

31ème Forum Médical Lyonnais

Atelier 6 - Perturbations de la relation
parents-enfants avant 3 ans

20 nov-2004

*Dr Daniel GERARD, Pédiopsychiatre
Service Jean Dechaume, CHLS*

PLAN

- Interactions précoces et Développement
- Facteurs de risques
- Sémiologie et Analyse fonctionnelle
- Illustrations cliniques
 - **Autisme Infantile et TED**
 - **Dépression du Nourrisson et de l'Enfant**
 - **Instabilité PsychoMotrice et THADA**

DEVELOPPEMENT PSYCHOLOGIQUE

- un enjeu : l'autonomie
- un processus : séparation-individuation
- une succession de "crises" :
 - naissance, adolescence...
- des stimulations et des expériences
 - socialisation, apprentissages...
- des étayages nécessaires et sécurisants
 - interactions mère-bébé
 - triangulation (père)
 - identifications

QUELQUES REPERES

- 1^{ère} année : dépendance # Oralité
- 2 à 3 ans : contrôle # Analité
- 4 à 6 ans : affectivité # Œdipe
 - **sexualité infantile**
- avant la puberté # Phase de latence
- à la puberté : # réactivation œdipienne
 - **modifications corporelles, cognitives et affectives (pulsions sexuelles)**
 - **recherche de stratégies adaptatives en vue d'une réelle autonomie**

INTERACTIONS PRECOCES

■ Foeto-maternelles

- Bébés fantasmés
- Symbioses "organique" et "psychologique"

■ Mère et nouveau-né

Période sensible pour liens d'attachement

- temps de contact précoce
- intérêt du « rooming-in »

Allaitement

- ajustement tonique et postural
- regard mutuel ("contact œil-à-œil")
- prosodie maternelle

DEVELOPPEMENT NORMAL

- Organismateurs affectifs (Spitz)
 - **S8 : sourire au visage humain**
réponse intentionnelle dirigée non spécifique
 - **M6 - M8 : "angoisse de l'étranger"**
réponse de déplaisir avec fuite du regard ou refus de contacts, pleurs, cris
 - **M12 - M18 : acquisition de la négation**
verbale et/ou gestuelle
- Ontogénèse des comportement de tendresse
 - **M6-M8 : enfant tend les bras au parent**
 - **M12 : réponse complétée par étreintes**

SCHEMES D'ATTACHEMENTS

Description selon Bowlby

- **Attachement sûr**
 - explore le monde en restant dans l'interaction
- **Attachement angoissant ambivalent**
 - explore difficilement, reste accrocher, vérifie
 - * insomnie d'endormissement (lutte),
levers multiples
- **Attachement angoissant évitant**
 - explore seul mais sans retour
 - * insomnie calme

FACTEURS DE RISQUES MATERNELS

■ Excès de stimulation

- mère anxieuse ne tenant pas compte des signes de saturation du bébé :

- * fermeture des yeux, fuite du regard

■ Stimulation insuffisante

- inhibition névrotique, dépression maternelle

- * bébé calme, trop sage

- ▶ risque de retard global par carence

■ Discontinuité, discordance

- trouble psychiatrique grave parfois « blanc »

- * enfant instable, hyperactif

- ▶ attention au risque de maltraitance

FACTEURS DE RISQUES LIES A L'ENFANT

- **Problème somatique**
 - Douleur ou Trouble perceptif,
 - Maladie neurologique
 - Facteurs toxiques ou médicamenteux
- **Tr du développement de la personnalité**
 - Trouble anxieux
 - Maladie dépressive
 - Autismes, psychoses, dysharmonies...
 - Déficience mentale, Précocité Intellectuelle
 - THADA

FACTEURS ENVIRONNEMENTAUX

■ Familiaux

- Étayages maternels,
- Place du père (laissée / prise)
- Liens trans-générationnels,
- Histoire : carence, violence, séparation, deuil, non-dits ...

■ Sociaux

- Précarité, Isolement,
- Manque ou absence de disponibilité

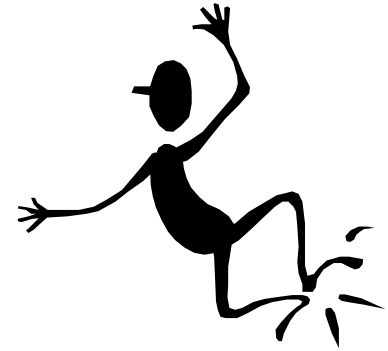
■ Éducatifs et culturels

- « École des parents »

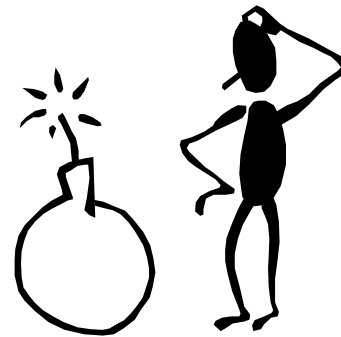
CONSEQUENCES POUR L'ENFANT

- **Manifestations anxieuses**
 - **hypervigilance anxieuse (anticipation)**
 - **phobies, évitements, rituels (TOC)**
 - **anxiété de séparation, crises paniques**
 - **tr. somato-fonctionnels (sommeil, alimentation)**
- **Perturbation du comportement**
 - **opposition, Instabilité PsychoMotrice, colères, agressivité, tr. des conduites**
 - **inhibition, passivité, soumission**
- **Troubles affectifs**
 - **tristesse, dépression ou**
 - **excitation pseudo-maniaque**

- Fin de la première partie



- Cas Cliniques



Cas n°1 - Tom

- **Les parents de Tom, 16 mois l'accompagnent pour une rhinopharyngite. Vous percevez qu'ils sont épuisés car Tom se réveille toutes les nuits. Par ailleurs, il mange mal, sauf chez la nourrice. Dans les antécédents, ils vous signalent que Tom a été traité pour un reflux ; tout est rentré dans l'ordre (bilan somatique négatif).**

Originaires de l'Ouest de la France, ils sont arrivés dans votre région il y a 20 mois. Tom est leur premier enfant.

Cas n°2 - Kevin

- **Kevin, 16 mois, inquiète beaucoup ses parents. Il communique en criant, s'agite souvent de façon incompréhensible, se met colère. Depuis quelques temps il devient inconsolable et pleure aussi la nuit. Les parents ont même consulté la nuit, mais l'interne n'a rien trouvé d'anormal. Il marche déjà depuis 4 mois. A la crèche, la séparation devient difficile, il mord d'autres enfants, ne veut plus jouer avec eux et reste coller aux auxiliaires.**

Cas n°3 - Steven

- **Steven, 16 mois est le troisième enfant de la famille. Il n'est pas suivi régulièrement à votre cabinet. La maman est inquiète car «il ne marche toujours pas (les aînés ont marché à 10 et 13 mois) et semble très maladroit (n'aime pas ses jouets)». Il ne parle pas (sœur a été suivie en orthophonie) et est gardé à la maison par la maman qui apprécie son calme et son indépendance (à la différence du frère de 8 ans traité pour hyperactivité). Il dort bien et adore rester dans son baby-relax. Steven n'accepte que son biberon et les fromages blancs sucrés (le développement staturo-pondéral est bon). Le papa n'est là que le Dimanche et s'occupe beaucoup de la maison.**

Cas n°4 - Lea

- **Lea, 3 ans, vient de faire sa rentrée en maternelle. La directrice a convoqué les parents car Léa est trop turbulente et se met en danger en escaladant les rebords de fenêtres, les bureaux. Elle refuse de faire la sieste et a déjà eu une plaie du cuir chevelu. Léa semble heureuse de venir à l'école. La semaine dernière elle a déclenché un extincteur. Les parents ne sont pas surpris, puisqu'elle s'est également brûlée la main (deuxième degré) il y a quelques mois.**

ANALYSE FONCTIONNELLE (a)

Pour chaque plainte

- **nature** : primaire ou secondaire
- **fréquence et contexte** : quand, où ?
- **affects et comportements associés**
 - **enfant** : isolement, pleurs, indifférence...
 - **parents** : agressivité, culpabilité...
- **réponses** : délai, cohérence ?
- **conséquences à terme**
 - **immédiat** : apaisement, répétition ?
 - **différé** : développement, aménagements ?
- **nature des bilans et des soins déjà réalisés**

ANALYSE FONCTIONNELLE (b)

Si la plainte correspond à un symptôme

■ Recherche syndromique ?

- Anxiété de séparation, Dépression,
- Tr. oppositionnel, Hyperactivité, ...
- Tr. envahissant du développement,

■ Critères de gravité ou d'urgence ?

- Perturbation interaction familiale, sociale
- Retard de développement psychomoteur
- Stabilité psychique des parents
- Contexte social et culturel

■ Quand faire appel au spécialiste, au secteur ?

TROUBLES DE LA RELATION PRECOCE PARENT-ENFANT

Quelques repères

- Autisme Infantile et Troubles Envahissants du Développement
- Dépression du Nourrisson et de l'Enfant
- Instabilité PsychoMotrice et THADA

AUTISME INFANTILE

- Diagnostic difficile qui se fait sur des caractéristiques comportementales chez un être en développement ; pas de confirmation biologique
- Processus morbide secondaire à un **déficit de compétences (social + communication)** qui rend très difficile les interactions avec les autres et entraîne une **organisation défensive** qui constitue une part importante des symptômes ; **déficiences mentale associée** dans 75% des cas.

AUTISME INFANTILE

- Perturbations de la **socialisation**
- Altérations de la **communication** et de la fonction symbolique (sémiotique)
- Caractère restreint, répétitif et **stéréotypé des comportements** et des centres d'intérêts
- Retards d'acquisitions et troubles non spécifiques
 - sommeil, alimentation, automutilations...

AUTISME INFANTILE

Altérations de la communication et de la fonction symbolique (sémiotique)

- langage : absence de langage ou anomalies de type «dysphasiques», avec altération constante sur la pragmatique et pas d'ajustement conversationnel
- fonctions cognitives : processus de « haut niveau » rares (faire-semblant, imaginaire et créativité..) et incapacité d'imaginer ce que pense l'autre
 - * parfois surinvestissements (mnésique ..), souvent inadaptés

TED (CIM-10)

- **Autisme infantile** - (5/10,000)
 - trépied syndromique constitué avant 3 ans
- **Autisme atypique** - (incidence non précisée)
 - âge de survenue tardif et/ou tableau incomplet
- **Trouble Désintégratif de l'enfance** - (1/100,000)
 - développement normal au moins jusqu'à 2 ans
 - perte dans plusieurs domaines

TED (CIM-10)

- Syndrome d'Asperger - (20/10,000)
 - langage et développement cognitif apparemment non déficient jusqu'à 8 ans
- Syndrome de Rett - (1/10,000)
 - perte de compétences manuelles intentionnelles suivi de stéréotypies, puis perte de socialisation et altération grave du langage
 - décélération du PC (atrophie substance grise)
 - tableau neurogénétique (Xq28 -MeCP2)

NECESSITE ABSOLUE DE BILAN DEVANT UN DES SIGNES SUIVANT

- Pas de babillage ni de gazouillis à M12
- Pas de geste de pointage ni d'au revoir à M12
- Pas de mots isolés à M16
- Pas de combinaisons de 2 mots spontanés à M24
(autre que l'écholalie)
- Perte de langage ou de tout autre compétence ou habileté (sociale ...)

DEPRESSION DU NOURRISSON

- Triade syndromique secondaire (*après phase de protestations*)
 - atonie thymique : indifférence
 - inertie motrice : mimique pauvre, lenteur
 - repli ou pauvreté du contact
- Masques somatiques
 - retard de développement psychomoteur
 - retard statural et/ou pondéral
 - anorexie, épisodes diarrhéiques
 - tr. du sommeil, dermatose (eczéma, pelade)

DEPRESSION ET AUTISME INFANTILE

- A la différence du bébé à risque autistique, le diagnostic différentiel d'une souffrance dépressive, au moins au début de son évolution, repose sur l'accentuation des signes dès lors que le regard de l'examineur se désengage : « crainte d'être lâché »
- Pour le bébé à risque autistique, les signes s'aggravent quand on cherche à forcer la relation : « crainte d'être intrusé »

INSTABILITE PSYCHOMOTRICE

ASPECTS DEVELOPPEMENTAUX

- **Jusqu' à 3 ans**
 - motricité explosive, maladroite
 - attention brève et labile
 - comportements d'exploration
 - multiplicité des expériences
- **Enjeux Interactionnels**
 - apaiser les tensions - créer du plaisir
 - débiter le contrôle, la maîtrise
 - séduction / opposition
 - séparation et moindre dépendance
 - autonomisation et individuation

IPM CONDITIONNEE

- Facteurs psychologiques
 - anxiété, dépression d'un parent...
 - Facteurs sociaux
 - dissociation familiale, éloignement professionnel, précarité ...
 - Facteurs éducatifs
 - rigidité, laxisme, inconstance, incohérence ...
 - carence, maltraitance
- > ***Tr. Oppositionnel avec Provocation***

TROUBLE OPPOSITIONNEL AVEC PROVOCATION

- Comportements hostiles récurrents
 - progressifs et durables : > 6 mois
 - constants à la maison
 - sans agressivité physique ni destruction
 - envers les personnes en position d'autorité
 - habituellement chez le garçon < 8 ans
- Risques évolutifs
 - trouble des conduites
 - dépression

IPM SYMPTOME

- Tr. psychologiques
 - dépression, anxiété
 - tr. de la personnalité et TED (autisme)
- Tr. cognitifs
 - global : déficience, précocité
 - spécifique : dysphasie, dyslexie, dys ...
- Tr. Secondaires
 - neurologique : encéphalopathies ...
 - iatrogènes : corticoïdes, Dépakine

IPM SYNDROME : THADA (a)

- **Hyperactivité**
 - court, grimpe, ne reste pas assis, infatigable
 - ne joue pas en silence
- **Déficit d'Attention**
 - distractible, perd ses objets, ne termine pas
 - paraît ne pas écouter
- **Impulsivité**
 - se précipite, interrompt son activité ou celle d'autrui
 - organise mal son travail
 - se met en danger

IPM SYNDROME : THADA (b)

■ Caractéristiques cliniques

- difficultés dès l'apparition de la marche
- aggravation en groupe
- pas de troubles du sommeil (sauf si tr. associé)
- amélioration de l'hyperactivité avec l'âge

■ Risques évolutifs

- traumatismes
- échec scolaire (déficit d'attention)
- manque de confiance, anxiété, dépression
- trouble des conduites

IPM SYNDROME : THADA (c)

- Diagnostic clinique mais
 - problème des comorbidités ;
 - peu d'outils d'évaluation avant 3 ans :
 - * questionnaires de comportement (Conners)
 - * bilan neuropsychologique global (WISC-III) après 6 ans
- Prise en charge pluridisciplinaire
 - psychomotricité
 - psychologique (+ soutien familial)
 - éducative et scolaire
 - médicamenteuse ?