et services du réseau seraient informés des fiches informatives qui leurs seront destinées via les brochures dont nous parlons plus haut. Ces feuilles reprendraient également les coordonnées de la consultation ONE d'où émane la demande.

L'orientation vers le réseau peut être indiquée aux parents de plusieurs manières : le médecin des consultations ONE peut leur fournir une brochure reprenant les services auxquels ils peuvent s'adresser mais également les renseigner sur des services avec lesquels il a l'habitude de travailler et qui peuvent assurer le suivi. Nous pourrions fournir une liste de services en réseau aux professionnels de l'ONE mais il ne faudra pas négliger leurs pratiques et habitudes professionnelles qui leur ont déjà permis de mettre en place des collaborations extérieures.

Le recensement des structures indiquées dans ces brochures pourra se faire en fonction d'une analyse précise des diagnostics et suivis réalisés au sein de ces structures afin de ne garder que celles qui seraient pertinentes pour les difficultés relevées en consultation. Ces critères devront être précisés. Le professionnel de l'ONE choisira la brochure de services en fonction des résultats de ses analyses.

Il ne faut pas oublier qu'il sera aussi nécessaire de former les professionnels travaillant en consultations ONE à l'annonce d'une orientation vers le réseau ainsi qu'au remplissage des formulaires médecins/pédiatres et services du réseau.

Enfin, la prise de rendez-vous dans le service renseigné pourrait se faire soit lors de la consultation ONE, soit par les parents eux-mêmes, soit via leur médecin ou pédiatre s'ils le désirent. Nous pensons qu'en fonction des troubles repérés, il sera plus ou moins nécessaire de prendre les contacts lors de la consultation et qu'il n'y a pas de mode de fonctionnement unique.

- Analyse du réseau actuel :

Nous avons relevé quatre structures principales qui pourraient être utilisées pour une orientation après les consultations ONE : il s'agit des Services de Santé Mentale, des Centres de Réadaptation Fonctionnelle, des Services d'Aide Précoce, et des

services de Pédopsychiatrie des Hôpitaux. Nous ajoutons les pédiatres et autres spécialistes (pédopsychiatres et pédopsychologues, neuropédiatres, neuropsychologues...) travaillant en privé ainsi que certaines structures de deuxième ligne.

1. Les Services de Santé Mentale :

1.1 Présentation :

Le décret de la Région Wallonne définit le Service de Santé Mentale comme :

"une structure ambulatoire qui, par une approche pluridisciplinaire et en collaboration avec d'autres services et personnes concernés par la santé mentale, assure l'accueil, le diagnostic et le traitement psychiatrique, psychologique et psychosocial des personnes".

Les centres de santé mentale s'adressent aux enfants, adolescents et adultes vivant des difficultés psychologiques, relationnelles ou psychiatriques. Ils prennent en charge des problèmes d'ordre personnel, familial ou scolaire. Ils proposent un diagnostic, une évaluation et une prise en charge dans une perspective médicale, psychologique et sociale. Ils ont également un rôle de prévention.

Description des Services de Santé Mentale par la Ligue Wallonne pour la Santé Mentale :

Ils comportent des équipes pluridisciplinaires composées de :

- travailleurs sociaux,
- médecins spécialistes, psychiatre,
- psychologues,
- logopèdes,
- kinésithérapeutes
- psychomotriciens, ...

Les problèmes traités sont par exemple :

- des difficultés d'adaptation sociale, scolaire, ...,
- des troubles comportementaux, psychosomatiques, du développement, de l'apprentissage...
- des manifestations d'anxiété, de stress, de dépression, ...,
- des situations de maltraitance, de toxicomanie, d'alcoolisme, d'abus sexuel...
- des difficultés relationnelles, dans le couple, dans la famille, ...

On peut y trouver :

- * un avis, un conseil ou une orientation
- * une guidance psychosociale
- * un soutien psychologique
- * une aide médicamenteuse
- * une prise en charge psychothérapeutique
- * un appui pour aider à refaire surface pendant ou après un deuil, une séparation, une maladie, une dépression, ...
- * une aide pour l'enfant dans ses difficultés scolaires ou relationnelles
- * un lieu pour parler des difficultés familiales, conjugales, professionnelles ...

Types d'activités:

- consultations psychologiques, psychiatriques, logopédiques & aide sociale,
- psychothérapies individuelles, familiales,
- consultations médico-psycho-sociales,
- logopédie, psychomotricité, guidances psycho-sociales

En plus, le Service de Santé Mentale organise parfois :

- * des lieux de parole
- * des permanences psycho-sociales
- * des animations de quartier
- * des conférences
- * des ateliers à visée thérapeutique
- * des supervisions pour les professionnels

Dénommés officiellement "Services de Santé Mentale", on les appelle aussi "Centres de Guidance", "Centres de Santé Mentale" ou par un autre nom choisi par le service.

Ils sont ouverts, en semaine, pendant la journée, et parfois le soir et le samedi.

Les rendez-vous se prennent habituellement par téléphone, et la consultation a généralement lieu dans les locaux du Service (parfois à domicile).

L'équipe peut être contactée pour une consultation ponctuelle ou pour une demande d'aide à plus long terme.

1.2 Spécificité pour la prise en charge des 0 – 3 ans :

Il est très important de noter que « Le service de santé mentale peut, à titre exceptionnel et moyennant un agrément mentionnant cette particularité, se spécialiser dans la prise en charge d'enfants et d'adolescents. »

« ...La direction thérapeutique de l'équipe pluridisciplinaire est confiée à un médecin spécialiste ...dans le cas d'une spécialisation du service de santé mentale dans la prise en charge d'enfants : en pédopsychiatrie. » (Extraits des articles 10 et 12 du décret organisant l'agrément et le subventionnement des services de santé mentale)

1.3 Fréquence :

Les informations concernant les services de santé mentale en wallonie ont été recueillies auprès de l'Institut Wallon pour la Santé Mentale et auprès de la Direction Générale de l'Action Sociale et de la Santé du Ministère de la Région wallonne (DGASS). Pour la région bruxelloise, les informations ont été recueillies auprès de la Ligue Bruxelloise Francophone pour la Santé Mentale.

Nombre total de services en Wallonie: 80

Nombre de services de santé mentale par province (agrés et répertoriés) (voir fichier en annexe):

- Brabant Wallon: 9
- Namur: 10
- Luxembourg: 7
- Liège: 32
- Hainaut: 22

Nombre de services de santé mentale sur Bruxelles: 27

Nombre de services ayant reçu l'agrément pour accueillir spécifiquement des enfants et adolescents, donc ayant au moins un pédopsychiatre :

- Brabant Wallon: 2
- Namur: 1
- Luxembourg: 1
- Liège: 6
- Hainaut: 0

En ce qui concerne Bruxelles, nous avons pu recenser dans les informations données par la Commission communautaire française de la Région de Bruxelles-Capitale (voir tableau en annexe):

- le nombre de SSM déclarant prendre en charge des enfants: 21
- le nombre de SSM ayant au moins un pédopsychiatre dans leur équipe: 11

Ces chiffres sont des données officielles, mais dans la pratique, d'autres centres s'intéressent fortement à la petite enfance (comme à Dinant, Charleroi et Tournai) sans avoir reçu l'agrément.

Selon la personne contact que nous avons eu à la DGASS, tous les services de santé mentale, même s'ils ne sont pas agréés spécifiquement pour accueillir des enfants, sont

censés accueillir toute personne qui se présente, y compris des enfants. Toutefois dans la pratique, beaucoup de services sont réticents à prendre en charge des enfants.

Les raisons de cette réticence pourraient être imputées au fait que le nombre d'enfants en bas âge à fréquenter les services de santé mentale ne seraient pas nombreux (puisque les troubles ne sont pas toujours dépistés très tôt), et que les services non spécialisés en petite enfance ne disposeraient que rarement d'un thérapeute du développement.

2. Les Services d'Aide Précoce :

Remarque préalable : Les Services d'Aide Précoce offrent leurs services aux parents d'enfants de 0 à 7 ans atteints d'un handicap mental (déficit intellectuel) et/ou moteur, ou d'un retard global de développement. Habituellement, ces enfants présentent un handicap et/ou un retard de développement dus à des anomalies chromosomiques, des maladies génétiques, des infirmités motrices cérébrales, des encéphalopathies congénitales ou acquises.

Ils ne peuvent donc pas prendre en charge des enfants tout-venant chez qui on ne suspecterait pas au moins un retard de développement, car les dossiers des enfants sont rentrés à l'AWIPH.

2.1 Présentation :

Ces services sont tenus de promouvoir la prévention et le dépistage des handicaps de toute nature avant, pendant et après la grossesse. Leur mission générale est d'apporter une aide éducative par des interventions individuelles principalement à domicile, aux enfants atteints d'une déficience avérée sur le plan mental, physique ou sensoriel, depuis la naissance jusqu'à l'âge de 7 ans.

Description des SAP par l'AWIPH :

« Etre ou devenir parent d'un enfant différent peut susciter beaucoup de questions : que faire pour bien s'en occuper au quotidien ? Comment l'aider à progresser ? Pourra-t-il être accueilli dans une crèche et une école comme tous les autres enfants ? Comment les frères et sœurs vont-ils vivre cette situation ? Quelles démarches faut-il pour faire reconnaître son handicap ? »

Pour répondre à ces questions et soutenir les parents, l'Agence wallonne pour l'intégration des personnes handicapées (AWIPH) agréée et subventionnée 19 services d'aide précoce répartis sur le territoire wallon.

Les équipes de professionnels qui les constituent sont là pour aider l'enfant et sa famille à vivre au mieux cette période qui va de la naissance (ou même avant) jusqu'à l'âge de sept ans, et cela sur le plan éducatif, social et psychologique.

Dialoguer avec le médecin, coordonner des soins, trouver un rééducateur, conseiller des jeux, parler de développement, d'alimentation, d'avenir, de difficultés psychologiques, évaluer les progrès, trouver des aides techniques : toutes ces actions sont possibles dans la plupart des services d'aide précoce.

Pour bien accueillir l'enfant, la crèche et l'école devront peut-être aussi bénéficier d'informations et de conseils. Le service d'aide précoce peut fournir cette aide, en collaboration avec le centre P.M.S. (centre psycho-médico-social) et avec toutes les personnes concernées.

Les parents restent cependant toujours maîtres de l'éducation de leur enfant et des décisions qui le concernent. Le service n'intervient qu'à leur demande et dans les limites qui ont été définies ensemble. C'est également ensemble que sont déterminés les objectifs fixés et le projet d'intervention personnalisé.

Le service d'aide précoce doit fournir au bureau régional de l'AWIPH un document décrivant les grands axes de la prise en charge nécessaire en fonction des besoins de l'enfant et de ses parents.

Equipe :

Une équipe pluridisciplinaire composée, selon les services :

- d'un(e) psychologue,
- d'un(e) assistant(e) social(e),
- d'un(e) logopède,
- d'un(e) kinésithérapeute,
- d'un ergothérapeute,
- d'un(e) éducateur(trice)...

Remarque : en général, il n'y pas de médecin intégré au SAP mais parfois une supervision médicale réalisée par un neuro-pédiatre.

En fonction de la demande, l'un ou l'autre d'entre eux suivra plus particulièrement l'enfant. Si c'est le souhait des parents, ils peuvent également rencontrer d'autres parents.

Les diverses activités relevées dans les différents SAP de Wallonie :

- Prise en charge (à domicile) d'enfants handicapés de 0 à 6 ans par une équipe pluridisciplinaire
- Promouvoir et coordonner la prévention, le dépistage des handicaps de toute nature avant, pendant et après la naissance
- Assister socialement et psychologiquement, entre autre, les parents d'un enfant handicapé dès la naissance ; un soutien des parents dans leurs tâches éducatives et la possibilité d'accompagnement pour les démarches administratives, médicales ou autres ; aide éducative, sociale et psychologique à la famille
- Eduquer précocement, par des interventions individuelles à domicile notamment, les enfants handicapés depuis leur naissance jusqu'à leur entrée à l'école
- Visites à domicile, testing, stimulations sensorielles, motrices, verbales
- Aide éducative à domicile pour appareillage technique à 6 ans
- Visite à domicile - réunions de parents - ateliers récréatifs - ludothèque (travail

- d'information auprès de famille).
- Visites régulières à la maison, à l'école ou à la crèche ; un suivi dans ses différents milieux de vie (famille, crèche, école) selon un programme de stimulations adaptées
 - Etablissement avec les parents d'un projet éducatif adapté (comment stimuler, quels jeux lui proposer, comment l'intégrer dans un milieu d'accueil)
 - Rencontres possibles avec d'autres familles à l'occasion de réunions d'information ou d'activités récréatives.
 - Une observation et une évaluation des possibilités de l'enfant
 - Une collaboration avec les professionnels qui entourent l'enfant

2.2 Fréquence :

Quelques chiffres (selon la liste officielle de l'AWIPH):

Nombre total de SAP en Wallonie: 19

Nombre de SAP par province (voir tableau excel en annexe):

- Brabant Wallon: 3

- Namur: 2

- Luxembourg: 2

- Liège: 5

- Hainaut: 7

Nombre de services disponibles pour Bruxelles: XXX

3. Les Centres de Réadaptation Fonctionnelle :

Remarque préalable: ces centres s'adressent principalement à des enfants porteurs d'un handicap mental, moteur ou sensoriel. Beaucoup de ces centres sont spécialisés dans la prise en charge d'un handicap spécifique (IMC, handicap auditif, ...). Ils ne conviennent donc pas pour envoyer des enfants tout-venant chez qui on dépisterait un trouble psychopathologique sans suspicion de retard de développement ou de handicap.

3.1 Présentation :

Les centres de réadaptation fonctionnelle ont pour mission d'assurer à la personne handicapée, une récupération optimale de ses fonctions organiques, physiques ou psychiques qui se sont trouvées altérées

Les centres de réadaptation fonctionnelle concernent les pathologies suivantes :

- troubles locomoteurs
- troubles cardiaques
- troubles psychiques
- troubles psychiques associés ou pas à une déficience mentale chez l'enfant ou l'adolescent
- troubles de la parole et de l'ouïe (troubles du langage oral ou écrit, de l'audition)
- infirmités motrices cérébrales
- troubles de la vue
- troubles instrumentaux d'origine neuropsychologique
- retard mental ou scolaire, de la motricité, du développement

Après examen et diagnostic, un programme de réadaptation intensif et pluridisciplinaire est proposé en ambulatoire : suivi médical, psychologique, logopédique, social, ergothérapie, kinésithérapie, psychomotricité, ...

Tous les Centres de Réadaptation Fonctionnelle (CRF) sont reconnus et conventionnés par l'Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité (INAMI).

3.2 Spécificité pour les 0-3 ans :

Tous les centres de réadaptation fonctionnelle ne semblent pas disposer d'un psychologue ou d'un psychiatre spécialisé chez les enfants de 0 à 3 ans. Au niveau du suivi psychologique, il faudrait s'assurer pour chacun des centres de la présence d'un professionnel en santé mentale pour ceux-ci. En effet, certains centres semblent être destinés essentiellement aux adultes.

3.3 Fréquence :

Quelques chiffres (selon la liste fournie par l'AWIPH):

Nombre total de CRF en Wallonie: 75

Nombre de CRF par province (voir tableau excel en annexe):

- Brabant Wallon: 6

- Namur: 4

- Luxembourg: 1

- Liège: 39

- Hainaut: 25

à Bruxelles: XXX

4. Services de pédopsychiatrie des hôpitaux

4.1 Présentation :

Les services de pédopsychiatrie proposent parfois, en plus de l'hospitalisation des enfants, des consultations en ambulatoires. Cependant, tous les hôpitaux ne possèdent pas de services de pédopsychiatrie et les consultations ambulatoires ne sont pas systématiquement proposées.

Deux exemples :

Le Service de psychiatrie infanto-juvénile des Cliniques Universitaires Saint-Luc – Bruxelles

Le service de psychiatrie infanto-juvénile a différents secteurs d'activités cliniques:

- * consultations ambulatoires
- * psychiatrie de liaison: section périnatalité
- * psychiatrie de liaison: section enfants et adolescents
- * hospitalisation des enfants: le KaPP
- * centre de ressources autisme et TED (troubles envahissants du développement).
- * équipe SOS Enfants-Famille

L'activité périnatale est très diversifiée:

* le diagnostic, ainsi que les thérapies, brèves et à long terme, des perturbations du lien parents/nourrisson sont réalisées en ambulatoire

* Dans le cadre de la psychiatrie de liaison, ils proposent l'accompagnement hospitalier des bébés (et de leur famille) présentant des problèmes psychiques concomitants à une pathologie pédiatrique ou génétique : anorexie du nourrisson, cardiopathies, maladies génétiques, maltraitance, ...

* Au KaPP, ils réalisent, en hospitalisation de jour et en hospitalisation complète, le diagnostic et le traitement multidisciplinaire des problèmes psychiques liés au premier âge: anorexie grave, trouble du sommeil très invalidant, pleurs inexplicables,...

Hôpital Universitaire des Enfants Reine Fabiola (H.U.D.E.R.F.)

Pour enfants, adolescents, 0-18 ans, psychologie médicale, relations précoces,

pédopsychiatrie, thérapies individuelles, familiales, logopédie, médicamenteuses
L'équipe est constituée de Pédopsychiatres, psychomotriciennes, psychologues, éducateurs, logopèdes, infirmières, assistantes sociales.

Remarque :

Si l'hospitalisation des enfants en pédopsychiatrie s'avérait nécessaire pour diagnostiquer un trouble en santé mentale, nous devrions nous assurer de la disponibilité des lits K au sein de ces hôpitaux avant de proposer systématiquement ces structures aux parents.

4.2 Fréquence :

Nombre d'hôpitaux avec un service de pédopsychiatrie (et des lits K) en Wallonie :

Province + institution	K	k (jour)	k (nuit)
<u>Brabant wallon</u>			
1. La Petite Maison à Chastres	60		
2. Le Domaine	15		
3. Centre neurologique W. Lennox	56	7	
4. Les Feux follets			20
<u>Hainaut</u>			
1. Les Marronniers à Tournai	20	3	
2. Centre Albert Frère		30	
3. Van Gogh à Charleroi	15	5	
Namur Les Goélands à Spy	25		
Luxembourg La Clairière à Bertrix	14	6	

Hôpitaux généraux

Province + institution	K	k (jour)	k (nuit)
Liège 1. La Citadelle à Liège 2. Volière/Petit Bourgogne à Liège	20 8 « délinquants »		

A Bruxelles: - 5 K + 15 k jour à St Luc Woluwé
- 20 K à Erasme

Nombre d'hôpitaux avec consultations ambulatoires :

L'information n'est pas encore recensée, mais la région wallonne nous indique que cette recension devrait se faire dans le courant de l'année prochaine.

Ces quatre structures ont l'avantage d'être composées d'équipes pluridisciplinaires. Cependant, le recours aux spécialistes libéraux peut s'avérer utile et offrir un choix supplémentaire aux parents (par exemple en cas d'attente trop longue dans une des structures principales).

5. Les Professions libérales :

Selon nos propositions, les médecins généralistes et pédiatres s'avèrent être les mieux placés pour centraliser les informations provenant de l'ONE et encadrer les parents et familles. Il faut dès lors connaître le nombre de médecins et pédiatres pratiquant en libéral et maintenir une mise à jour des données chaque année.

L'INAMI nous a fourni le nombre de médecins généralistes et pédiatres mais ils ne savent pas distinguer ceux travaillant en cabinet privé de ceux travaillant en hôpitaux ou autre...

- tous les médecins généralistes confondus.....: 8
398
- tous les médecins spécialistes en pédiatries confondus.....:
774

En dehors des grandes structures proposées ci-dessus, les spécialistes pratiquant en privé peuvent également accueillir les enfants et leurs parents. Ils peuvent fournir un rendez-vous avec parfois moins de délai que les grandes structures, mais nous privilégions cependant les équipes pluridisciplinaires quand cela est possible.

Comme partenaires professionnels, nous pensons aux pédopsychiatres et pédopsychologues ainsi qu'aux neuropédiatres et neuropsychologues.

Par exemple, les neuropsychologues ont l'habitude de proposer un diagnostic et une prise en charge d'enfants hyperactifs, ou ayant des troubles de l'attention.

Les doubles compétences telle que la pédopsychiatrie et la neuropédiatrie n'étant pas des activités reconnues à l'INAMI, nous ne possédons pas ces statistiques. Cependant, nous avons celles se rapportant aux psychiatres et neuropsychiatres.

- tous les médecins spécialistes en neuropsychiatrie: 224
- tous les médecins spécialistes en psychiatrie: 845

Voici le détail de ces informations par province :

BRABANT WALLON :

- tous les médecins généralistes confondus: 851
- tous les médecins spécialistes en pédiatries confondus: 112
- les médecins spécialistes en neuropsychiatrie: 32
- les médecins spécialistes en psychiatrie: 95

HAINAUT :

- tous les médecins généralistes confondus: 1 915
- tous les médecins spécialistes en pédiatries confondus: 125
- les médecins spécialistes en neuropsychiatrie: 45
- les médecins spécialistes en psychiatrie: 112

LIEGE :

- tous les médecins généralistes confondus: 2 005
- tous les médecins spécialistes en pédiatries confondus ::184
- les médecins spécialistes en neuropsychiatrie: 44

- les médecins spécialistes en psychiatrie: 209

LUXEMBOURG :

- tous les médecins généralistes confondus: 432

- tous les médecins spécialistes en pédiatries confondus: 27

- les médecins spécialistes en neuropsychiatrie: 5

- les médecins spécialistes en psychiatrie: 22

NAMUR :

- tous les médecins généralistes confondus.....: 929

- tous les médecins spécialistes en pédiatries confondus: 54

- les médecins spécialistes en neuropsychiatrie.....: 17

- les médecins spécialistes en psychiatrie: 52

BRUXELLES :

- tous les médecins généralistes confondus: 2 257

- tous les médecins spécialistes en pédiatries confondus: 272

- les médecins spécialistes en neuropsychiatrie.....: 81

- les médecins spécialistes en psychiatrie: 355

6. Les services supplémentaires :

Il existe également un certain nombre de structures qui accueillent les enfants de 0 à 3 ans. Ces services pourraient, dans la suite de cette recherche, être analysés plus en profondeur afin de pouvoir les inclure dans les services en réseau si leurs pratiques s'avéraient correspondre à nos attentes (en termes de diagnostic et suivi).

Centre Orthogénique	Rue du Mayeuri, 30	6032MONT SUR MARCHIENNE	071/ 43.03.87
COTHAN	Rue de la Madeleine, 21	6041 GOSSELIES	071/ 35.47.34
C.R.F. du Centre Hospitalier "Notre Dame" et Unité d'Evaluation et de Réadapt.	Avenue du Centenaire, 73	6061MONTIGNIES SUR SAMBRE	071/ 27.85.30
C.R.F. Neurologique C.H.U. "ANDRE VESALE"	Avenue du Centenaire, 73	6061MONTIGNIES SUR SAMBRE	071/ 27.85.30
C.R.F. pour Cardiaques "ANDRE VESALE"	Route de Gozée, 706	6110MONTIGNY LE TILLEUL	071/ 29.54.80
Centre de Logopédie et de Psychomotricité	Route de Gozée, 706	6110MONTIGNY LE TILLEUL	071/ 29.58.97
HOPITAUX ST. JOSEPH, STE THERESE et I.M.T.R.	Grand'place, 24 a	6120 JAMIOULX	071/ 21.40.50
Centre Médical de Rééducation Logopédique	Rue de Villers, 1	6280 LOVERVAL	071/ 36.20.50
C.R.F. et de Rhumatologie	Square Roosevelt, 2	7000MONS	065/ 35.12.26
Centre de Réadaptation de la Parole et de l'Ouïe	Rue Ferrer, 159	7100 HAINE-ST-PAUL	064/ 23.31.52
Centre Hospitalier du Tivoli	Avenue Max Buset, 34	7100 LA LOUVIERE	064/ 27.64.42
Centre de Réadaptation St-Bernard	Avenue Max Buset, 34	7100 LA LOUVIERE	064/ 27.62.73
DIGNITE ET TRAVAIL	Rue Jules Empain, 43	7170MANAGE	064/ 54.14.09
DIGNITE ET TRAVAIL - Section Cardiologie	Rue Louis Cathy, 136	7331 ST-GHISLAIN	065/ 76.24.32
L'ANCRE	Rue Louis Cathy, 136	7331 ST-GHISLAIN	065/ 76.22.11
Centre de Réadaptation Cardiaque	Rue des Fossés, 7	7500 TOURNAI	069/ 22.04.32
C.R.F. pour Handicapés de la Parole et de l'Ouïe	Boulevard Lalaing, 39	7500 TOURNAI	069/ 33.11.11
C.R.F. pour adolescents et adultes "LE CAP"	Boulevard Lalaing, 39	7500 TOURNAI	069/ 33.10.93
LE CEP	Rue des Fossés, 7	7500 TOURNAI	069/ 22.04.32
LE SAULÉ	Rue du Crampon, 41	7500 TOURNAI	069/ 23.49.93
C.R.F. pour Handicapés de l'Ouïe et de la Parole	Rue du Saulchoir, 56	7540 KAIN	069/ 84.59.08
C.R.F. du Centre "Laurent Maréchal." Site C.H.R.	Rue du Couvent, 39	7700MOUSCRON	056/ 85.81.18
	Avenue de Fécam, 49	7700MOUSCRON	065/ 85.88.00

Luxembourg

Centre de Réadaptation Psycho-Sociale "LA CLAIRIER	Route des ardoisières	6880 BERTRIX	061/ 22.17.11
--	-----------------------	--------------	---------------

Les Services d'Aide Précoce en Wallonie

Nom	Adresse	Code postal - Ville	No téléphone
BRABANT WALLON			
SERVICE D'AIDE PRECOCE DE L'ANAHM	Chaussée de l'Herbaille, 85	1300WAVRE	010/ 22.77.89
TRIANGLE WALLONIE A.S.B.L. (Déficiency visuelle)	Rue Marcel Louis, 17	1315 PIETREBAIS	02/373.52.12
TRIANGLE WALLONIE A.S.B.L. (Déficiency auditive)	Rue Marcel Louis, 17	1315 PIETREBAIS	02/373.52.12
LIEGE			
REINE MARIE - SERVICE D'AIDE PRECOCE	Rue Monulphe, 80	4000 LIEGE	04/223.62.16
SERVICE D'AIDE PRECOCE "APEM 2"	Rue A. Bouvy, 11-13	4020 LIEGE	04/342.55.99
SERVICE D'AIDE PRECOCE "IRIS"	Rue G. Joachim, 49	4300WAREMME	019/ 32.47.92
SERVICE D'AIDE PRECOCE DE SOUMAGNE	Rue de l'Egalité, 250	4630 SOUMAGNE	04/377.52.54
SERVICE D'AIDE PRECOCE "APEM 1"	Rue de la Maison Communale 4802	HEUSY	087/ 22.88.53
NAMUR			
COUP DE POUSSE	Boulevard E. Melot, 2	5000 NAMUR	081/ 22.93.54
I.D.E.F.	Rue du Parc, 29	5060 SAMBREVILLE	071/ 77.85.32
HAINAUT			
Centre d'Aide Précoce "VERS LA VIE"	Rue Brigade Piron, 334	6061MONTIGNIES-SUR-SAMÉ	071/ 41.30.32
Centre d'Aide Précoce "VERS LA VIE"	Rue de l'Entreville, 9	6540 LOBBES	071/ 59.37.75
Centre d'Aide Précoce de Mons	Boulevard Kennedy, 15	7000MONS	065/ 33.82.51
SERVICE D'AIDE PRECOCE "SUSA"	Place du Parc, 18-20	7000MONS	065/ 37.31.84
SERVICE D'AIDE PRECOCE DE L'ANAHM	Chaussée Houtart, 219	7110 HOUDENG-GOEGNIES	064/ 26.49.36
Centre d'Aide Précoce de Tournai	Boulevard des Combattants	7500 TOURNAI	069/ 23.54.87
L'accueil	Place Raoul Nachez, 12	6041 Gosselies	071/31.47.79
Luxembourg			
SERVICE D'AIDE PRECOCE DE L'ANAHM	Route de Martelange, 69	6840 LONGLIER	061/ 27.77.19
SERVICE D'AIDE PRECOCE "SAPA"	Rue des Alliés, 32	6953 FORRIERES	084/ 21.09.08

Les Services de Santé Mentale à Bruxelles

Nom du service	Adresse	CP - Ville	No téléphone	Accueil enfants	Pédopsy
L'Adret	Avenue Albert 1er, 135	1190 Bruxelles	02/344 32 93	Oui	Non
A.N.A.I.S.	Rue Fraikin 27	1030 Bruxelles	02/242 11 36	Non	Non
Centre de guidance d'Etterbeek	Avenue des Casernes 27	1040 Bruxelles	02/646 14 10	Oui	Non
Centre de guidance d'Ixelles (dep. Adultes)	Rue d'Alsace Lorraine 22	1050 Bruxelles	02/513 33 73	Non	Non
Centre de guidance d'Ixelles (dep. Enf., Ado et famille)	Rue sans souci 114	1050 Bruxelles	02/515 79 01	Oui	Oui
Centre de guidance de Molenbeek-Saint-Jean	Rue d'Ostende 26	1080 Bruxelles	02/410 01 95	Oui	Oui
Service de santé mentale de Saint-Gilles	Rue de la victoire 26	1060 Bruxelles	02/542 58 58	Oui	Oui
	Clos Chapelle-aux-Champs		02/764 31 20		
	30, bte 3049				
Service de santé mentale "Chapelle-aux-champs"	Rue Eggerickx 28	1200 Bruxelles	02/764 31 30	Oui	Non
Service de santé mentale "Le Chien Vert"	Rue du Méridien 68	1150 Bruxelles	02/762 58 15	Oui	Non
Service de santé mentale "Le méridien"	Avenue Dupéiaux 68	1210 Bruxelles	02/218 56 08	Oui	Oui
Centre médico-psychologique du service social juif		1060 Bruxelles	02/534 14 14	Oui	Non
Service de santé mentale sectorisés de Forest,					
Uccle, Watermael- Boitsfort	Avenue de Fré 9	1180 Bruxelles	02/375 10 06	Non	Non
Centre de guidance pour enf. ado et famille Uccle	Avenue Bel Air 88	1180 Bruxelles	02/343 22 84	Oui	Oui
	Boulevard Guillaume				
	Van Haelen 83	1190 Bruxelles	02/343 22 84	Oui	Oui
Centre de guidance pour enf. ado et famille Forest	Avenue Léopold Wiener 66				
Centre de guidance pour enf. ado et famille Watermael-Boitsfort	1170 Bruxelles		02/673 32 57	Oui	Non
D'ici et d'Ailleurs	Rue Brunfaut 18b	1170 Bruxelles	02/672 78 16	Oui	Non
Free Clinic Service de santé mentale	Chaussée de Wavre 154 A	1080 Bruxelles	02/414 98 98	Oui	Non
Le Grès	Rue des trois ponts 51	1050 Bruxelles	02/512 13 14	Oui	Non
La Gerbe	Rue Thiéfry 45	1160 Bruxelles	02/660 50 73	Oui	Oui
Nouveau Centre Primavera	Rue Stanislas Legrelle 48	1030 Bruxelles	02/216 74 75	Oui	Oui
Psycho - Etterbeek	Rue Louis Hap 156	1090 Bruxelles	02/428 90 43	Non	Non
Le SAS Centre de guidance d'Evere	Rue de la Marné 85	1040 Bruxelles	02/735 84 79	Non	Non
Association pour le développement des traitements, de la prévention, de la formation et de la recherche en santé mentale à l'ULB, SSM-UJLB	Campus de la Plaine, boulevard du triomphe (CPI 254)	1140 Bruxelles	02/242 07 63	Oui	Non
WOPS Woluwe -psycho-social					
Le Prologue	Chaussée de Rodebeek 471	1050 Bruxelles	02/650 59 26	Oui	Non
Le Norois	Rue Stéphanie 136	1200 Bruxelles	02/762 97 20	Oui	Oui
	Rue Ernest Satu 74	1020 Bruxelles	02/426 08 15	Oui	Oui
		1020 Bruxelles	02/478 82 40	Oui	Non

Andenne CG 23, rue de l'Hôpital 5300 Andenne
Beauraing SSM 61, rue de l'Aubépine 5570 Beauraing
Couvin SSM 12, ruelle Gracot 5660 Couvin
Dinant SSM 72, rue Daoust 5500 Dinant
Florennes SSM 18, rue G. de Cambrai 5620 Florennes
Gembloux SSM 3, rue Albert I^{er} 5300 Gembloux
Jambes Service de consultations psycho-sociales 124, rue de Dave 5100 Jambes
Namur CG provincial 3b, rue Château des Balances 5000 Namur
Namur Centre psycho-provincial 20a, avenue Reine Astrid 5000 Namur
Tarnines SSM 11, rue Duculot 5060 Tarnines

Braine-l'Alleud CG 43, rue Jules Hans 1420 Braine-l'Alleud
Jodoigne CG 89, chaussée de Tirlemont 1370 Jodoigne
Louvain-la-Neuve SSM 10, place Cardinal Mercier 1348 Louvain-la-Neuve
Louvain-la-Neuve SSM 43, Grand Place 1348 Louvain-la-Neuve
Nivelles CG de la province 55, chaussée de Bruxelles 1400 Nivelles
Nivelles CG du CPAS 70, rue Samiëtte 1400 Nivelles
Ottignies Centre médico-psychothérapique 20, rue des Fusillés 1340 Ottignies
Wavre CG du Brabant-Wallon 25, rue de Bruxelles 1300 Wavre
Wavre Boutic J. 34, rue Lambert Fortune 1300 Wavre

- Oupeye** CG - 12, avenue Roi Albert - 4680 Oupeye (0)157 11 11 09
- Saint-Vith** Beratung und Lebenshilfe - 5, SP2 Wiesenbachstrasse - 4780 Saint-Vith (0)87 72 76 18
- Seraing** CG - 71, rue Hya - 4100 Seraing (0)43 36 71 64
- Soumagne** SSM - 250, rue de l'Egalité - 4630 Soumagne (0)43 71 01 65
- Verviers** Centre Familial d'Education - 30, rue des Déportés - 4800 Verviers (0)43 77 13 02
- Verviers** SSM - 18-20, rue de Dinant - 4800 Verviers (0)43 77 16 35
- Verviers** SSM - 63, rue du Centre - 4800 Verviers (0)43 77 16 35
- Visé** SSM - 53, rue de la Fontaine - 4600 Visé (0)43 75 20 32
- Visé** CG L. Halken - 17, rue de Sluse - 4600 Visé (0)43 75 32 10
- Waremme** SSM - 49, rue G. Joachim - 4300 Waremme (0)43 44 25 02
-
- Arlon** CG - 62, rue Léon Casthillon - 6700 Arlon (0)43 75 31 53 67
- Arlon** Club de jour - 8, avenue du Luxembourg - 6700 Arlon (0)43 75 48 90
- Bastogne** CG - 71, rue des Scieries - 6600 Bastogne (0)43 72 01 00
- Bouillon** CG - 27, rue du Collège - 6830 Bouillon (0)43 76 21 41
- Libramont** CG - 17, Grand-Rue - 6800 Libramont (0)43 72 24 70
- Marche** CG - 15, rue du Luxembourg - 6900 Marche (0)43 71 44 55
- Saint-Hubert** CG - 87, rue du Mont - 6870 Saint-Hubert (0)43 61 04 90



Angleur SSM de la ville de Liège - 40, rue Vaudrée - 4031 Angleur (043/27.81.52)

Comblain-au-Pont SSM - 22, route d'Aywaille - 4170 Comblain-au-Pont (043/20.57.11)

Eupen Beratung und Lebenshilfe - 14, Vervierstrasse - 4700 Eupen (043/40.00.51)

Flémalle SSM du CPAS - 2, rue Spinette - 4400 Flémalle (043/23.23.21)

Hannut SSM - 52, chaussée de Tirlemont - 4280 Hannut (043/23.11.11)

Herstal SSM (SAPI) - 84-86, rue St Lambert - 4040 Herstal (043/20.40.11)

Heusy SSM - 4, rue de la Maison communale - 4802 Heusy (043/23.99.18)

Huy SSM l'Accueil - 6, rue de la Fortune - 4500 Huy (043/23.11.11)

Jemeppe CG - 1, quai des Carmes - 4101 Jemeppe (043/20.11.11)

Jupille SSM - 15, cité André Renard - 4020 Jupille (043/23.11.11)

Liège Centre de Rééducation de l'Enfance - 59, rue en Hors Château - 4000 Liège (043/23.11.11)

Liège Alpha - 4, rue St Denis - 4000 Liège (043/23.11.11)

Liège SSM Enfants-Parents - 16, rue L. Lebegue - 4000 Liège (043/23.11.11)

Liège Club André Baillon - 7-9, rue des Fontaines Roland - 4000 Liège (043/23.11.11)

Liège SSM - 18, rue Alex Bouvy - 4000 Liège (043/23.11.11)

Liège SSM - 4b, rue des Franchimontois - 4000 Liège (043/23.11.11)

Liège SSM - 49, rue des Venes - 4020 Liège (043/23.11.11)

Liège CG - 2, place Saint-Christophe - 4000 Liège (043/23.11.11)

Malmédy CG l'Espoir - 5, rue Dernière les Murs - 4960 Malmédy (043/23.11.11)

Montegnée SSM - 4, rue J.P. Dubuisson - 4420 Montegnée (043/23.11.11)

Nandrin SSM - 1, place Botty - 4550 Nandrin (043/23.11.11)

Ougrée CG - 29, rue Bertholet - 4102 Ougrée (043/23.11.11)

Les services de santé mentale en Wallonie

- A**
- Ath** CG psychologique • 9, rue Isidore Hoton • 7800 Ath (0)57/42.00.00
- Ath** SSM la Passerelle • 21, square Saint-Julien • 7800 Ath (0)57/42.31.00
- B**
- Binche** CG psychologique • 85, rue Robiano • 7130 Binche (0)61/32.31.00
- C**
- Charleroi** CG • 40, rue Léon Bernus • 6000 Charleroi (0)71/31.32.70
- Charleroi** CG psychologique • 7, rue de la Science • 6000 Charleroi (0)71/32.72.00
- Charleroi** SSM du CPAS • 18, rue Léon Bernus • 6000 Charleroi (0)71/32.30.00
- Charleroi** Club psycho-social Theo Van Gogh • 45, rue Destree • 6000 Charleroi (0)71/35.12.27
- Charleroi** Accueil médico-psychologique • 67, Grand Rue • 6000 Charleroi (0)71/71.30.00
- Châtelet** Centre d'accueil psycho-social • 39, rue du Collège • 6200 Châtelet (0)55/25.21.00
- C**
- Comines** SSM • 20, chaussée de Warneron • 7780 Comines (0)67/20.71.00
- Courcelles** SSM • 9/1, place J. Ransy • 6180 Courcelles (0)71/42.07.00
- Haine-Saint-Paul** SSM • 196, rue Ferrer • 7100 Haine-Saint-Paul (0)57/22.16.00 • 27/40/70
- La Louvière** CG Psy et de Prévention Soc. • 79, rue du Moulin • 7100 La Louvière (0)71/22.25.70
- Wasmès** CG psychologique • 7, rue de Maubeuge • 7340 Wasmès (0)57/71.00.00
- M**
- Marchienne-au-Pont** La Pioche • 95, rue Royale • 6030 Marchienne-au-Pont (0)71/31.10.00
- Mons** CG psychologique • 45, avenue d'Hyon • 7000 Mons (0)61/51.51.20
- Mouscron** SSM • 161, rue de la Station • 7700 Mouscron (0)57/30.71.00
- Saint-Ghislain** SSM • 29/31, rue de l'Abbaye • 7730 Saint-Ghislain (0)57/41.41.00
- S**
- Soignies** CG et de psychothérapie • ruelle Scaffart • 7060 Soignies (0)71/31.00.00
- T**
- Tournai** SSM du Tournaisis • 9, quai Sakharov • 7500 Tournai (0)57/22.12.00
- Tournai** CG psychologique • 21, rue de l'Athénée • 7500 Tournai (0)57/22.12.40
- Tournai** SSM du Tournaisis • 59b, rue Beyaert • 7500 Tournai (0)57/22.12.10

Conclusion

La santé mentale du nourrisson dépend de facteurs somatiques, sensoriels, neurologiques, constitutionnels ou liés à l'environnement, et d'aspects relationnels.

Un certain nombre de facteurs de risque préalables ou contemporains peuvent être identifiés.

La fréquence cumulée des psychopathologies du nourrisson atteint plusieurs pourcents, ce qui en fait une catégorie indispensable à diagnostiquer dans le cadre d'une médecine préventive de qualité.

L'échelle de Bobigny permet d'apprécier une très large gamme de facteurs de risque et de symptômes présents dans de multiples situations problématiques.

Elle rencontre les aspects relationnels (avec les personnes familières et l'environnement) et les symptômes somatiques liés aux psychopathologies (sommeil, appétit, tonus...).

Le retrait relationnel apparaît comme symptôme dans nombre de pathologies neurologiques, sensorielles ou somatiques, et dans la majorité des psychopathologies du nourrisson (troubles de la régulation, de l'attachement, troubles anxieux, syndromes post-traumatiques, autisme, dépression...).

L'échelle ADBB permet d'évaluer le retrait relationnel chez le bébé, ce qui en fait un instrument privilégié de détection de nombreuses situations problématiques.

L'échelle se centre sur la seule interaction entre le bébé et le soignant, excluant les personnes familières.

L'échelle de Bobigny et ADBB se complètent en testant le bébé l'une dans et l'autre hors de son contexte relationnel habituel.

Les deux ont été élaborées dans et pour des consultations de médecine préventive du nourrisson telles qu'elles sont organisées à l'ONE. ADBB est validée et des

données chiffrées existent quant à ses résultats. L'échelle de Bobigny est dans un registre beaucoup plus qualitatif et il n'y a pas actuellement de statistiques disponibles.

Une étude de leur mise en application est souhaitable pour modéliser leur application dans le cadre de l'ONE si le projet d'étendre le champs de la médecine préventive à la santé mentale se confirme.

La taille de l'échantillon est connue mais la ou les périodes d'évaluation des enfants est à déterminer.

Des versions simplifiées pourraient être envisagées, particulièrement concernant l'échelle de Bobigny.

Un temps de formation pour le duo médecin-tms est à prévoir pour les deux outils. Concernant ADBB les expériences menées dans les provinces de Namur et de Luxembourg peuvent être mises à profit.

Les échelles devront-elles être appliquées systématiquement ou à la demande ?
L'une ou l'autre ou l'une puis l'autre ?

La majorité des troubles mentaux ou psychologiques mis en évidence par les outils proposés est partiellement ou totalement curable.

Leur détection précoce permet une prise en charge plus efficace et évite aux parents la souffrance et les désagréments liés à un diagnostic tardif.

Dans quelques cas un diagnostic d'affection incurable pourrait être posé, s'éloignant du code de bonnes pratiques en médecine préventive qui recommande de ne dépister que des affections curables...

Il ne s'agit ici que d'une conséquence et non d'un but en soi.

Les conditions de la réussite de la mise en application des échelles impliquent une information complète, une méthodologie rigoureuse, un accompagnement des praticiens et des parents, une orientation rapide et efficace des cas problématiques mis en évidence vers des référents adéquats.

Le projet doit devenir celui de tous, du conseil d'administration aux utilisateurs, pour éviter d'éventuelles réactions de méfiance voire un rejet.

Le collège des pédiatres, le conseil médical pourraient être sollicités pour accompagner le projet à côté du conseil scientifique.

Les professionnels ONE (médecins-généralistes) ne sont pas spécialisés en santé mentale du nourrisson et n'ont pas vocation de traiter les enfants présentant une pathologie mentale, leur domaine de compétence étant inscrit exclusivement dans le préventif. Ils interviennent vis-à-vis d'une population quelconque et orientent à bon escient vers les experts concernés du réseau les enfants donnant des signes d'alerte.

Le réseau qui peut être activé est vaste et multiforme.

Il devra faire pour chaque consultation l'objet d'une reconnaissance préalable.

On peut distinguer schématiquement des référents de proximité et des services de référence spécialisés.

Le passage par les référents de proximité a pour but de confirmer le souci dans un délai court et de donner une première orientation au cas, fut-elle provisoire, en précisant une éventuelle étiologie et en initiant une prise en charge.

Le pédiatre, le neuropédiatre et le pédopsychiatre peuvent être les référents de proximité, activant eux-mêmes leur propre réseau à visée diagnostique (laboratoires, spécialistes, hôpitaux...) et thérapeutique (traitement médical ou paramédical, approche psychanalytique, thérapie mère-bébé, thérapie familiale, thérapie psychomotrice, thérapie du développement...).

Les services hospitaliers et les structures multidisciplinaires (centres de santé mentale, centres de réadaptation fonctionnelle, services d'aide précoce...) constituant une étape intermédiaire vers des centres de référence spécialisés (universitaires le plus souvent) tant dans le diagnostic que dans la prise en charge.

Au delà de la formation et de la mise en œuvre de l'utilisation des échelles (et après avoir soigneusement précisé le cadre de l'étude), une part significative devra être consacrée à l'évaluation de l'impact sur les différents intervenants et sur les résultats en terme de dépistage effectif (nombre de cas, faux positifs, nombre et modalités des prises en charge...).

Vu la taille minimale de l'échantillon à tester et la multiplicité des recommandations à appliquer pour garantir au mieux le bon aboutissement du projet, un étalement de celui-ci sur deux années est indiqué, tant pour respecter les délais que pour permettre un investissement budgétaire suffisant.

Pr Appelboom

Pr Charlier

Pr Mercier

Pr Gauthier

Assistés du Dr Dechamps, coordinateur

Et de Mr de Jonghe, secrétaire.