

LA PLACE DU DIAGNOSTIC PLURIAXIAL EN PÉDOPSYCHIATRIE DU PREMIER ÂGE : DÉTECTER POUR AGIR TÔT ET PRÉVENIR LONGTEMPS

THE ROLE OF MULTIAXIAL DIAGNOSTIC IN INFANCY AND EARLY CHILDHOOD PEDOPSYCHIATRY :
SCREENING FOR EARLY INTERVENTION AND LONG-TERM PREVENTION

Laure VANDER BORGHT¹, Graziella BEZZAN²

¹Assistante pédopsychiatre,

²Chef de Service, pédopsychiatre, Service de Santé Mentale enfants-adolescents – Unité Diapason 0-3 ans, AIGS
(Association Interrégionale de Guidance et de Santé), Herstal

Résumé

Les premières années de la vie constituent une période de développement cérébral et comportemental particulièrement rapide et sensible. Différents facteurs interviennent dans la dynamique développementale du jeune enfant et peuvent être impliqués dans l'apparition de troubles psychopathologiques à cette période précoce. Ces derniers présentent par ailleurs des caractéristiques propres dont l'appréhension nécessite une approche développementale globale selon des critères diagnostics spécifiques. Partant de la situation clinique d'un enfant de 24 mois, cet article montre l'intérêt d'une approche diagnostique pédopsychiatrique multiaxiale des troubles du premier âge, guidée par la *Classification diagnostique de la santé mentale et des troubles du développement de la première et petite enfance (DC : 0-5 TM)*.

Mots-clés : psychopathologie de la petite enfance ; troubles du développement ; classification diagnostique.

Abstract

The first years of life represent a period of particularly rapid and sensitive brain and behavioral development. Different factors are involved in young children's developmental process and may be involved in the onset of psychopathological disorders during this early period. These disorders also have specific characteristics that require a comprehensive developmental approach according to specific diagnostic criteria. Based on the clinical situation of a 24-month-old child, this article illustrates the value of a multiaxial child psychiatric diagnostic approach to early childhood disorders, according to the *Diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood (DC: 0-5TM)*.

Key words: Early childhood psychopathology ; Developmental disabilities ; Diagnostic classification

Samenvatting

De eerste levensjaren vormen een periode van bijzonder snelle en gevoelige cerebrale en gedragsontwikkeling. Verschillende factoren grijpen in in de ontwikkelingsdynamiek van het jonge kind en kunnen een rol spelen bij het ontstaan van psychopathologische stoornissen in deze vroege periode. Deze stoornissen hebben hun eigen kenmerken, die een globale ontwikkelingsbenadering volgens specifieke diagnostische criteria vereisen. Gebaseerd op de klinische situatie van een 24 maanden oud kind, toont dit artikel het belang aan van een multiaxiale kinderpsychiatrische diagnostische benadering van stoornissen in de vroege kinderjaren, geleid door de *Diagnostische Classificatie van Geestelijke Gezondheids- en Ontwikkelingsstoornissen in de vroege en middelbare kinderjaren (DC: 0-5 TM)*.

Trefwoorden : Psychopathologie bij jonge kinderen ; Ontwikkelingsstoornissen ; Diagnostische classificatie

INTRODUCTION

La pédopsychiatrie du premier âge concerne une période unique de la vie caractérisée par une plasticité neuronale unique et un développement cérébral particulièrement rapide^{1,2}. De plus, les études ACE (*Adverse Childhood Experience*) démontrent que la période des premières années de la vie constitue une période sensible où l'organisme en développement est particulièrement vulnérable aux conditions environnementales et aux expériences négatives précoces avec des conséquences à plus ou moins long terme tant sur la santé physique que mentale³⁻⁶.

Plusieurs études soulignent par ailleurs la sensibilité particulière de l'épigénome aux facteurs de stress toxique précoce – certains gènes ne pouvant être modifiés épigénétiquement que durant cette fenêtre de développement – ainsi que l'impact des modifications épigénétiques au cours de cette période précoce sur la santé globale des individus⁷⁻¹³.

A contrario, cette période représente une fenêtre d'opportunité au cours de laquelle une intervention thérapeutique spécialisée et adaptée offre un potentiel de réversibilité sur les troubles psychopathologiques^{2,14-16}.

La prévalence des troubles psychopathologiques chez les enfants âgés de 1 à 5 ans est de 16 à 18 %¹⁷. Ce taux est similaire à l'incidence chez les enfants et adolescents âgés de 6 à 18 ans telle que rapportée par l'Organisation Mondiale de la Santé^{3,18}. Actuellement, ces troubles sont sous-diagnostiqués et sous-traités³ ; et ce, en dépit du potentiel de réversibilité aujourd'hui largement démontré dans des circonstances thérapeutiques adaptées. Or, une psychopathologie non traitée chez le jeune enfant entre 0 et 5 ans, impacte sa trajectoire développementale et de santé mentale avec des conséquences à long terme sur sa santé globale^{3,19}.

Afin de traiter ces troubles du premier âge en tenant compte des spécificités décrites ci-avant, l'approche diagnostique pédopsychiatrique ne peut être monoaxiale. Elle se veut nécessairement pluriaxiale tels que les guidelines de la World Association for Infant Mental Health le recommandent²⁰.

La *nouvelle classification diagnostique de la santé mentale et des troubles du développement de la première et petite enfance (DC : 0-5TM)*²¹, représente un outil qui permet de guider ce processus complexe d'évaluation diagnostique en intégrant cinq axes détaillés ci-après et résumés dans le tableau 1.

Le *premier axe* concerne les patterns de symptômes résultant d'un dysfonctionnement propre à l'enfant²⁰⁻²². Il comporte huit catégories principales de troubles (tableau 1). Trois critères sont nécessaires pour parler de trouble²¹ :

- Le caractère atypique : la symptomatologie doit s'écarter de manière significative des normes développementales attendues pour l'âge, dans un contexte culturel donné ;
- Le caractère envahissant : l'expression symptomatique s'observe dans différents contextes et relations (à l'exception du Trouble relationnel spécifique de la petite enfance) ;
- L'impact significatif sur le fonctionnement de l'enfant et/ou de sa famille : mal-être chez le jeune enfant, interférence dans les relations qu'il élabore, limitation de sa participation aux activités attendues pour son âge/de la participation de

la famille à certaines activités quotidiennes, interférence dans ses progrès développementaux.

Le *deuxième axe*, dimensionnel, concerne l'évaluation des interactions dyadiques et triadiques. Ces dernières constituent le principal contexte de développement de l'enfant à cet âge²¹.

Le *troisième axe* concerne l'impact direct ou indirect sur le développement psychologique, la symptomatologie et la dynamique relationnelle que peut avoir l'état de santé somatique du jeune enfant. Ainsi, il recense un ensemble non exhaustif de situations ou événements médicaux auxquels le pédopsychiatre doit être attentif²¹.

Le *quatrième axe* se réfère aux facteurs de stress psychosociaux qui exercent des contraintes sur le fonctionnement de l'enfant, ses relations, son environnement familial²¹. La présence de ces facteurs environnementaux peut modifier la forme et l'évolution des troubles psychopathologiques et donc orienter l'action thérapeutique²⁰.

Le *cinquième axe* guide le pédopsychiatre dans l'évaluation des compétences développementales du jeune enfant dans les domaines suivants : émotionnel, socio-relational, communicatif, cognitif et psychomoteur²¹.

Nous rapportons et discutons ci-après la situation d'un enfant de 24 mois afin d'illustrer l'intérêt d'une démarche diagnostique pédopsychiatrique pluriaxiale dans les premières années de la vie. En effet, partant d'un tableau symptomatique fréquemment rencontré en pratique clinique, nous montrons comment une approche évaluative sur cinq axes permet d'affiner un diagnostic différentiel initial afin d'aboutir à un diagnostic global et à des recommandations thérapeutiques spécifiques.

CAS CLINIQUE

Lors d'un premier contact téléphonique avec la maman, nous apprenons que B. est une fille âgée de 24 mois présentant des troubles du comportement caractérisés par une agitation psychomotrice, un refus alimentaire ainsi qu'une intolérance à la frustration marquée par d'intenses crises de colère avec hétéro-agressivité et opposition.

Sur base de ces éléments, l'indication de réaliser un bilan pluridisciplinaire est validée en équipe afin d'affiner le diagnostic. D'emblée, nous établissons un setting permettant la réalisation d'une évaluation diagnostique sur cinq axes.

Cette phase exploratoire initiale a été réalisée en 7 entretiens selon une méthodologie d'évaluation sur 5 axes (cf. Introduction) imposant la pluridisciplinarité (fonctions médicale, psychologique, logopédique, psychomotrice, sociale) et la prise en compte de tous les paramètres spécifiques ayant une influence sur le développement de l'enfant.

- Deux à trois séances permettent de réaliser une anamnèse et un examen clinique pédopsychiatriques.

Ainsi, nous apprenons que B. vit avec ses deux parents et le fils aîné de la maman (issu d'une précédente union). Il n'y a pas de violence conjugale mais les parents sont fréquemment en conflit. B. fréquente la crèche depuis l'âge de 6 mois.

TABLEAU 1 RÉSUMÉ DES 5 AXES DE LA CLASSIFICATION DIAGNOSTIQUE DE LA SANTÉ MENTALE ET DES TROUBLES DU DÉVELOPPEMENT DE LA PREMIÈRE ET PETITE ENFANCE. *

AXE I – TROUBLES CLINIQUES	
1. Troubles neurodéveloppementaux	<ul style="list-style-type: none"> ● Troubles du spectre de l'autisme ● Trouble précoce atypique du spectre de l'autisme ● Déficit de l'attention/hyperactivité ● Trouble de suractivité de la petite enfance ● Retard global de développement ● Trouble du développement du langage ● Trouble développemental de la coordination ● Autre trouble neurodéveloppemental de la petite enfance
2. Troubles du traitement sensoriel	<ul style="list-style-type: none"> ● Trouble de suractivité sensorielle ● Trouble de sous-réactivité sensorielle ● Autre trouble du traitement sensoriel
3. Troubles anxieux	<ul style="list-style-type: none"> ● Anxiété de séparation ● Anxiété sociale (phobie sociale) ● Anxiété généralisée ● Mutisme sélectif ● Trouble d'inhibition à la nouveauté ● Autre trouble anxieux de la petite enfance
4. Troubles de l'humeur	<ul style="list-style-type: none"> ● Trouble dépressif de la petite enfance ● Dysrégulation de la colère et de l'agressivité de la petite enfance ● Autre trouble de l'humeur de la petite enfance
5. Troubles obsessionnels compulsifs et autres troubles associés	<ul style="list-style-type: none"> ● Trouble obsessionnel compulsif ● Syndrome de Gilles de la Tourette ● Tic moteur ou vocal ● Trichotillomanie ● Dermatillomanie ● Autre trouble obsessionnel compulsif
6. Troubles du sommeil, de l'alimentation et des pleurs	<ul style="list-style-type: none"> ● Troubles du sommeil <ul style="list-style-type: none"> - Trouble de l'endormissement - Trouble du maintien dans le sommeil - Eveil partiel - Cauchemars de la petite enfance ● Trouble de l'alimentation <ul style="list-style-type: none"> - Trouble de la suralimentation - Trouble de la sous-alimentation - Trouble alimentaire atypique ● Pleurs pathologiques <ul style="list-style-type: none"> - Pleurs excessifs ● Autres troubles du sommeil, de l'alimentation et des pleurs de la petite enfance
7. Troubles liés à des traumatismes, à des facteurs de stress et aux situations de carence	<ul style="list-style-type: none"> ● Trouble de stress post-traumatique ● Trouble de l'adaptation ● Deuil compliqué de la petite enfance ● Trouble réactionnel de l'attachement ● Désinhibition du contact social ● Autre trouble lié à des traumatismes, à des facteurs de stress et aux situations de carence
8. Troubles de la relation	<ul style="list-style-type: none"> ● Trouble relationnel spécifique de la petite enfance

AXE II – CONTEXTE RELATIONNEL	
1. Niveaux d'adaptation de la relation parent-enfant	<ul style="list-style-type: none"> • Niveau 1 : relation bien adaptée à satisfaisante • Niveau 2 : relation tendue à préoccupante • Niveau 3 : relation compromise à perturbée • Niveau 4 : relation troublée à dangereuse
2. Niveaux d'adaptation de l'environnement familial	<ul style="list-style-type: none"> • Niveau 1 : bien adapté à satisfaisant • Niveau 2 : relation tendue à préoccupant • Niveau 3 : compromis à perturbé • Niveau 4 : troublé à dangereux
AXE III – ETAT DE SANTE PHYSIQUE	
1. Conditions et expositions prénatales	<ul style="list-style-type: none"> • Exposition à des substances toxiques • Prématurité • Malformations congénitales, anomalies génétiques • ...
2. Maladies chroniques	<ul style="list-style-type: none"> • Allergies • Troubles gastro-intestinaux • Troubles neurologiques • Syndromes génétiques • Maladies respiratoires • ...
3. Situations médicales aiguës	<ul style="list-style-type: none"> • Accident, infection, intervention chirurgicale...
4. Procédures médicales	
5. Douleur chronique ou récurrente	
6. Blessures ou expositions physiques dans l'environnement familial	<ul style="list-style-type: none"> • Ecchymoses, brûlures, blessures d'abus sexuels, ingestion accidentelle...
7. Effets médicamenteux	<ul style="list-style-type: none"> • Stéroïdes, antihistaminiques, antiépileptiques...
8. Marqueurs de l'état de santé	<ul style="list-style-type: none"> • Tableau vaccinal, courbe staturo-pondéral...
AXE IV – FACTEURS DE STRESS PSYCHOSOCIAUX	
1. Facteurs de stress dans l'environnement immédiat de l'enfant	
2. Facteurs de stress dans l'environnement social	
3. Facteurs de stress dans l'éducation et les soins de l'enfant	
4. Facteurs de stress liés au domicile	
5. Facteurs de stress économiques et professionnels	
6. Facteurs de stress liés à la santé de l'enfant	
7. Facteurs de stress judiciaires	
Autres facteurs de stress : épidémie, guerre, terrorisme, catastrophe naturelle...	
AXE V – COMPETENCES DEVELOPPEMENTALES	

(*) D'après la *Classification diagnostique de la santé mentale et des troubles du développement de la première et de la petite enfance (DC : 0-5™)*.

La grossesse était programmée et désirée. Elle s'est déroulée sans particularités sur le plan somatique. B. est née à terme, par voie basse. L'accouchement et les suites directes sont sans particularités pour l'enfant. La maman rapporte néanmoins une grande anxiété, de la tristesse, des insomnies et un sentiment de culpabilité. Ce tableau était déjà présent en pré-partum et aurait perduré jusqu'aux 12 mois de B.

Les parents décrivent un bébé irritable jusqu'à ses 6 mois. Au moment de la consultation, il n'y a pas de troubles du sommeil mais B. refuse les siestes à la maison.

Elle n'a pas été allaitée. La diversification alimentaire est

décrite comme compliquée par les parents : B. refusait de manger les plats cuisinés par la maman. Ce refus n'a jamais été observé à la crèche. Actuellement, les repas avec la maman restent difficiles : refus, sélection, petites quantités. A la crèche, B. mange varié et avec bon appétit. B. a prononcé ses premiers mots vers 12 mois et commence à les associer.

L'acquisition de la marche s'est faite à 15 mois.

Les comportements difficiles (agitation, accès de colère, agressivité, comportement oppositionnel, refus alimentaire) motivant la consultation s'aggravent et impactent le quotidien de la famille. Ils semblent

néanmoins être principalement présents lorsque B. est en relation avec sa maman. Ils ne seraient pas observés à la crèche ni lorsque B. est gardée par son papa ou l'entourage élargi.

En ce qui concerne les antécédents psycho-médico-chirurgicaux personnels, on relève un reflux gastro-œsophagien actuellement résolu. Pour ce qui est des antécédents psycho-médico-chirurgicaux familiaux, on notera une suspicion de dépression périnatale maternelle non diagnostiquée et non traitée.

B. est présente au deuxième entretien. Nous observons une enfant timide dans un premier temps puis de plus en plus à l'aise au fur et à mesure de la séance. Nous notons qu'elle peut utiliser son parent comme base de sécurité dans un contexte inconnu ; élément qui nous rassure quant à sa sécurité d'attachement. B. a un visage expressif. Elle est intéressée par les jeux symboliques (poupée et dinette) avec lesquels elle jouera calmement toute la séance. On ne relève pas de comportements socio-communicatifs déficitaires ou atypiques ni de comportements restrictifs et répétitifs. Il n'y a pas d'agitation psychomotrice, d'accès de colère ou d'agressivité.

A l'issue de ces deux premières séances, nous avons pu exclure, sur l'axe 1, un trouble du spectre autistique, un trouble de la suractivité, un trouble dépressif de la petite enfance ainsi qu'un trouble réactionnel de l'attachement. A ce stade, les hypothèses diagnostiques cliniques à affiner sont les suivantes : autre trouble neurodéveloppemental et trouble relationnel spécifique de la petite enfance.

Par ailleurs, nous retenons sur l'axe 3 un reflux gastro-œsophagien.

- Une évaluation du *développement psychomoteur* de B. (axe 5) est ensuite réalisée en deux séances par le psychomotricien et en présence de la maman, via la passation de l'échelle standardisée *Brunet-Lézine Révisé*²³. Cette échelle évalue les sphères de posture, de coordination, de langage et de socialisation. Ce bilan met en évidence un niveau de développement global dans les normes pour l'âge (quotient global de développement = 97) ; ce qui permet d'exclure, sur l'axe 1, un retard global de développement et un retard de développement du langage et de la coordination.

Lors de la passation du test, B. montre, par moments, un besoin de contrôle et peut s'opposer lorsque la maman intervient. Elle teste également à plusieurs reprises les limites fixées par l'adulte en observant sa réaction.

- *L'évaluation des interactions dyadiques* (axe 2) est réalisée par l'analyse d'une séance de jeu filmée entre B. et son parent, selon la procédure standardisée *Crowell*²⁴. Cette procédure se déroule en différentes phases dirigées. Les observations sont analysées, de manière standardisée, séparément pour l'enfant et le parent. Les résultats sont codés pour l'enfant sur sept sous-échelles : les affects positifs, le retrait, l'irritabilité, la non-compliance, l'agression, la persévérance et l'enthousiasme. Pour le parent, les résultats sont codés sur six sous-échelles : le répondant comportemental, le répondant émotionnel, les affects positifs, le retrait/l'indifférence, l'irritabilité/la

colère, l'agression.

L'analyse de la relation entre B. et sa maman correspond au niveau 3 de l'axe 2 (relation compromise à perturbée). En effet, on relève des troubles dans la communication émotionnelle et la réciprocité sociale de la dyade, mettant à risque les capacités de régulation émotionnelle de l'enfant. Le niveau de perturbation est tel que la trajectoire développementale de l'enfant présente un risque d'être compromise.

A l'inverse, l'évaluation des interactions entre B. et son papa correspond au niveau 1 de l'axe 2 (relation bien adaptée à satisfaisante). L'enfant anticipe une disponibilité de l'adulte. La relation soutient ses besoins en termes de régulation émotionnelle, de réconfort, d'engagement et d'exploration.

Compte-tenu des éléments objectivés ci-dessus, nous évoquons un trouble des interactions dyadiques mère-enfant se traduisant dans le comportement symptomatique de B. et confirmant ainsi, sur l'axe 1, le diagnostic de trouble relationnel spécifique de la petite enfance.

- *L'évaluation des interactions triadiques père-mère-enfant* (axe 2) est réalisée au moyen de l'analyse d'une séance de jeu filmée entre les trois partenaires, selon la procédure standardisée du *Jeu trilogique de Lausanne (LTP)*²⁵. Ce paradigme se déroule en quatre parties correspondant aux quatre configurations possibles dans une triade : un parent qui joue avec l'enfant et l'autre parent est observateur, inversion des rôles de chaque parent, les parents et l'enfant jouent ensemble, les deux parents interagissent ensemble et l'enfant est en position de tiers. Cette évaluation a mis en évidence une alliance conflictuelle couverte. En effet, nous observons un conflit caché entre les parents. Le manque de coopération et de coordination qui en résulte, impacte les interactions familiales. De plus, les parents tentent de résoudre ces difficultés en formant une coalition contre l'enfant. Ce type d'interactions triadiques correspond au niveau 3 de l'axe 2 (environnements familiaux compromis à perturbés) et met à risque la trajectoire développementale de B.
- Au niveau des facteurs de stress précoces toxiques (axe 4), nous relevons : une probable dépression périnatale et un conflit conjugal.

CONCLUSION DIAGNOSTIQUE :

- AXE 1 : trouble relationnel spécifique de la petite enfance ;
- AXE 2 : trouble des interactions dyadiques mère-enfant (niveau 3) et triadiques (niveau 3) ;
- AXE 3 : reflux gastro-œsophagien (résolu) ;
- AXE 4 : probable dépression périnatale ; conflit conjugal ;
- Axe 5 : développement psychomoteur dans les normes pour l'âge.

Sur base de ce diagnostic pluriaxial, nous proposons *l'approche thérapeutique suivante* :

- En rapport avec les axes 1 et 2 :
 - Une intervention thérapeutique spécialisée sur les interactions dyadiques mère-enfant visant à

augmenter la sensibilitéⁱ maternelle aux signaux émis par l'enfant dans l'interaction et intensifier les boucles interactives sensibles selon la méthode du « *Video-feedback to Promote Positive Parenting* » (VIPPP)²⁶.

- Une intervention thérapeutique spécialisée en guidance interactive triadique visant à amener la coparentalité à un niveau plus cohésif et briser la coalition de capture dans laquelle l'enfant est piégé²⁶.
- En rapport avec l'axe 4, une thérapie conjugale est recommandée.
- Un travail individuel chez l'enfant n'est pas indiqué à ce stade.

DISCUSSION

Le développement précoce de l'enfant est un processus multidimensionnel influencé d'une part par des caractéristiques individuelles comme les facteurs génétiques et le sexe, et d'autre part par l'environnement (qualité des stimulations, facteurs de stress toxique précoce...)^{2,27,28}.

L'approche pédopsychiatrique pluriaxiale du jeune enfant intègre les spécificités de cette période et les influences réciproques entre l'enfant et son environnement et entre les différents domaines de son développement¹. En effet, comme illustré par la vignette clinique, les différents axes, bien que distincts et nécessitant une analyse propre, sont interconnectés et s'influencent entre eux.

Dans le cas clinique présenté, le diagnostic retenu sur l'axe 1 est un trouble spécifique de la relation de la petite enfance. Or, ce trouble se définit par l'expression de symptômes - tels que comportement oppositionnel, refus alimentaire, refus de sommeil... - consécutive à un trouble de la relation dans un contexte donné^{20,21}. Ces symptômes sont à l'heure actuelle labiles. Ils ne constituent pas encore une pathologie cristallisée. Ce diagnostic ne peut être posé qu'à condition d'avoir évalué les interactions dyadiques et posé un diagnostic sur l'axe 2 de relation spécifique parent-enfant compromise à perturbée (niveau 3).

Ainsi, considérer les différents contextes relationnels du jeune enfant est indispensable à la compréhension de son développement et des manifestations psychopathologiques²⁹. En effet, les expériences relationnelles que le tout-petit vit au travers des interactions avec ses donneurs de soins sont essentielles pour le développement de ses capacités de régulation émotionnelle et physiologique^{3,21}. La relation parent(s)-enfant occupe une place centrale en termes de santé et de développement²⁰. La qualité de l'interaction (axe 2) joue un rôle protecteur contre les agressions environnementales (axe 4) et soutient le développement global de l'enfant (axes 1 et 5)³. A l'inverse, toute condition impactant la sensibilité du parent au cours de cette période précoce, a des conséquences nettement plus délétères pour le développement global qu'à

des âges plus avancés^{3,21}. Dans le cas clinique présenté, la probable dépression périnatale non détectée et non traitée ainsi que le conflit conjugal (axe 4) ont impacté la sensibilité de la maman dans l'interaction avec son enfant et la coparentalité (axe 2), mettant à risque le développement et la santé mentale de ce dernier (axes 1 et 5). Il est par ailleurs démontré que les patterns relationnels, résultant de l'impact de la dépression périnatale sur la synchronie et la coparentalité, s'inscrivent tôt et perdurent longtemps ; d'où la nécessité d'intervenir le plus précocement possible sur ces derniers, au cours de cette période plastique³⁰.

Notons ici que l'état de santé globale des parents (axe 4) peut influencer sur ses capacités interactives et donc sur l'axe 2 ; d'où l'importance de prendre en compte la santé du parent et de faire le lien entre la pédopsychiatrie et d'autres disciplines médicales de l'adulte comme la psychiatrie, la gynécologie et la médecine générale.

Dans le cas rapporté ci-dessus, la présence d'un reflux gastro-œsophagien (axe 3) peut avoir impacté les compétences relationnelles du nourrisson avec des conséquences sur la qualité de l'interaction (axe 2). En effet, un trouble sur l'axe 3 - telle qu'une douleur chronique - peut diminuer la disponibilité de l'enfant dans l'interaction avec des conséquences sur son développement global et sa santé mentale (axes 1 et 5)³¹.

L'axe 3 invite donc le clinicien à considérer, dans son évaluation, les autres disciplines pédiatriques dont la pédiatrie générale, la neuropédiatrie, l'ORL et la néonatalogie. Cet axe souligne l'importance de rechercher et traiter rapidement toute pathologie pédiatrique chronique compte-tenu du risque de conséquences en cascade, y compris sur la santé mentale de l'enfant.

Ainsi, la nouvelle classification diagnostique de la petite enfance offre au pédopsychiatre un cadre dans l'appréhension globale des troubles chez le jeune enfant¹. Ce cadre est d'autant plus important que ces troubles présentent des spécificités propres à cette période de la vie et nécessitent une approche intégrative des différents axes du développement (psychopathologique, relationnel, somatique, environnemental et de développement psychomoteur) qu'aucun autre outil diagnostique n'offre actuellement²⁰.

L'établissement du plan de traitement est l'ultime étape de l'évaluation clinique. Comme le souligne Guedeney A. *et al.*¹ : « *L'évaluation permet la planification du suivi thérapeutique, en identifiant les domaines du développement les plus atteints et qui seront les cibles du traitement, mais aussi et surtout les domaines les plus performants et les domaines de compétences émergentes, (...) qui seront les leviers de l'action thérapeutique* ».

Poser un diagnostic selon la classification DC : 0-5TM permet une communication efficace et efficiente entre les professionnels^{21,29}. Tout diagnostic initial est d'autant plus important qu'il sert de point de référence dans le suivi de l'évolution d'une situation dont on connaît le caractère particulièrement mouvant à cet âge.

ⁱLa sensibilité parentale se définit par la capacité du parent à repérer les signaux émis par son enfant et à y répondre.

CONCLUSION

La pédopsychiatrie du premier âge est une discipline émergente. Avec une prévalence de 16 à 18 %, la psychopathologie et les troubles du développement de la petite enfance représentent un enjeu non négligeable en santé publique.

Ainsi, le travail d'évaluation diagnostique et de prise en charge thérapeutique intégrant, comme nous l'avons montré, différents axes interconnectés, rend l'approche de ces troubles unique et se différencie de l'approche diagnostique et thérapeutique à des âges plus avancés.

Cette approche diagnostique et thérapeutique doit maintenant être intégrée à la formation de tout pédopsychiatre.

Il est également essentiel que les exigences et conséquences développementales de ce public cible soient portées à la connaissance des autres disciplines médicales (pédiatrie, gynécologie, médecine générale, psychiatrie) associées.

BIBLIOGRAPHIE

- Guédeney A, Le Foll J. Petite enfance et psychopathologie. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2014.
- House of Commons Health and Social Care Committee, First 1000 days of life, Thirteenth Report of Session 2017–19. Ordered by the House of Commons to be printed 12 February 2019.
- Lyons-Ruth K, Todd Manly J, Von Klitzing K, Tamminen T, Emde R, Fitzgerald H, *et al.* The worldwide burden of infant mental and emotional disorder: report of the task force of the world association for infant mental health: Burden of Infant Mental Health. *Infant Ment Health J.* 2017;38(6):695-705.
- Bucci M, Marques SS, Oh D, Harris NB. Toxic Stress in Children and Adolescents. *Adv Pediatr.* 2016;63(1):403-28.
- Felitti VJ. Adverse Childhood Experiences and Adult Health. *Acad Pediatr.* 2009;9(3):131-2.
- Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study - ULIège Library [Internet]. [cité 4 avr 2021]. Disponible sur: https://explore.lib.uliege.be/discovery/fulldisplay/cdi_scopus_primary_2001931077/32ULG_INST:ULIEGE
- Szyf M. Early life, the epigenome and human health. *Acta Pædiatrica Oslo.* 2009;98(7):1082-4.
- Nafee, Farrell, Carroll, Fryer, Ismail. Epigenetic control of fetal gene expression. *BJOG Int J Obstet Gynaecol.* 2008;115(2):158-68.
- Isles AR, Wilkinson LS. Epigenetics: what is it and why is it important to mental disease? *Br Med Bull.* 2008;85(1):35-45.
- Das R, Hampton DD, Jirtle RL. Imprinting evolution and human health. *Mamm Genome.* 2009;20(9-10):563-72.
- Sinclair DA, Oberdoerffer P. The ageing epigenome: Damaged beyond repair? *Ageing Res Rev.* 2009;8(3):189-98.
- Szyf M. The early life environment and the epigenome. *Biochim Biophys Acta Gen Subj.* 2009;1790(9):878-85.
- Kuehn BM, Randy L, Jirtle, PhD: epigenetics a window on gene dysregulation, disease. *JAMA J Am Med Assoc.* 2008;299(11):1249-.
- Lancet_ECD_Executive_Summary.pdf [Internet]. [cité 26 mars 2021]. Disponible sur: https://marlin-prod.literatumonline.com/pb-assets/Lancet/stories/series/ecd/Lancet_ECD_Executive_Summary.pdf
- Guedeney A, Mintz A-S, Dugravier R. Risques développementaux chez le nourrisson de la naissance à 18 mois. *EMC - Psychiatr.* 2007;4(1):1-6.
- Britto PR, Lye SJ, Proulx K, Yousafzai AK, Matthews SG, Vaivada T, *et al.* Nurturing care: promoting early childhood development. *The Lancet.* 2017;389(10064):91-102.
- Klitzing K von, Döhnert M, Kroll M, Grube M. Mental Disorders in Early Childhood. *Dtsch Aerzteblatt Online [Internet].* 25 mai 2015 [cité 26 mars 2021]; Disponible sur: <https://www.aerzteblatt.de/10.3238/arztebl.2015.0375>
- World Health Organization. Caring for children and adolescents with mental disorders: setting WHO directions. Geneva: World Health Organization; 2003.
- Carter AS, Briggs-Gowan MJ, Davis NO. Assessment of young children's social-emotional development and psychopathology: recent advances and recommendations for practice. *J Child Psychol Psychiatry.* 2004;45(1):109-34.
- Perret P, Zero to Three (Organisation). DC: 0-5™ : classification diagnostique de la santé mentale et des troubles du développement de la première et petite enfance. 2019.
- Perret P, Le Foll J, Guédeney A. La nouvelle classification diagnostique de la petite enfance (DC: 0-5) : continuités et évolutions. *Devenir.* 2019;31(3):197.
- Keren M, Hopp D, Tyano S, Amar S, Cohen D, Yovell Y. Cela ne passera pas avec le temps?: la santé mentale au cours des trois premières années de la vie. Paris: In Press; 2016.
- Josse D, Randé I. Brunet-Lézine révisé (BL-R) : Echelle de développement psychomoteur de la première enfance. Etablissements d'Applications Psychotechniques (EAP), éditeur. 2001.
- Loop L, Mouton B, Brassart E, Roskam I. The observation of child behavior during parent-child interaction: The psychometric properties of the Crowell Procedure. *J Child Fam Stud.* 2017;26(4):1040.
- Le bébé face au couple [Internet]. De Boeck Supérieur. 2021 [cité 29 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.deboecksuperieur.com/ouvrage/9782807312395-le-bebe-face-au-couple>
- Rusconi-Serpa S, Sancho Rossignol A, McDonough SC. Video Feedback in Parent-Infant Treatments. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am.* 2009;18(3):735-51.

27. Darling JC, Bamidis PD, Burberry J, Rudolf MCJ. The First Thousand Days: early, integrated and evidence-based approaches to improving child health: coming to a population near you? *Arch Dis Child*. 2020;105(9):837-41.
28. da Cunha AJLA, Leite ÁJM, de Almeida IS. The pediatrician's role in the first thousand days of the child: the pursuit of healthy nutrition and development. *J Pediatr (Rio J)*. nov 2015;91(6):S44-51.
29. Zeanah CH, Carter AS, Cohen J, Egger H, Gleason MM, Keren M, *et al*. Diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood dc:0-5: selective reviews from a new nosology for early childhood psychopathology. *Infant Ment Health J*. 2016;37(5):471-5.
30. Fivaz-Depeursinge E, Favez N. Exploring Triangulation in Infancy: Two Contrasted Cases. *Fam Process*. 2006;45(1):3-18.
31. Guedeney A, Dumond C, Grasso F, Starakis N. Comportement de retrait relationnel du jeune enfant Du concept à l'outil diagnostique. *médecine/sciences*. 2004;20(11):1046-9.

AUTEUR CORRESPONDANT

LAURE VANDER BORGHT

Service de Santé Mentale enfants-adolescents
Unité Diapason 0-3 ans; AIGS (Association Interrégionale de Guidance et de Santé)
Rue Saint-Lambert, 84
4040 Herstal
E-mail : lvdborgh@student.uliege.be