

FACULTÉ DE MÉDECINE

UNIVERSITÉ TOULOUSE III – PAUL SABATIER

ANNÉE 2016

2016 TOU3 1545

THÈSE

**POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
MÉDECINE SPÉCIALISÉE CLINIQUE**

Présentée et soutenue publiquement

par

Emma VIELIX

le 14 septembre 2016

LA DEPRESSION DU BEBE : REALITE OU FICTION ?

Directeur de thèse : Madame le Docteur Céline BASCOUL

JURY

Monsieur le Professeur J.P. RAYNAUD

Monsieur le Professeur C. ARBUS

Monsieur le Professeur S. DECRAMER

Madame le Docteur L. FRANCHITTO

Madame le Docteur C. BASCOUL

Président

Assesseur

Assesseur

Assesseur

Suppléant



TABLEAU du PERSONNEL HU
des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier
au 1^{er} septembre 2015

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. ROUGE D.	Professeur Honoraire	M. BARTHE
Doyen Honoraire	M. LAZORTES Y.	Professeur Honoraire	M. CABARROT
Doyen Honoraire	M. CHAP H.	Professeur Honoraire	M. DUFFAUT
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL B.	Professeur Honoraire	M. ESCAT
Doyen Honoraire	M. PUEL P.	Professeur Honoraire	M. ESCANDE
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE	Professeur Honoraire	M. PRIS
Professeur Honoraire	Mme ENJALBERT	Professeur Honoraire	M. CATHALA
Professeur Honoraire	M. GEDEON	Professeur Honoraire	M. BAZEX
Professeur Honoraire	M. PASQUIE	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE
Professeur Honoraire	M. RIBAUT	Professeur Honoraire	M. CARLES
Professeur Honoraire	M. ARLET J.	Professeur Honoraire	M. BONAFE
Professeur Honoraire	M. RIBET	Professeur Honoraire	M. VAYASSE
Professeur Honoraire	M. MONROZIES	Professeur Honoraire	M. ESQUERRE
Professeur Honoraire	M. DALOUS	Professeur Honoraire	M. GUITARD
Professeur Honoraire	M. DUPRE	Professeur Honoraire	M. LAZORTES F.
Professeur Honoraire	M. FABRE J.	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE
Professeur Honoraire	M. DUCOS	Professeur Honoraire	M. CERENE
Professeur Honoraire	M. LACOMME	Professeur Honoraire	M. FOURNIAL
Professeur Honoraire	M. COTONAT	Professeur Honoraire	M. HOFF
Professeur Honoraire	M. DAVID	Professeur Honoraire	M. REME
Professeur Honoraire	Mme DIDIER	Professeur Honoraire	M. FAUVEL
Professeur Honoraire	Mme LARENG M.B.	Professeur Honoraire	M. FREXINOS
Professeur Honoraire	M. BES	Professeur Honoraire	M. CARRIERE
Professeur Honoraire	M. BERNADET	Professeur Honoraire	M. MANSAT M.
Professeur Honoraire	M. REGNIER	Professeur Honoraire	M. BARRET
Professeur Honoraire	M. COMBELLES	Professeur Honoraire	M. ROLLAND
Professeur Honoraire	M. REGIS	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT
Professeur Honoraire	M. ARBUS	Professeur Honoraire	M. CAHUZAC
Professeur Honoraire	M. PUJOL	Professeur Honoraire	M. DELSOL
Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI	Professeur Honoraire	M. ABBAL
Professeur Honoraire	M. RUMEAU	Professeur Honoraire	M. DURAND
Professeur Honoraire	M. BESOMBES	Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER
Professeur Honoraire	M. SUC	Professeur Honoraire	M. RAILHAC
Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE	Professeur Honoraire	M. POURRAT
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURS	Professeur Honoraire	M. QUERLEU D.
Professeur Honoraire	M. CARTON	Professeur Honoraire	M. ARNE JL
Professeur Honoraire	Mme PUEL J.	Professeur Honoraire	M. ESCOURROU J.
Professeur Honoraire	M. GOUZI	Professeur Honoraire	M. FOURTANIER G.
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE J.
Professeur Honoraire	M. PASCAL	Professeur Honoraire	M. PESSEY JJ.
Professeur Honoraire	M. SALVADOR M.	Professeur Honoraire	M. CHAVOIN JP
Professeur Honoraire	M. BAYARD	Professeur Honoraire	M. GERAUD G.
Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE	Professeur Honoraire	M. PLANTE P.
Professeur Honoraire	M. FABIÉ	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL JF

Professeurs Émérites

Professeur ALBAREDE	Professeur JL. ADER
Professeur CONTE	Professeur Y. LAZORTES
Professeur MURAT	Professeur L. LARENG
Professeur MANELFE	Professeur F. JOFFRE
Professeur LOUVET	Professeur B. BONEU
Professeur SARRAMON	Professeur H. DABERNAT
Professeur CARATERO	Professeur M. BOCCALON
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL	Professeur B. MAZIERES
Professeur COSTAGLIOLA	Professeur E. ARLET-SUAU
	Professeur J. SIMON

P.U. - P.H.

Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ADOUE Daniel	Médecine Interne, Gériatrie
M. AMAR Jacques	Thérapeutique
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie
M. AVET-LOISEAU Hervé	Hématologie, transfusion
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie
M. BLANCHER Antoine	Immunologie (option Biologique)
M. BONNEVILLE Paul	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie.
M. BOSSAVY Jean-Pierre	Chirurgie Vasculaire
M. BRASSAT David	Neurologie
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique
M. BUGAT Roland (C.E)	Cancérologie
M. CARRIE Didier	Cardiologie
M. CHAP Hugues (C.E)	Biochimie
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie
M. CLANET Michel (C.E)	Neurologie
M. DAHAN Marcel (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. DEGUINE Olivier	Oto-rhino-laryngologie
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie
M. FERRIERES Jean	Epidémiologie, Santé Publique
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie
M. FRAYSSE Bernard (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie
Mme LAMANT Laurence	Anatomie Pathologique
M. LANG Thierry	Bio-statistique Informatique Médicale
M. LANGIN Dominique	Nutrition
M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine Interne
M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie
M. MALAUDA Bernard	Urologie
M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique
M. MARCHOU Bruno	Maladies Infectieuses
M. MOLINIER Laurent	Epidémiologie, Santé Publique
M. MONROZIES Xavier	Gynécologie Obstétrique
M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E)	Pharmacologie
M. MOSCOVICI Jacques	Anatomie et Chirurgie Pédiatrique
Mme MOYAL Elisabeth	Cancérologie
Mme NOURHASHEMI Fatemeh	Gériatrie
M. OLIVES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie
M. OSWALD Eric	Bactériologie-Virologie
M. PARINAUD Jean	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.
M. PAUL Carle	Dermatologie
M. PAYOUX Pierre	Biophysique
M. PERRET Bertrand (C.E)	Biochimie
M. PRADERE Bernard (C.E)	Chirurgie générale
M. RASCOL Olivier	Pharmacologie
M. RECHER Christian	Hématologie
M. RISCHMANN Pascal (C.E)	Urologie
M. RIVIERE Daniel (C.E)	Physiologie
M. SALES DE GAUZY Jérôme	Chirurgie Infantile
M. SALLES Jean-Pierre	Pédiatrie
M. SANS Nicolas	Radiologie
M. SERRE Guy (C.E)	Biologie Cellulaire
M. TELMON Norbert	Médecine Légale
M. VINEL Jean-Pierre (C.E)	Hépatogastro-entérologie

P.U. - P.H.

2ème classe

Mme BEYNE-RAUZY Odile	Médecine Interne
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul
M. BUREAU Christophe	Hépatogastro-entéro
M. CALVAS Patrick	Génétique
M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale
Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M. CHAIX Yves	Pédiatrie
Mme CHARPENTIER Sandrine	Thérapeutique, méd. d'urgence, addict
M. COGNARD Christophe	Neuroradiologie
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct
M. FOURNIE Bernard	Rhumatologie
M. FOURNIÉ Pierre	Ophthalmologie
M. GAME Xavier	Urologie
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation
Mme GENESTAL Michèle	Réanimation Médicale
M. LAROCHE Michel	Rhumatologie
M. LAUWERS Frédéric	Anatomie
M. LEOBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. MAZIERES Julien	Pneumologie
M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
M. PARANT Olivier	Gynécologie Obstétrique
M. PARIENTE Jérémie	Neurologie
M. PATHAK Atul	Pharmacologie
M. PAYRASTRE Bernard	Hématologie
M. PERON Jean-Marie	Hépatogastro-entérologie
M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
Mme SELVES Janick	Anatomie et cytologie pathologiques
M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie

P.U.

M. OUSTRIC Stéphane	Médecine Générale
---------------------	-------------------

P.U. - P.H.
Classe Exceptionnelle et 1ère classe

P.U. - P.H.
2ème classe

M. ACAR Philippe	Pédiatrie
M. ALRIC Laurent	Médecine Interne
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie
M. ARLET Philippe (C.E)	Médecine Interne
M. ARNAL Jean-François	Physiologie
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique
M. BOUTAULT Franck (C.E)	Chirurgie Maxillo-Faciale et Stomatologie
M. BUJAN Louis	Urologie-Andrologie
M. BUSCAIL Louis	Hépatogastro-Entérologie
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie
M. CARON Philippe (C.E)	Endocrinologie
M. CHAMONTIN Bernard (C.E)	Thérapeutique
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie
M. COURBON Frédéric	Biophysique
Mme COURTADE SAIDI Monique	Histologie Embryologie
M. DELABESSE Eric	Hématologie
Mme DELISLE Marie-Bernadette (C.E)	Anatomie Pathologique
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie
M. GALINIER Michel	Cardiologie
M. GLOCK Yves	Chirurgie Cardio-Vasculaire
M. GOURDY Pierre	Endocrinologie
M. GRAND Alain (C.E)	Epidémiologie Eco. de la Santé et Prévention
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis	Chirurgie plastique
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie
M. KAMAR Nassim	Néphrologie
M. LARRUE Vincent	Neurologie
M. LAURENT Guy (C.E)	Hématologie
M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie
M. MALECAZE François (C.E)	Ophthalmologie
M. MARQUE Philippe	Médecine Physique et Réadaptation
Mme MARTY Nicole	Bactériologie Virologie Hygiène
M. MASSIP Patrice (C.E)	Maladies Infectieuses
M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile
M. RITZ Patrick	Nutrition
M. ROCHE Henri (C.E)	Cancérologie
M. ROLLAND Yves	Gériatrie
M. ROSTAING Lionel (C.E)	Néphrologie
M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale
M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie
M. SALVAYRE Robert (C.E)	Biochimie
M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie
M. SENARD Jean-Michel	Pharmacologie
M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. SOULAT Jean-Marc	Médecine du Travail
M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie
M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive
Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie
M. VAYSSIERE Christophe	Gynécologie Obstétrique
M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie

M. ACCADBLED Franck	Chirurgie Infantile
M. ARBUS Christophe	Psychiatrie
M. BERRY Antoine	Parasitologie
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie
M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BURA-RIVIERE Alessandra	Médecine Vasculaire
M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire
M. CHAYNES Patrick	Anatomie
M. DAMBRIN Camille	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses
M. DELORD Jean-Pierre	Cancérologie
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice	Thérapeutique
M. FRANCHITTO Nicolas	Toxicologie
M. GALINIER Philippe	Chirurgie Infantile
M. GARRIDO-STOWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique
M. HUYGHE Eric	Urologie
M. LAFFOSSE Jean-Michel	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. LEGUEVAQUE Pierre	Chirurgie Générale et Gynécologique
M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Mme MAZEREEUW Juliette	Dermatologie
M. MEYER Nicolas	Dermatologie
M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation
M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. OTAL Philippe	Radiologie
M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie
M. SAILLER Laurent	Médecine Interne
M. TACK Ivan	Physiologie
Mme URO-COSTE Emmanuelle	Anatomie Pathologique
M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie

Professeur Associé de Médecine Générale
Pr VIDAL Marc
Pr STILLMUNKES André
Professeur Associé en O.R.L.
Pr WOISARD Virginie

M.C.U. - P.H.		M.C.U. - P.H.	
M. APOIL Pol André	Immunologie	Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie	M. BES Jean-Claude	Histologie - Embryologie
M. BIETH Eric	Génétique	M. CAMBUS Jean-Pierre	Hématologie
Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie	Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition	Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie	Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique
Mme CONCINA Dominique	Anesthésie-Réanimation	Mme CAUSSE Elisabeth	Biochimie
M. CONGY Nicolas	Immunologie	M. CHAPUT Benoît	Chirurgie plastique et des brûlés
Mme COURBON Christine	Pharmacologie	M. CHASSAING Nicolas	Génétique
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie	Mme CLAVE Danielle	Bactériologie Virologie
Mme de GLISEZENSKY Isabelle	Physiologie	M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire
Mme DE MAS Véronique	Hématologie	Mme COLLIN Laëtitia	Cytologie
M. DELMAS Catherine	Bactériologie Virologie Hygiène	M. CORRE Jlll	Hématologie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène	M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale
Mme DUGUET Anne-Marie	Médecine Légale	M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale
M. DUPUI Philippe	Physiologie	M. DESPAS Fabien	Pharmacologie
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie	M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie	Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail
M. GANTET Pierre	Biophysique	Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie
Mme GENNERO Isabelle	Biochimie	Mme GALINIER Anne	Nutrition
Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire	Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie
M. HAMDJ Safouane	Biochimie	M. GASQ David	Physiologie
Mme HITZEL Anne	Biophysique	Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie	Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
M. JALBERT Florian	Stomatologie et Maxillo-Faciale	Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire	M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale	Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie	M. LAHARRAGUE Patrick	Hématologie
M. LAURENT Camille	Anatomie Pathologique	M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
Mme LE TINNIER Anne	Médecine du Travail	Mme LAPRIE Anne	Cancérologie
M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie	M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. LOPEZ Raphael	Anatomie	Mme LEOBON Céline	Cytologie et histologie
Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition	M. LEPAGE Benoit	Bio-statistique
M. MONTOYA Richard	Physiologie	Mme MAUPAS Françoise	Biochimie
Mme MOREAU Marion	Physiologie	M. MIEUSSET Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire	Mme NASR Nathalie	Neurologie
M. PILLARD Fabien	Physiologie	Mme PERIQUET Brigitte	Nutrition
Mme PRERE Marie-Françoise	Bactériologie Virologie	Mme PRADDAUDE Françoise	Physiologie
Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie	M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
Mme RAGAB Janie	Biochimie	M. RONGIERES Michel	Anatomie - Chirurgie orthopédique
Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène	Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie	M. TKACZUK Jean	Immunologie
Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie	Mme VALLET Marion	Physiologie
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation	Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie
M. SOLER Vincent	Ophthalmologie		
M. TAFANI Jean-André	Biophysique		
M. TREINER Emmanuel	Immunologie		
Mme TREMOLLIERES Florence	Biologie du développement	M. BISMUTH Serge	M.C.U. Médecine Générale
M. TRICOIRE Jean-Louis	Anatomie et Chirurgie Orthopédique	Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve	Médecine Générale
M. VINCENT Christian	Biologie Cellulaire	Mme ESCOURROU Brigitte	Médecine Générale

Maitres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr BRILLAC Thierry
Dr ABITTEBOUL Yves
Dr CHICOULAA Bruno
Dr IRI-DELAHAYE Motoko

Dr BISMUTH Michel
Dr BOYER Pierre
Dr ANE Serge

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Jean-Philippe Raynaud,

Vous me faites l'honneur de présider mon jury de thèse et je vous en remercie. J'ai eu le plaisir de travailler dans un de vos services au cours de mon internat, et j'ai apprécié la richesse de vos enseignements ainsi que votre implication et votre disponibilité au cours de l'internat.

Veillez trouver dans ce travail le témoignage de mon profond respect et de ma reconnaissance.

A Monsieur le Professeur Christophe Arbus,

Je vous remercie de me faire l'honneur de juger ce travail. Nous n'avons eu l'occasion de travailler ensemble qu'au cours de quelques gardes au CHU, mais j'ai apprécié votre bienveillance et vos qualités d'enseignement ainsi que votre empathie et votre humanité auprès des patients.

Soyez assuré de ma sincère reconnaissance.

A Monsieur le Professeur Stéphane Decramer,

Je vous remercie de m'avoir fait l'honneur d'accepter de faire partie de mon jury de thèse. J'espère que ce travail pourra retenir votre attention. Nos spécialités se rejoignent parfois et je suis heureuse que vous puissiez porter votre regard de pédiatre sur cette thèse.

Veillez accepter ma sincère reconnaissance.

A Madame le Docteur Ludivine Franchitto,

C'est avec beaucoup de gentillesse que tu as accepté de relire et de juger ce travail. Je te remercie d'avoir accepté de faire partie de mon jury. Au cours de mon internat, j'ai eu le plaisir de te rencontrer et d'apprécier tes qualités humaines et relationnelles. Je me réjouis de pouvoir continuer d'apprendre à tes côtés durant ces deux prochaines années.

A Madame le Docteur Céline Bascoul,

Tu m'as fait l'immense honneur de bien vouloir accepter la direction de mon travail de thèse. Ton enseignement clinique et théorique fut riche et précieux tout au long de ce travail, mais aussi lors de mon semestre à l'EMPEA. Je suis reconnaissante de ta bienveillance, de ton soutien sans faille, de ta disponibilité à toute épreuve et de ton écoute attentive. Tu as su m'encourager quand j'en ai eu besoin.

J'ai particulièrement apprécié les six mois passés à tes côtés, où j'ai beaucoup appris et où mon goût pour cette discipline s'est confirmé.

J'espère pouvoir continuer à bénéficier longtemps de tes conseils et de ton expérience.

Sois assurée de ma profonde et sincère amitié.

A ma famille,

Merci à mes parents, pour leur amour et leur soutien depuis toujours, pour l'éducation et les valeurs qu'ils m'ont transmises, et pour leur présence tout au long de mes études ! Merci aussi pour la relecture !

Merci à mon frère Adrien, qui n'est jamais bien loin malgré tous ses périples autour du monde !

Merci à mes oncles, tantes, cousins, cousines, petits-cousins et petite-cousine, pour tous ces petits moments qui resteront de merveilleux souvenirs pour toujours. Et un merci tout particulier à Florent pour son aide en anglais...

Merci à Danièle qui, grâce à nos discussions parisiennes, m'a sûrement donné envie d'explorer un peu plus le psychisme humain.

Merci à mes grands-parents, pour leur amour, et surtout Pépé Chiens car « oui c'est bien grâce à toi que j'ai fait médecine ! ».

Et une pensée émue à ma grand-mère, Yvette, partie trop tôt...

A Sébastien,

Pour son amour, son soutien inébranlable et nos projets à venir. Merci de m'avoir supportée durant ces derniers mois...!

A mes amis,

Merci à mon amie de toujours, Marie et à son chéri, Pierre. Après s'être soutenues pendant toutes ces années au bord des bassins, nous avons continué pendant ces longues études. Merci pour tous ces souvenirs et ces week-ends inoubliables dans le Cantal ! Gros bisous à Lou aussi, votre merveille !

Merci à Claire et Jéjé pour toutes les soirées clermontoises pendant ces années d'externat et maintenant les soirées toulousaines. Nous avons ensemble tenté l'expérience à Toulouse pour l'internat et je crois que nous ne sommes vraiment pas déçues ! Merci aussi, Claire, pour tes corrections « scientifiques » !

Merci à Charlotte et Seb, une belle rencontre et amitié clermontoise qui perdure malgré les kilomètres...

Merci à tous pour votre amitié, vos sourires, vos délires. Merci pour ces vacances et week-ends mémorables et surtout merci d'être ce que vous êtes !!!

Merci à mes nouveaux amis toulousains, Cindy, Olivier, Sylvie, Jérôme, Elodie, Manu, Mathilde, Julien et tous les autres... Merci pour votre accueil, il y a maintenant 5 ans, pour tous ces moments partagés et pour votre soutien. Plein de bisous à tous les petits qui sont venus agrandir cette belle « famille » : Paul, Maxime et Juliette, Luca, Charly... ainsi qu'à tous ceux qui doivent arriver bientôt !

Merci à tous les internes de psychiatrie toulousains, avec qui j'ai passé un super internat, de ma promo et des promos d'à côté.

Merci à mes colocataires et co-internes successifs : Juliette et Tiffany pour ces longs mois d'hiver sous la neige à Rodez, Sarra pour ces repas « mythiques » à Lavour, Zoé et Maxime pour ces six mois riches en enseignements mais parfois « douloureux » aux urgences, Marc pour ton soutien lors de notre passage commun à St Léon...

Aux équipes de soins qui m'ont accueillie et encadrée pendant ces 4 ans,

Merci à l'équipe de la clinique Bourran à Rodez, pour mes premiers pas en psychiatrie adulte, et particulièrement au Dr Marie-José Picot-Riani,

Merci à l'équipe du Pech à Lavaur, et aux Dr Laurent et Dr Mas pour leur disponibilité et leur gentillesse,

Merci à l'équipe de la Rotonde de Lavaur, pour cette immersion dans la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, et au Dr Bertrou pour le partage de sa longue expérience.

Merci à toute l'équipe des urgences psychiatriques de Purpan (infirmiers, aides-soignants, cadres, AS, ASH, psychologue, secrétaires) pour ces 6 mois intenses qui m'ont beaucoup apporté, et aux Docteurs Anne Garnier, Caroline Maurs, Etienne Very, Anka Landmann, Catherine Bret-Spinoza, Violette Amaya, Carlos Ochoa-Torres et Christophe Perrault,

Merci à l'équipe de l'hôpital de jour St Léon pour m'avoir fait vivre une expérience institutionnelle riche, et particulièrement au Dr Mesquida dont l'enseignement et l'accompagnement furent très riches, et merci à l'équipe de liaison périnatale de la clinique Sarrus-Teinturier pour m'avoir donné le goût de la psychiatrie périnatale.

Merci à l'Equipe Mobile de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent du CHU (Mélanie, Mireille, Corinne, Caroline, Marion) pour tous vos conseils et votre bonne humeur quotidienne malgré les situations difficiles, ainsi qu'aux Dr Vignes, Dr Bascou et Dr Collange pour tous vos enseignements et votre disponibilité.

Merci à l'équipe de la PMI de Cazères, avec qui j'ai eu grand plaisir à travailler et à échanger.

Merci enfin à toute l'équipe de l'hôpital de jour des Bourdettes pour leur soutien durant ce dernier semestre, au Dr Carpentier pour l'enseignement, l'attention et la disponibilité qu'elle m'a apportés.

Enfin, je tiens à remercier tous ceux qui ont contribué, de près ou de loin, à la concrétisation de ce travail par leurs encouragements, leur soutien ainsi que leurs précieux conseils.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	12
PREMIERE PARTIE : DES PREMIERES DESCRIPTIONS AUX THEORIES ACTUELLES	14
INTRODUCTION	14
I. Le concept de position de Mélanie Klein	14
1. La position paranoïde	15
2. La position dépressive	15
II. Pathologie ou réaction dépressive ?	16
1. Spitz et la dépression anaclitique	16
2. Première description littéraire	20
3. Des années 50 aux années 80	21
a. La dépression comme stade de développement	21
b. L'apparition des premiers critères diagnostiques	21
4. La dépression du bébé dans les classifications	24
a. La classification DC 0-3R	24
b. La CIM 10	25
c. La CFTMEA	26
5. La séparation comme traumatisme ?	27
6. Les dernières données de la littérature	28
DEUXIEME PARTIE : ANALYSE DES QUESTIONNAIRES	30
INTRODUCTION	30
METHODE	30
RESULTATS	32
I. Définition de la dépression du bébé	32
II. Qu'en est-il de ce concept actuellement ?	34
III. Posez-vous ce diagnostic ?	35
IV. Quels critères et quelles classifications pour poser le diagnostic ?	35
V. Autres diagnostics ?	36
DISCUSSION	37
I. Limites de l'étude	37
II. La dépression du bébé : pathologie réactionnelle ou du lien ?	38
III. Méthodes d'observation des bébés	39
IV. Critères d'âge	40
V. Echelles d'évaluation	41

TROISIEME PARTIE : DIAGNOSTICS DIFFERENTIELS / DIVERS POINTS DE VUE THEORIQUES	43
INTRODUCTION	43
I. La théorie de l'attachement	44
1. Rappel théorique	44
2. Les troubles de l'attachement	46
II. Les carences	48
1. Notions théoriques	48
a. Les carences quantitatives	49
b. Les carences qualitatives	50
c. Les discontinuités interactives	50
d. Les distorsions	50
2. Les carences dans les classifications	51
3. Dépression du bébé et carences	53
III. Les interactions précoces	54
1. Notions théoriques	54
2. Trouble des interactions précoces	55
3. Le retrait relationnel	57
4. Dépression du bébé et interactions précoces	59
IV. Bébé à risque autistique	60
1. Signes précoces	60
2. L'autisme infantile dans les classifications	61
V. Stress et traumatismes précoces	63
1. Du point de vue psychanalytique	63
2. Du point de vue neuro-développemental	64
3. Conséquence du stress chez la femme enceinte pour le bébé	65
4. Environnement stressant	66
SYNTHESE	67
CONCLUSION GENERALE	69
BIBLIOGRAPHIE	71
ANNEXES	78
Réponses aux questionnaires	78
Illustrations cliniques	99
Echelle EDIN	105
Echelle ADBB	106
Grille d'Evitement Relationnel du Nourrisson	109
ECA-N	112

INTRODUCTION

Ce n'est que relativement récemment qu'on a considéré que les enfants et même les très jeunes enfants pouvaient présenter des tableaux dépressifs.

La notion de dépression du nourrisson a été conceptualisée en 1946 par le psychanalyste René Spitz à partir de symptômes induits chez des nourrissons en pouponnière par la privation durable de leur mère. Ce concept de « dépression anaclitique » a continué à être utilisé et enseigné durablement sans que de nouvelles études aient permis d'en préciser la définition, et malgré les évolutions de prises en charge des bébés séparés durablement de leur mère.

D'autres études sur les effets de la séparation maternelle ont conduit au développement de concepts fondamentaux comme celui de l'attachement mais son lien avec la dépression du bébé reste flou.

Par la suite, la notion d'interactions entre le bébé et sa mère a permis d'étendre les conditions d'émergence d'une symptomatologie d'allure dépressive chez le bébé. Ce tableau présente quelques points communs (comme la progressivité et la symptomatologie) avec la dépression anaclitique. Cette notion accompagne le concept de carences.

Depuis quelques années, des efforts ont été faits pour identifier de façon reproductible certains symptômes comme le « retrait relationnel durable » et expliciter leurs liens avec la dépression du bébé, mais une révision générale du concept de dépression du bébé est encore en attente. En effet, il n'existe pas actuellement de réel consensus, que ce soit sur le plan clinique ou psychopathologique.

Nous retrouvons donc peu de recherches récentes sur la dépression du bébé, les recherches étant plutôt centrées sur le développement émotionnel et les répercussions éventuelles d'une dépression maternelle postnatale sur le bébé, ou bien encore sur le repérage d'une souffrance précoce globale grâce à une échelle comme l'ADBB (Alarme détresse Bébé).

Dans une première partie, nous nous attacherons donc à exposer la définition de la dépression du bébé puis son évolution au cours des années.

Il semble en effet que celle-ci ait évolué depuis les années 50 par une meilleure connaissance de la vie psychique du nourrisson et par la modification de la prise en charge des nourrissons séparés de leur mère. Cependant, la dépression du bébé reste un concept encore peu reconnu dans les classifications internationales et nationales. Elle apparaît dans la Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent (CFTMEA) et la classification « Zero to Three » révisée (DC 0-3 R) mais ces classifications sont récentes et n'ont pas fait l'objet de validation clinique. Cette constatation nous a amenés à nous interroger alors sur la

pratique clinique quotidienne des pédopsychiatres français de périnatalité et de la petite enfance qui rencontrent des bébés en souffrance psychique. Posent-ils le diagnostic de dépression du bébé ? Quelle classification utilisent-ils alors ? Sinon quel diagnostic évoquent-ils ? Pour cela, nous leur avons envoyé un questionnaire de quelques questions ouvertes afin de connaître leur point de vue sur le concept de dépression du bébé.

Dans une seconde partie, nous étudierons donc les réponses des pédopsychiatres interrogés. S'il apparaît clair que la définition de la dépression anaclitique et que les critères de Kreisler sont la base de leur pensée, nous constatons aussi que ce concept de dépression du bébé ne semble plus applicable tel quel dans leur pratique quotidienne. Ils semblent prudents dans la nomination d'un tel diagnostic et certains d'entre eux ne l'utilisent jamais, préférant évoquer un trouble de l'attachement précoce, un trouble des interactions ou simplement un retrait relationnel.

Dans une troisième partie, nous tenterons de développer ces différents diagnostics afin d'essayer de comprendre leur intrication ou leur ressemblance avec la dépression du bébé telle qu'elle était décrite.

Des études plus récentes évoquent également l'impact des traumatismes précoces et du stress (anténatal ou postnatal) dans la genèse de troubles ou de symptômes pouvant se rapprocher de la dépression du bébé. Ces découvertes neurobiologiques portent un nouveau regard sur la souffrance précoce des bébés et pourraient apporter de nouvelles perspectives quant à la dépression du bébé.

PREMIERE PARTIE : DES PREMIERES DESCRIPTIONS AUX THEORIES ACTUELLES

INTRODUCTION

C'est pendant la seconde guerre mondiale et au décours de celle-ci que parurent les premières descriptions des dépressions du nourrisson. C'est aussi à cette époque, en 1943, que Kanner publia la première description de l'autisme infantile précoce. Nous pouvons penser que, comme le dit le Pr Golse, « les professionnels de l'époque eurent à modifier radicalement leur vision du tout petit enfant, probablement en partie du fait de la culpabilité des adultes vis-à-vis des terribles souffrances que les enfants, en particulier, avaient eu à endurer pendant ce conflit mondial » (1).

Après avoir longtemps considéré le nourrisson comme un être éminemment passif (centré sur l'alimentation, dormant beaucoup, dépendant totalement de son entourage), les professionnels ont été amenés à le considérer comme beaucoup plus actif et ayant « droit » à être reconnu comme détenteur d'une véritable vie psychique. Ils ont, à partir de là, beaucoup plus parlé de bébé que de nourrisson (2).

La dépression du bébé se prête à des lectures très différentes selon que l'on envisage (3) :

- le développement normal où la position dépressive a été élevée par Mélanie Klein à la hauteur d'un événement structurant fondamental au cours du 2^{ème} semestre de vie
- la pathologie dépressive basée sur l'observation clinique de la psychiatrie infantile
- la réponse dépressive qui est une réaction humaine de base vis-à-vis d'événements éprouvants

I. Le concept de position de Mélanie Klein

Dans les années 1930-1940, Mélanie Klein décrit la vie émotionnelle du bébé à partir de son travail analytique (4). Elle s'intéresse surtout à la vie fantasmatique de l'enfant.

Elle pense qu'il existe dès la naissance un Moi primitif, immature, manquant de cohésion et qui va d'entrée être exposé à l'angoisse suscitée par le conflit entre la pulsion de vie et la pulsion de mort, auxquelles vont correspondre les pulsions libidinales d'amour et les pulsions agressives destructrices.

Cette coexistence, présente dès la naissance, va obliger le Moi faible du nourrisson à gérer l'angoisse suscitée par ce conflit. Deux sortes d'angoisse vont se manifester durant les premiers mois de vie de l'enfant. Elles resteront actives pendant toute la vie de l'individu et pourront ressurgir en cas de régression.

D'abord apparaît l'angoisse de persécution ou paranoïde à laquelle la position schizo-paranoïde correspond (angoisse très active pendant les trois-quatre premiers mois, puis qui régresse) puis l'angoisse dépressive à laquelle la position dépressive correspond (angoisse de perte d'objet, active au cours du second semestre de vie, puis qui décline ensuite). Ce concept de position apparaît plus comme un concept structural que chronologique. Il s'agit d'étapes normales, nécessaires à l'évolution de tout enfant.

1. La position paranoïde

En 1946, dans *Notes sur quelques mécanismes schizoïdes*, Mélanie Klein évoque la position paranoïde, correspondant aux tout premiers moments de la vie psychique du nourrisson et faisant partie du développement normal de l'individu.

Elle fait l'hypothèse d'un Moi rudimentaire dès la naissance qui va projeter vers l'extérieur la pulsion de mort (pour se défendre contre le conflit né de la lutte entre les pulsions). Une partie de la pulsion de vie est aussi projetée pour créer un « objet idéal », entraînant donc le clivage du Moi entre une partie libidinale et une partie destructrice. Le Moi va introjecter l'objet idéal, en faire une partie de lui-même et s'identifier à celui-ci. Le Moi (par balancement entre projection et introjection) va cliver l'objet « sein », d'où une double relation bonne et mauvaise. Le clivage est le premier mécanisme de défense du Moi contre l'angoisse. L'idéalisation du bon objet lui permet de former en lui l'image d'un sein idéal omniprésent et d'avoir un contrôle omnipotent sur lui. Le clivage permet d'isoler le mauvais objet dont l'existence même est déniée. La faim et le manque du bon objet vont être vécus comme des attaques par les mauvais objets. Le sein et l'apaisement vont permettre au Moi de se rassembler, de s'intégrer, de s'unifier. Il acquiert confiance dans le bon objet. Si pour des raisons externes et/ou internes, les forces destructrices prennent le pas sur le bon objet, les mécanismes de défense deviennent insuffisants. Le Moi est alors envahi. La défense ultime est donc la désintégration.

2. La position dépressive

En 1934, dans *Contribution à l'étude de la psychogenèse des états maniacodépressifs*, Mélanie Klein expose la position dépressive. Jusque-là, « l'enfant était protégé de la souffrance dépressive grâce aux mécanismes de clivage, de projection et d'introjection » (5).

Après l'unification progressive du Moi du nourrisson, celui-ci va pouvoir percevoir l'extérieur comme différent de lui. Un mouvement parallèle existe vis-à-vis de l'objet ce qui le conduit à avoir des relations, non plus avec des objets partiels mais avec un objet total, la mère. L'enfant est capable à ce stade de reconnaître l'objet entier et non plus clivé. Cette période dépressive correspond à l'angoisse dépressive liée à la perte de l'objet (culminant à l'âge de 6 mois et durant environ six mois). Les mécanismes schizoïdes sont toujours présents mais beaucoup moins intenses.

Les progrès du bébé vont lui faire sentir que les sensations proviennent d'un même objet, séparé de lui, source unique de ce qui est bon ou mauvais. Distinguer sa mère comme entière et différente de lui implique de reconnaître sa dépendance vis-à-vis d'elle. Il va éprouver des sentiments agressifs et d'amour à son égard car elle est la source de ses gratifications et de ses frustrations. L'ambivalence vis-à-vis de l'objet prédomine alors.

L'angoisse de perte d'objet est alimentée par les fantasmes destructeurs de l'enfant qui croit avoir endommagé et détruit l'objet total, d'où l'apparition de la culpabilité. Cette angoisse augmente le désir de l'avoir en permanence, mais sa voracité peut lui faire craindre de l'avoir dévoré et détruit.

Le mécanisme de défense, de cette position, est le mécanisme de réparation, par lequel le nourrisson tente de restaurer, puis de préserver l'objet de ses attaques sadiques.

Le développement et les jeux du bébé (jeu du Coucou par exemple) vont lui permettre de surmonter cette angoisse dépressive. Ils permettent d'intégrer un sentiment de sécurité. Chaque progrès dans le développement est utilisé par le Moi comme défense contre l'angoisse dépressive. Ce phénomène n'est pas simplement un stade passager. Son expression implique une forme spécifique de relations objectales, d'angoisses et de défenses qui persistent tout au long de la vie.

L'individu peut à tout moment osciller entre les deux positions. La façon dont les relations objectales s'intègrent dans la position dépressive reste comme base de la personnalité.

II. Pathologie ou réaction dépressive

1. Spitz et la dépression anaclitique

En ce qui concerne la dépression du bébé, les premières descriptions datent de 1946 et sont dominées par la découverte de René Spitz qui établit un lien clair entre la séparation précoce d'avec la mère et un certain nombre de signes physiques et développementaux (6).

Pour aborder ce concept, Spitz réalise d'abord une étude longitudinale observationnelle, comprenant 366 observations de nourrissons (dont 256 observés de 6 mois à 1 an), sur 3 continents différents et 3 « races différentes (blanche, nègre et indienne) » (7). Les lieux d'observation étaient des pouponnières, des familles, des placements familiaux, des maternités, des orphelinats, des villages indiens et des crèches. L'étude consistait en 4 heures d'observation hebdomadaire de chaque nourrisson (histoire clinique à laquelle s'ajoutaient les comptes-rendus, les interviews avec les parents des enfants et avec le personnel qui s'en occupait et les résultats de tests mensuels).

Dans ce travail, il évoque alors la perte de la mère comme perte de l'objet libidinal. L'objet libidinal n'est pas nécessairement identique à soi-même, ni constant dans le temps (différent d'un objet en général qui est constant dans le temps et caractérisé par son identité avec soi-même). Il réside donc dans sa constance historique, dans le fait que pour devenir libidinal un

objet doit avoir une histoire. Cette identité historique est représentée par l'identité de la structure des pulsions affectives dirigées sur cet objet. L'objet libidinal est caractérisé par l'identité de la structure des besoins qu'il satisfait. La signification et l'importance de l'objet libidinal varie avec l'âge. Pendant la première année de vie, son importance est proportionnelle à la faiblesse, au manque de défense et à la vulnérabilité du nouveau-né.

Spitz explique que le nouveau-né est un être incomplet au niveau de sa personnalité. D'un point de vue structurel, le nouveau-né ne possède ni Moi, ni Surmoi à la naissance. Le Moi se développerait au cours des premières années.

Selon Spitz, pendant la première année, le nourrisson apprend tout par l'intermédiaire de sa mère. Si le nourrisson est en train de développer un Moi, on peut donc dire qu'il en possède un rudimentaire qui est complété par un représentatif externe du Moi, qui est la mère. Si le nourrisson est privé de sa mère, sans lui assurer un substitut équivalent, il est donc dans une situation inimaginable pour un adulte (il faudrait que l'adulte soit privé de toute possibilité de contact, d'action, de défense, de conversation). Une privation complète de la mère est naturellement impossible à cet âge. Si un nourrisson est privé complètement du support des adultes, pendant la première année de sa vie, les suites sont nécessairement létales puisque le nourrisson est incapable de subvenir à ses besoins. Dans chaque cas de privation il y a une substitution (qu'elle soit adéquate ou non).

Dans cette même étude (7), Spitz discute également les conséquences des substitutions inadéquates, qui varient alors selon l'âge auquel la séparation a eu lieu.

Sa seconde étude s'intéresse exclusivement à la séparation du nourrisson et de sa mère, sans substitution adéquate entre 6 mois et 1 an (7). Elle est réalisée dans une pouponnière avec 123 sujets, observés pendant un an, élevés dans cette institution par leurs propres mères. Plus de la moitié de ces enfants, pour des « raisons accidentelles », ont dû être séparés de leur mère. Les conséquences de cette séparation ont été les mêmes pour 19 enfants. La pouponnière avait des conditions hygiéniques exemplaires, les enfants étaient élevés dès leur naissance par leurs mères sous le contrôle de nurses diplômées.

Les enfants observés après la séparation d'avec leur mère présentaient le même tableau, celui que Spitz appellera dépression anaclitique (vient du grec anaklinein, qui signifie « s'appuyer sur », « s'adosser sur »), liée à une carence affective partielle.

Tableau de la dépression anaclitique

1^{er} mois de séparation	<ul style="list-style-type: none"> • « Attitude exigeante » avec des « tendances pleurnichantes » • Le bébé « se cramponne à toute personne qui s'approche ».
Au cours du 2^{ème} mois de séparation	<ul style="list-style-type: none"> • Un refus de contact se manifeste • L'enfant est en « retrait » et manifeste une expression majorée de l'angoisse du 8^{ème} mois. • Il devient « impossible de calmer les glapissements de l'enfant » • Au début comme à la fin, l'enfant pousse « des hurlements désespérés à tout essai de contact » • Des « désordres de nutrition » apparaissent, souvent une perte de poids et une stagnation du Quotient de Développement
Au cours du 3^{ème} mois de séparation	<ul style="list-style-type: none"> • L'enfant est couché à plat ventre pendant la plus grande partie de la journée, il rejette et se désintéresse de son entourage, il refuse de réagir à tout essai de prise de contact (position pathognomonique) • « Cette position a une valeur diagnostique » et constitue un « avertissement » qui rend urgent de prendre des mesures contre la dépression progressive qui s'est emparée de l'enfant • « Pertes de poids plus fréquentes », « insomnies » • « Maladies intercurrentes », « susceptibilité accrue aux infections »
Au cours du 4^{ème} mois de séparation	<ul style="list-style-type: none"> • Le processus empire. • « L'expression faciale devient figée ». Le faciès de ces enfants présente « une rigidité mimique, avec un regard immobile et lointain » • Ils semblent « être pris dans une espèce de stupeur, proche d'une confusion mentale ». • Absence de réponse aux stimuli. • « Le niveau de développement commence à régresser en dessous du développement atteint lors de la séparation » (domaine social, intellectuel et communicationnel). « Le secteur social reste cependant le plus élevé, comme s'il attirait à soi l'énergie de tous les autres secteurs »
Au-delà du 4^{ème} mois	<ul style="list-style-type: none"> • Spitz parle de carence affective totale et d'hospitalisme (phase terminale et irréversible), qu'il décrit en 1968. • Elle aboutit à un retard grave et fixé avec une mortalité considérable (plus d'un tiers des enfants) (8)

On peut donc distinguer trois phases :

- d'abord une phase active de protestation (conséquence traumatique immédiate de la rupture, phase d'angoisse, phase d'appel et de recherche de l'objet anaclitique disparu)
- puis une phase de désespoir et d'écrasement dans le repli quand les mécanismes de lutte contre l'angoisse sont débordés et épuisés
- enfin l'entrée dans la phase de détachement dépressif (déli plus ou moins partiel de la problématique du manque) (9).

Cette séquence à trois phases apparaît alors comme le prototype de la dynamique dépressive.

Le terme anaclitique fait référence à l'étayage du premier développement par la relation maternelle (6). Spitz fait référence à la théorie freudienne de l'étayage qui veut que la fonction maternelle soit au centre du développement (10). C'est cette fonction, « l'étayant maternel » qui assure pour le nourrisson l'unité de son Moi. Les différentes fonctions maternelles sont des éléments essentiels dans la constitution du psychisme. En 1927, dans *L'avenir d'une illusion*, Freud met en rapport le concept d'étayage avec celui de détresse. Des événements attaquant le corps (comme la maladie, la mort), la famille, les proches (deuils, séparations) constituent des menaces de « désétayage ».

Pour Spitz, les trois conditions nécessaires pour développer une dépression anaclitique sont :

- une séparation avec la mère entre le sixième et le huitième mois de l'enfant
- une séparation supérieure à trois mois
- une séparation totale (sans substitut adéquat) (11).

Elle suppose alors l'établissement préalable d'une bonne relation mère-enfant. Les séparations dépassant cinq mois ont tendance à causer des dégâts irréversibles.

Spitz rapporte également lors de cette conférence la grande différence entre la dépression anaclitique et celle de l'adulte (7). Chez l'adulte, le Surmoi joue un rôle prépondérant dans le tableau des dépressions et le Moi est une structure bien organisée et solide. Chez le nourrisson, le Surmoi n'existe pas et le Moi est rudimentaire. Le Moi et le Surmoi, chez le nourrisson, sont remplacés par un Moi extérieur, la mère.

Les conséquences de la perte de l'objet libidinal sur le développement (selon la durée de la séparation) sont le retard, l'arrêt puis la régression du développement.

Spitz met alors en avant la guérison par restitution de l'objet libidinal (rendre la mère au bébé). Après la réunion avec leur mère, « ces enfants reprennent leur vitalité avec une rapidité surprenante » (2 semaines maximum suffisent pour les rétablir) (7).

Il y a des circonstances dans lesquelles la séparation devient définitive (par exemple la mort de la mère). Spitz pose alors la question d'une alternative thérapeutique pour la restitution de l'objet libidinal. Il propose donc une « thérapie de substitution » car le maintien du secteur social chez ces enfants prouve un « effort de la part de leur psychisme pour trouver un substitut à l'objet libidinal perdu ».

Trois mesures s'imposent :

- « offrir au bébé un substitut choisi avec sagesse (ne pas hésiter à changer si après une période raisonnable le bébé ne l'accepte pas) »
- « leur faciliter la locomotion (une fois la locomotion acquise, même rudimentaire, ces enfants montrent d'une manière décidée leurs préférences pour les personnes qui se prêtent comme substitut) »
- « assurer à l'enfant une quantité suffisante de jouets car ils offrent à l'enfant des stimulations évitant les arrêts de développement ».

Selon Spitz, la séparation de la mère avec l'enfant n'est pas toujours « funeste ». Elle ne l'est seulement lorsque préalablement les rapports entre la mère et son enfant sont bons. Quand ces rapports sont « franchement mauvais », les résultats de la séparation étaient au contraire une amélioration du profil du Quotient de Développement. Les bébés qui ne sont pas parvenus à investir leur objet privilégié se montrent alors indifférents à sa perte (12). La réunion avec la mère provoque plutôt, dans ces cas-là, une nouvelle récession du profil de développement. Le pivot de développement lors de la première année de vie est fourni par les rapports affectifs avec la mère. « La privation affective est aussi dangereuse pour le nourrisson que la privation alimentaire ».

Les travaux de Spitz aboutissent à l'idée que le bébé a besoin d'une relation stable et suffisante, faute de quoi se développe en lui une réaction sévère et prolongée qui altère son développement et sa santé physique (8).

Spitz situe donc la dépression anaclitique et l'hospitalisme du côté de la déception (registre du désir) et tente d'appliquer le schéma du deuil de Freud et Abraham à des bébés n'ayant pas encore atteint le « stade objectal », d'où son explication d'un retournement sur le corps propre de l'enfant des pulsions agressives en cas de disparition de l'objet relationnel externe de référence et à défaut d'objet interne suffisamment constitué (13).

2. Première description littéraire

Avant ces descriptions cliniques et théoriques, un écrivain s'était intéressé en précurseur à ce que pouvaient vivre les bébés séparés de leur mère (14). Il s'agit d'Emile Zola qui publie dans le Figaro en 1891, un texte en forme d'appel, « Aux mères Heureuses ». Les fondatrices de la Société maternelle parisienne (qui deviendra plus tard la Société maternelle la Nouvelle Etoile) le poussent à écrire pour soutenir le grand projet de création des pouponnières. A cette époque, la société française connaît alors de grands bouleversements et l'accès des femmes au travail les conduit à se séparer de leurs enfants pour les confier à des nourrices de province souvent éloignées, à qui elles ne peuvent rendre visite. Selon les observations de Zola, environ 6 enfants sur 10, près de 100 000 par an meurent dans leurs premiers mois de vie.

Le projet de la Société maternelle parisienne est de construire des pouponnières à proximité (« aux portes de Paris ») permettant de garantir un nourrissage de qualité, des activités et

surtout de maintenir le lien avec la mère. La préservation du lien devient alors, déjà, une priorité.

Zola retranscrit un certain nombre d'observations intéressantes sur ces enfants. Il est nécessaire dit-il de « resserrer les liens de la famille ». La proximité fait que « la chair de sa chair ne lui devient pas étrangère, l'absence ne fait pas son terrible travail de détachement ». « N'est-ce pas monstrueux cette séparation violente, contraire à la nature, exécration au point de vue social et humain ? » (15).

Dans ce texte, Zola met l'accent sur ce qui constituera les découvertes importantes de la psychiatrie du bébé : l'effet des carences maternelles sur la santé du bébé, les conséquences des séparations précoces et la nécessité de maintenir le lien.

3. Des années 50 aux années 80

a. La dépression comme stade de développement

En 1952, Winnicott évoque « l'aptitude à la dépression » du nourrisson comme un stade du développement (proche du concept de Mélanie Klein) (16). Il explique que la santé mentale de l'enfant est le « résultat des soins maternels ininterrompus permettant une continuité du développement affectif primaire ». « Un nourrisson en bonne santé, à l'âge d'un sevrage fructueux, parvient forcément à une aptitude à la dépression ». Cette dépression va de pair avec le souci, le remord et la culpabilité. Cette aptitude à se faire du souci, à se sentir malheureux ou à réagir à une perte de façon organisée est donc une étape importante du développement dans une croissance saine.

En 1965, Sandler et Joffe voient dans la réaction dépressive « une réponse affective de base » qui peut s'observer à tous les stades du développement et se trouver associée à une variété d'autres symptômes (8). Cette réponse dépressive de base représenterait un état d'impuissance, de désespoir et de résignation en face d'une certaine souffrance mentale.

Pour Sandler, la réponse dépressive est essentiellement dominée par le sentiment d'incapacité, éprouvé par le sujet, à retrouver un état antérieur heureux et l'adoption en conséquence d'une attitude faite de capitulation et de retrait. La dépression serait alors l'expression émotionnelle d'un état de faiblesse du Moi.

Il considère que la dépression aboutit à la perte d'une partie du sens de soi, celle qui est associée à la bonne relation avec l'autre (8).

b. L'apparition des premiers critères diagnostiques

Dès 1982, Herzog et Rathbun proposent des critères diagnostiques de dépression, applicables entre la naissance et 36 mois, fondés sur le développement à cet âge et basés sur le DSM-III (8).

Les critères diagnostiques associaient alors l'existence d'une humeur « dysphorique » à la présence d'au moins quatre signes de dysfonctionnement clinique.

<p>Humeur « dysphorique »</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Expression triste ou absente • Evitement du regard ou regard vide • Expression vide • Irritabilité
<p>Signes de dysfonctionnement clinique (au moins 4)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Troubles somatiques (mércisme, retard de croissance, ...) • Manque de jeu social • Difficultés à la séparation • Troubles du comportement (stéréotypies, mouvements anormaux,...) • Retard de développement (surtout verbal et moteur) • Troubles alimentaires • Troubles du sommeil

Ces signes devaient être durables dans le temps (au moins deux semaines). Cependant même si ces critères sont pertinents du point de vue clinique, ils n'ont reçu aucune validation scientifique (5) et ils n'apparaissent plus aujourd'hui dans le DSM V.

De son côté, Léon Kreisler écrit en 1989 que la dépression du nourrisson correspond à un désordre thymique d'évolution aiguë ou subaiguë, conséquence d'une rupture prolongée du lien maternel (6). La composante mentale essentielle de ce trouble est l'atonie affective qui prive le bébé de ses appétences vitales. Le pic se situe entre 6 et 18 mois, en pleine construction de la relation d'objet.

L'entrée dans la dépression se fait par une période préliminaire d'angoisse de séparation exacerbée jusqu'au pathologique. Celle-ci est toujours présente. « Tout se passe comme si la dépression prenait la suite d'une angoisse épuisée par son débordement ».

Pour lui, la dépression du nourrisson n'est pas d'expression unique. Ses variations tiennent au degré d'intensité de la perturbation, à sa durée, à l'âge de l'enfant, aux conditions étiologiques. Les formes les plus sévères sont proches de la stupeur, de la sidération mentale : « l'enfant assis immobile ou couché, le faciès figé dans une rigidité glacée, le regard vide, comme sourd et aveugle à l'environnement ».

L'unité de la dépression du nourrisson correspond, pour Kreisler, à l'atonie thymique, l'inertie motrice, la pauvreté de la communication interactive et la désorganisation psychosomatique.

Atonie thymique	<ul style="list-style-type: none"> • « Modification du comportement qui tranche par rapport à l'habitus antérieur du bébé que révèle l'indifférence (indifférence morne, sans plainte, ni larme, dépression froide, dépression blanche) ». La dépression du bébé est donc une athymie globale, plus proche de l'indifférence que de la tristesse. • La sémiologie dépressive du jeune enfant est négative, elle présente « en creux l'essence même des appétences vitales de l'enfant en bonne santé (l'appétit à se nourrir, à regarder, à écouter, sentir, connaître, fonctionner, progresser, ...) ». C'est en fait le « plaisir à désirer qui se trouve altéré » dans son ensemble
Inertie motrice	<ul style="list-style-type: none"> • « Lenteur dépressive constante, de degré variable » (proche du ralentissement psychomoteur dépressif de l'adulte). • Elle infiltre le comportement par une monotonie des conduites. • La mimique est pauvre, la mobilité corporelle comme « engluée » (le figement touche davantage le tronc et la racine des membres). • Les initiations psychomotrices sont diminuées et la réponse motrice aux stimulations affaiblie. • Il peut en résulter un déclin des acquisitions (doute alors avec une régression déficitaire). « Cette perte n'est qu'apparente, comme le montre la réversibilité d'une rapidité dramatique à la sortie de la maladie ». • Cette inertie touche aussi les conduites alimentaires (perte d'appétit, « anorexie d'inertie marquée du sceau de la passivité ») et entraîne un désinvestissement des conduites auto-érotiques orales. Ces difficultés peuvent constituer un problème psychosomatique central.
Pauvreté de la communication interactive	<ul style="list-style-type: none"> • Chute des initiatives et des réponses aux sollicitations. « Cette coupure de communication s'aggrave à la mesure des réactions de l'entourage, désemparé et facilement découragé par ce bébé indifférent ». • Au maximum, « fixité impressionnante du regard sans clignement des paupières, détournement fugitif à l'approche ou dès la prise dans les bras, expression perçante d'une vigilance glaciale, et l'instant d'après, le retour à la vacuité dépressive, étrange et inquiétante ». • Disparition de l'angoisse de l'étranger et intérêt conservé pour les objets inanimés (17).
Désorganisation psychosomatique	<ul style="list-style-type: none"> • Dans le prolongement de la dépression (comme pour la dépression anaclitique). • Les formes sont variées (des plus communes aux plus sévères) et peuvent toucher toutes les grandes fonctions physiologiques (troubles alimentaires, mérycisme, troubles du sommeil, sensibilité accrue aux infections surtout ORL, ...).

Ces troubles seraient rapidement réversibles sous l'effet des mesures thérapeutiques.

Kreisler propose de conserver le terme de dépression du nourrisson (même s'il ne va pas de soi chez le bébé insuffisamment différencié pour que le travail de deuil puisse s'y développer véritablement) mais de l'entendre dans son sens le plus direct : celui de « dé-pression » par chute des instincts ou des pulsions de vie et sans référence à la psychopathologie adulte du deuil. Il suggère de le conserver pour des raisons d'analogie clinique entre les modalités d'expression mimique, faciale et corporelle de la tristesse aux différents âges de la vie (18).

Quoi qu'il en soit, avant même de perdre des objets relationnels distinctement repérés et intériorisés, le bébé – via les séparations – perd le vécu de l'investissement libidinal de ses parents ou des adultes qui prennent soin habituellement de lui, il perd la sécurité de ses liens d'attachement, il perd donc quelque chose de son narcissisme et de sa possibilité de se sentir continûment exister (Winnicott) (19).

4. La dépression du bébé dans les classifications

a. La classification DC 0-3R

En 1994 la seule classification existante en psychiatrie du nourrisson apparaît : Diagnostic Classification « Zero to Three ». Cette classification tente de repérer, à travers une approche multi-axiale, la psychopathologie du nourrisson et du très jeune enfant. Elle distingue plusieurs catégories de troubles dont les troubles de l'affect. Au sein de ces derniers se trouvent les troubles de l'humeur, répartis en deuil prolongé/réaction à la perte et dépression de la première et de la petite enfance.

Les critères, pour la dépression de la petite et de la jeune enfance, sont :

- Une humeur dépressive ou irritable
- Une diminution de l'intérêt et/ou du plaisir à se livrer aux activités en rapport avec leur développement
- Une diminution des capacités de protestation
- Des geignements et/ou pleurs excessifs
- Une diminution des interactions sociales et des initiatives

Ces symptômes peuvent être accompagnés de troubles du sommeil ou d'un manque d'appétit (avec perte de poids ou prise de poids inférieure à celle attendue à cet âge).

Ces troubles doivent être présents sur une période de deux semaines au moins. Les troubles liés de façon sûre à des maltraitances graves en sont exclus.

En 2005, cette classification a été révisée (20). Pour parler de dépression de la première et de la petite enfance, un changement dans le comportement et l'humeur doit avoir eu lieu par rapport à l'état antérieur du bébé. L'humeur dépressive et irritable ou l'anhédonie doit être persistante (une bonne partie de la journée, pendant plusieurs jours, sur une période d'au moins deux semaines) et non liée aux expériences malheureuses ou troublantes (au moins

quelques fois). Les symptômes doivent être persistants, apparaissant dans plus d'une activité et dans plus d'une relation. Ils doivent causer une angoisse évidente chez l'enfant, affectant son fonctionnement et perturbant son développement. Ils ne doivent pas être liés directement à un trouble somatique (comme l'hyperthyroïdie) ou à l'effet d'une substance (comme un traitement médicamenteux ou une intoxication).

La dépression de la première et de la petite enfance (code 230) figure toujours dans la catégorie des troubles de l'affect (code 200). Deux catégories sont décrites.

<p>Dépression majeure = 231 Type I</p>	<p>5 des symptômes suivant (pendant au moins 2 semaines) avec au moins un des 2 premiers :</p> <ul style="list-style-type: none"> • humeur dépressive ou irritable observée par quelqu'un d'autre • diminution marquée du plaisir ou d'intérêt dans tout ou presque tout rapportée par d'autres • perte ou gain significatif de poids ou accroissement ou diminution de l'appétit • insomnie ou hypersomnie • agitation ou ralentissement psychomoteur • fatigue ou perte d'énergie • sentiment d'inutilité ou de culpabilité inapproprié • diminution de la capacité à penser ou à se concentrer ou à maintenir une attention soutenue • allusions récurrentes à la mort, au suicide ou aux tentatives de se faire mal
<p>Dépression non spécifiée = 232 Type II</p>	<p>3 ou 4 des symptômes du type I pendant au moins deux semaines avec au moins un des 2 premiers symptômes</p>

Ces critères restent encore à valider.

Il est précisé dans cette classification que lorsque ces symptômes sont observés en présence de carences psychosociales importantes, le clinicien devra prendre en compte ce contexte et envisager le Trouble Réactionnel aux Situations de Carence ou de Maltraitance, code 150, comme un diagnostic alternatif (surtout si la carence est importante) (21).

b. La CIM 10

Le diagnostic de dépression du bébé ou de la première enfance n'apparaît pas dans la Classification Internationale statistique des Maladies et des problèmes de santé connexes (CIM 10). Cette classification ne permet pas de poser de diagnostic de manière adaptée avant l'âge de 3 ans. Le diagnostic de dépression du bébé serait inclus dans les troubles émotionnels apparaissant spécifiquement dans l'enfance (F93). Ces troubles correspondent à une exacerbation de tendances normales du développement plus que des phénomènes qualitativement anormaux en eux-mêmes.

Cependant, un code de remplacement peut être utilisé en équivalence de la DC 0-3 R pour les diagnostics de l'axe 1 (22) :

- 231. Type I = dépression majeure de la petite enfance = F 32-2 de la CIM 10
- 232. Type II = dépression non spécifiée de la petite enfance = F 32-9 de la CIM 10

Mais ces deux codes diagnostiques correspondent à des diagnostics de troubles mentaux de l'adulte.

En effet, le code F 32-2 correspond, dans la CIM 10, aux épisodes dépressifs sévères sans symptômes psychotiques. Le code F 32-9 correspond, lui, aux épisodes dépressifs, sans précision.

Si la dépression du bébé n'apparaît pas dans la CIM 10, l'hospitalisme chez l'enfant, lui, est cité et correspond au diagnostic F43.2. Ce code est celui des Troubles de l'adaptation ou **hospitalisme chez l'enfant** ou choc culturel ou réaction de deuil. Les critères cliniques sont :

- « un état de détresse et de perturbation émotionnelle, entravant habituellement le fonctionnement et les performances sociales et survenant au cours d'une période d'adaptation à un changement existentiel important ou un événement stressant ».
- la prédisposition et la vulnérabilité individuelles jouent un rôle important dans la survenue et la symptomatologie d'un trouble de l'adaptation ; on admet toutefois que le trouble ne serait pas survenu en l'absence du facteur de stress concerné.
- les manifestations, variables, comprennent une humeur dépressive, une anxiété ou une inquiétude (ou l'association de ces troubles), un sentiment d'impossibilité à faire face, à faire des projets ou à continuer dans la situation actuelle, ainsi qu'une certaine altération du fonctionnement quotidien
- La caractéristique essentielle de ce trouble peut consister en une réaction dépressive de courte ou de longue durée, ou une autre perturbation des émotions et des conduites.

c. La CFTMEA

La Classification Française des Troubles mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent a été révisée en 2000 (23). Cette révision a permis d'introduire un axe I bébé (0-3 ans) afin de rendre possible le classement d'un certain nombre de situations qui ne trouvent pas leur place au sein de l'axe général. La catégorie « bébé à risque de troubles sévères du développement » (B1) propose un compromis intéressant entre l'affirmation d'un processus pathologique et les possibilités d'évolution favorable à cet âge de la vie. La catégorie B2 correspond aux dépressions du bébé (24).

Une organisation dépressive chez le bébé (B2) doit être évoquée lorsque les symptômes suivants sont présents :

Atonie psychique	Manque du tonus vital, absence de curiosité et d'ouverture envers le monde des objets et envers le corps propre avec absence d'instauration ou extinction progressive des auto-érotismes
Retrait interactif	Absence d'engagement dans l'échange relationnel
Ralentissement psychomoteur	Mouvements répétitifs et partiels, s'interrompant avant d'atteindre leur but, avec une lenteur prédominant sur les racines tandis que les extrémités conservent une motricité déliée
Troubles psychosomatiques d'appel ou d'épuisement	Au début, on a le sentiment que les divers troubles fonctionnels de l'enfant visent à réanimer l'environnement et à solliciter son attention. A l'issue d'une certaine période d'évolution, les défenses recrutées sont débordées et les troubles fonctionnels de l'enfant traduisent alors un débordement et un effondrement de l'équilibre psychosomatique de l'enfant.
Absence de structuration de l'angoisse de l'étranger	

5. La séparation comme traumatisme ?

Lors d'une conférence en 1998, Myriam David fait le lien entre séparation précoce d'un bébé de sa mère et « traumatisme » typique de la première enfance à travers des séquences d'observations de réactions de jeunes enfants confrontés à une séparation parentale (films des Robertson, John et Lucy) (25).

Elle rappelle néanmoins que toute séparation précoce n'est pas forcément traumatique. En effet, elle expose de nombreux facteurs « susceptibles de modifier les formes de la détresse, son évolution et les effets ultérieurs ». Les principaux sont :

- « état de maturité et de fonctionnement mental du petit enfant (capacités et modes de communication, niveau d'élaboration du self et de la relation d'objet)
- durée de la séparation (plutôt durée de la tolérance de l'enfant à la séparation)
- réaction des parents à la séparation
- façon dont est aménagée la séparation (prévue ou non, préparée ou non, présence de moyens pour l'enfant pour lutter contre l'impression de perte et l'angoisse qu'elle suscite, qualité des soins reçus et la possibilité ou non donnée à l'enfant de s'appuyer sur une relation stable et fiable avec la personne qui les prodigue ».

Ces deux films montrent les réactions de deux enfants de 17 mois (John) et 22 mois (Lucy) après une séparation précoce d'avec leur mère. Les contextes sont différents : l'une est préparée avec un temps d'adaptation chez la personne qui va garder l'enfant (Lucy), l'autre est imprévue et se déroule en urgence, raison pour laquelle l'enfant est placée de manière temporaire en pouponnière (John). « Chez ces deux enfants, la détresse n'éclate pas d'emblée ». Pourtant elle observe une grande différence entre les deux enfants. En effet, Lucy peut « profiter des moments de réconfort et jouer ». Tandis que John est « tendu, perplexe et

sur la défensive ». Il semble lutter constamment pour se reconforter. Myriam David note que cette période est toujours assez brève. Elle correspond à un temps initial de « tolérance relative à l'égard de la séparation ».

Selon elle, la détresse finit toujours par arriver à cet âge-là quelle que soit la qualité de l'adaptation première. Elle observe les manifestations habituelles : « mauvaise humeur, bouderies, pleurs pour rien, refus de nourriture, refus des soins ». Lucy qui bénéficie d'un accompagnement physique et psychique continu se restaure progressivement. Tandis que la détresse de John ne cesse d'augmenter. L'essentiel pour Myriam David est la « continuité de l'attention vigilante et accueillante qui amène l'enfant à nouer un attachement chargé d'éléments transférentiels positifs ». Cette continuité est absente chez John. Il est donc seul face aux émotions que soulève la séparation. Même s'il a les mêmes ressources personnelles que Lucy, « son impuissance à retenir l'attention de la nurse le jette dans le désarroi ». L'absence devient alors un manque (angoisse de perte) auquel il n'est pas répondu. « Ses défenses sont effondrées, on parle alors de traumatisme ».

Myriam David souligne, à travers cette même situation à développement égal, qu'un petit enfant peut « craquer » comme John, s'il ne trouve pas dans l'environnement accueillant, un type de soin qui lui permet de s'attacher à une personne (chose indispensable pour pouvoir supporter l'absence prolongée de la mère).

Elle conclut que la séparation n'est pas traumatique en soi et que le plus important n'est pas d'éviter une séparation mais de l'aménager parfaitement. Elle insiste sur l'importance du soutien dont l'enfant a besoin pour pouvoir utiliser ses ressources internes, afin de supporter une séparation toujours éprouvante.

6. Les dernières données de la littérature

En 2001, Bernard Golse souligne la difficulté qu'il y a à déterminer si l'état dépressif, à cet âge, a une fonction d'indice (de maladie, de douleur ou de fatigue) ou de signe (2). Parle-t-on d'affect, d'état ou de structure ?

Ce questionnaire est repris en 2008 par Bertrand Cramer qui livre un travail sur la continuité et/ou la discontinuité entre la dépression du bébé et celle de l'adolescent (26). Pour lui, les tableaux dépressifs du bébé sont presque tous liés à une crise situationnelle, une forme de trauma (événements du registre de la perte). Ils ressemblent à des « pathologies réactionnelles ». Il parle de « réaction d'alarme du bébé face à la perte », où prédominent le retrait et l'atonie d'investissement.

Les pathologies dépressives du bébé sont donc, pour lui, réactionnelles à un événement réel de l'ordre de la perte avec somatisation facile et réversibilité lorsque l'objet recherché est à disposition de l'enfant. La majorité des dépressions du bébé sont alors à considérer dans le « registre état » (circonstances externes et réversibilité). Il fait alors la différence entre une dépression d'état (celle des bébés) et une dépression structure (qui apparaît plus tardivement si la situation persiste).

Il insiste sur la difficulté de diagnostic chez le bébé du fait de la tendance particulièrement marquée à la construction de comorbidités chez le jeune enfant.

Pour lui, il est difficile de considérer que le bébé de moins de un an puisse construire un tableau dépressif complet.

En 2004 dans *Comportement de retrait relationnel du jeune enfant*, Guedeney & al. définissent la dépression précoce « par une absence de variation affective, d'entrain, d'allant, par une mobilité et des expressions vocales réduites, par un retrait relationnel et une léthargie » (27).

Actuellement en France, le diagnostic de dépression précoce repose principalement sur les critères de dépression établis par Kreisler chez le bébé de plus de 6 mois.

Cependant en 2010, Alain Braconnier avance qu'on ne peut se contenter d'entendre la dépression du bébé au sens le plus simple qui est une chute de pression, une baisse des pulsions et instincts de vie (28). Il écrit que « la perturbation dépressive des affects du bébé peut aller du figement à la désorganisation des activités, à une sorte de confusion mentale et à des manifestations somatiques bruyantes ». Ce langage du corps pourrait alors être compris comme une « tentative de mise en forme et en message d'une expérience subjective primitive précédant l'apparition du langage ».

DEUXIEME PARTIE : ANALYSE DES QUESTIONNAIRES

INTRODUCTION

Devant l'absence de réel consensus concernant la dépression du bébé, sur le plan clinique et dans les classifications, nous nous sommes intéressés à la pratique clinique, dans ce domaine, des pédopsychiatres français de la petite enfance et de périnatalité.

Ces professionnels rencontrent des bébés en souffrance au quotidien. Posent-ils réellement le diagnostic de dépression du bébé ? Quelles classifications utilisent-ils alors ? Posent-ils d'autres diagnostics ?

Nous les avons donc sollicités afin de recueillir leur positionnement sur ce concept.

METHODE

Nous avons créé un questionnaire (cf annexes) de six questions ouvertes qui étaient :

- Quel est votre domaine d'activité professionnelle autour du bébé ?
- Pour vous, qu'est-ce que la dépression du bébé ?
- Que pensez-vous de ce concept actuellement ?
- Posez-vous ce diagnostic ?
- Si oui, dans quel contexte, sur quels critères et suivant quelles classifications ?
- Si non, pourquoi ? Quel diagnostic posez-vous alors ?

Nous avons envoyé ce questionnaire à 74 pédopsychiatres français travaillant dans le champ de la petite enfance.

VILLES	STRUCTURES	MEDECINS
Besançon	Unité mère-bébé temps plein	1
	CMP 0-4 ans	1
Clermont-Ferrand	Unité de soins ambulatoires pour jeunes enfants (0-5 ans)	2
Limoges	Hôpital de jour mère-bébé / Hospitalisation temps plein mère-bébé	3
Nantes	Centre Nantais de la Parentalité (unité mère-bébé et consultations ambulatoires 0-3 ans)	2
Poitiers	Unité mère-bébé (temps plein et hôpital de jour)	4
Rouen	Unité mobile de périnatalité	1
Tours	CMP 0-3 ans	1
Reims	Service de psychiatrie infanto-juvénile	1
Nîmes	Equipe mobile Périnatalité-Petite enfance	1

Paris	Soins de Suite et de Réadaptation en périnatalité (Hôpital mère-enfant de l'Est parisien)	2
	Service de pédopsychiatrie (hôpital Necker)	1
	Service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (hôpital Bichat Claude Bernard)	1
	Service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (hôpital de la Pitié-Salpêtrière)	1
	Unité mère-bébé temps plein (hôpital Kremlin-Bicêtre)	1
	Service de périnatalité (CH Sainte Anne)	1
	Centre Myriam David (0-6 ans)	1
Le Vésinet	Unité mère-bébé (temps plein et hôpital de jour)	4
Créteil	Unité mère-bébé temps plein	2
Lille	Equipe de périnatalité	2
Mulhouse	Unité mère-bébé temps plein	1
Strasbourg	Unité mère-bébé (temps plein et hôpital de jour)	2
Lyon	Unité psychopathologie périnatale	3
	Lien d'Accueil Parentalité et Soins	1
	Unité d'hospitalisation mère-bébé	1
	Unité mère-bébé Serge Lebovici	1
Bordeaux	Unité mère-bébé (temps plein et hôpital de jour)	4
Marseille	Unité mère-bébé (temps plein et hôpital de jour)	2
Saint-Denis	Unité mère-bébé (hôpital de jour) / Equipe de périnatalité	1
La Roche sur Yon	Centre du tout-petit Donald Winnicott	1
Chalon-sur-Saône	Unité de jour parents-bébé	1
Anthony	Unité mobile d'urgence de psychiatrie périnatale en maternité	1
Noisy-le-Sec	Unité périnatale	1
Toulouse	ATTP La Grave, CATTP Tournefeuille (0-3 ans)	2
	Equipe de périnatalité (maternités Paule de Viguier, l'Union, Joseph Ducuing, Ambroise Paré et Sarrus Teinturier)	5
	Hôpital de jour Bourdettes « Unité de Soins Précoces »	1
	CMP St Léon, CMP Lou Caminel, CMP Quint	3
	Unité Le Fil	1
CMPP Le Capitoul (0-6 ans)	1	
Saint-Gaudens	CMPP Le Nebouzan 0-6 ans	1
Montauban	CMP	1
	Liaison périnatalité	1
Albi	Périnatalité et petite enfance	1
Montpellier	Unité pédopsychiatrique Petite Enfance	1
Caen	Unité périnatalité et petite enfance	1
Brumath	Unité mère-bébé (temps plein et hôpital e jour)	2

Ce questionnaire a été distribué par mail dès le mois de mars 2016. Nous l'avons renvoyé à 5 reprises (de mars à juin 2016).

Depuis le 15 mars 2016, nous avons reçus 27 réponses soit 36,5 % de réponses réparties comme suit:

STRUCTURE	NOMBRE
Unités d'hospitalisation de jour parents-bébé	1
Unités de périnatalité	9
Unités d'hospitalisations mère-bébé	5
Centre de consultations ambulatoires petite enfance	10
Service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent	2

RESULTATS

Nous allons vous rapporter les réponses recueillies pour chaque question du questionnaire.

I. Définition de la dépression du bébé

Pour 77,8 % des pédopsychiatres, qui ont répondu au questionnaire, la dépression du bébé est un état marqué par une dégradation de l'état somatique et/ou psychomoteur. Ils parlent également de ralentissement global et psychomoteur du bébé dans les aspects relationnels, du développement et d'organisation des rythmes physiologiques.

Leur définition repose donc le plus souvent sur les critères cliniques suivants :

Troubles fonctionnels	<ul style="list-style-type: none"> • Troubles alimentaires (anorexie, vomissements, régurgitations, mérycisme, ...) • Troubles du sommeil (réveils nocturnes ou hypersomnie)
Manifestations somatiques	Eczéma (par exemple)
Régression du développement	<ul style="list-style-type: none"> • Désinvestissement des acquisitions • Retard psychomoteur (surtout préhension et locomotion) • Mauvais contrôle moteur en fonction de l'âge • Diminution de l'exploration et du jeu <p>Ce retard de développement peut aller jusqu'à l'hospitalisme.</p>
Manifestations de retrait et de désinvestissement relationnel	<ul style="list-style-type: none"> • Pauvreté interactive (faciès figé ou peu expressif, triste, regard profond qui ne suit pas les mouvements de l'autre, absence de sourire ou de signes d'adresse à l'autre) • Absence de vocalisation • Défaut d'ajustement tonico-émotionnel • Atonie thymique (sentiment d'indifférence par rapport à ce qui l'entoure)

Mais pour eux, aucun de ces signes n'est pathognomonique de dépression du bébé. En effet, beaucoup peuvent entrer dans des tableaux cliniques différents et ce sont le contexte

(séparation, troubles de la relation mère-enfant), la réaction du bébé à des tentatives de soins et la recherche d'éléments organiques ou biographiques qui les orienteront pour le diagnostic. Leur hypothèse est que le bébé est dans une situation d'abandon physique ou psychique de la figure maternelle.

Pour un des pédopsychiatres, la dépression du bébé recouvrerait toutes les situations où le bébé semble perdre son élan vital, son appétence relationnelle, n'investit plus la relation ou l'interrompt facilement sans la relancer. L'absence d'initiatrice motrice ou verbale accompagne cette symptomatologie.

Pour 70 % des professionnels, le contexte est toujours à prendre en compte et souvent cet épuisement apparaît dans le cadre de troubles de l'ajustement parents-bébé. Ils envisagent donc la dépression du bébé comme une symptomatologie réactionnelle à son environnement : mère déprimée, environnement peu stimulant, environnement désordonné, ...

Cinq pédopsychiatres pensent d'emblée à une dépression du bébé lorsqu'un bébé est en retrait relationnel sans autre signe clinique. Cette hypothèse est renforcée lorsque ce retrait est en lien avec une problématique environnementale, un défaut de soins ou des soins non ajustés dans un contexte de carence ou de dépression maternelle grave sans relais au quotidien (famille monoparentale, père absent, ...). Ces situations de carence entraînent alors une insuffisance de simulation du bébé et des moments de « désaccordage » de la relation précoce. Le retrait relationnel pourrait alors être dû à une faille dans la communication du bébé, ne pouvant s'appuyer sur l'entourage habituel.

Un des pédopsychiatres rappelle la nécessité qu'un lien ait été établi antérieurement puis qu'il se soit secondairement rompu pour parler de dépression du bébé.

Pour poser le diagnostic, deux des pédopsychiatres rappellent que tout autre trouble spécifique de la communication doit être exclu (troubles autistiques dont le tableau clinique se rapproche de la dépression, troubles perceptifs, ...).

Parmi eux, trois ne différencient pas la dépression du bébé d'un trouble grave de l'attachement.

Un d'entre eux ne reconnaît pas la dépression du bébé comme une entité clinique. Pour lui, une dépression au sens propre ne peut exister avant deux ans.

II. Qu'en est-il de ce concept actuellement ?

Pour la plupart d'entre eux, même si ce concept est toujours d'actualité, il leur semble flou voire « fourre-tout » du fait du manque de définition claire et de critères précis.

Ce diagnostic leur semble toujours valide mais doit être utilisé avec prudence. Il ne doit en aucun cas être posé avant une enquête à la recherche des antécédents dans tous les domaines (biologiques, somatiques, interactifs et sociaux) et d'une prise en charge à visée diagnostique (cet enfant décourage-t-il l'investissement de soignants ?).

Un retard de développement ne doit pas être expliqué en première intention par une dépression du bébé sans avoir des éléments de certitude (comme « une rupture du lien d'attachement, une cassure de l'évolution, une absence de réaction à l'introduction d'un thérapeute formé », ...).

En effet, les symptômes du bébé ne sont pas spécifiques et peuvent correspondre à de multiples entités nosographiques. Ce diagnostic de dépression du bébé est à discuter par rapport à certains diagnostics différentiels :

- Troubles du Spectre Autistique atypiques pouvant prendre cette apparence
- bébés négligés voire maltraités
- pathologies organiques ou douloureuses mal connues.

Le fait de parler plutôt de rupture du lien d'attachement sécure et donc de trouble de l'attachement précoce revient souvent, même si ce diagnostic ne peut convenir dans les situations de carences importantes (où le bébé n'a pas pu connaître d'attachement sécure).

Plusieurs pédopsychiatres (40,1%) font le lien entre dépression du bébé et contexte interactif avec la nécessité qu'un lien ait été établi puis qu'il se soit secondairement rompu pour parler de dépression.

Pour 63 % d'entre eux, dépression du bébé, carences, négligences et trouble de l'attachement sont intriqués et doivent être considérés comme des comorbidités.

Le constat d'un manque de connaissance de ce concept, qui serait à approfondir et à diffuser, est également rapporté. De plus, pour en faire le diagnostic, il est nécessaire de très bien connaître les bébés dans leur développement et d'avoir une formation à l'observation du bébé pour lui-même et dans son environnement.

Le diagnostic de dépression du bébé serait aussi mal accepté par les parents et donc difficile à annoncer car ils se sentent rapidement incriminés. Ce sentiment ne devrait pas exister car cette pathologie intervient dans le cadre d'un modèle polyfactoriel. Pour un des professionnels interrogés, le fait que ce terme soit emprunté à la terminologie utilisée chez l'adulte induirait

aussi une mauvaise représentation des difficultés que traverse le bébé. Pour lui, ce terme ne convient pas et n'aide pas à poser ce diagnostic.

Enfin, 60 % des pédopsychiatres ayant répondu aux questionnaires, pensent que ce concept est toujours d'actualité et en pleine évolution, incluant des signes cliniques nouveaux nécessitant d'affiner leur approche. D'autant plus que les prises en charge précoces en périnatalité amènent les professionnels à rencontrer des formes débutantes ou « larvées », en tout cas différentes du tableau classique, tels qu'un retrait relationnel dans le cas de distorsions des interactions.

Pour un des professionnels, tout trouble du sommeil, trouble de l'alimentation, toute excitation manifeste ou repli, tout inconfort du bébé doit poser question et peut faire évoquer ce diagnostic.

III. Posez-vous ce diagnostic ?

TOTAL DES REPONSES	OUI		NON
27	19 soit 70,4 %		8 soit 29,6 %
	Régulièrement	Peu fréquemment	
	10	9	

IV. Quels critères et quelles classifications pour poser le diagnostic ?

Pour les dix professionnels qui posent souvent ce diagnostic :

- ils le font avec beaucoup de prudence en raison de sa valeur culpabilisante voire traumatique pour les familles
- le contexte est très important. Ils peuvent poser ce diagnostic chez des enfants hospitalisés en unité mère-bébé, suivis en ambulatoire, en cas de pathologie maternelle connue ou de décompensation en période puerpérale, en cas de perturbations graves de l'entourage familial, en cas de prématurité ou de pathologie douloureuse du bébé (évaluée par l'échelle EDIN).
- l'évaluation repose sur l'interrogatoire de l'entourage, la clinique (grâce notamment aux critères de Kreisler (6)), l'observation des interactions précoces et le contre-transfert du professionnel.
- le recours aux classifications est difficile pour eux car aucune n'est véritablement adaptée à cette question sauf peut-être la version révisée 2000 de la CFTMEA (23) ou la DC-0/3 (Disease Classification Zero to Three) (20) (cf supra)

Il arrive régulièrement que neufs de ces pédopsychiatres posent le diagnostic à posteriori chez des enfants plus grands après bilan étiologique et contextuel ou devant des mécanismes pseudo-autistiques au décours d'un épisode dépressif précoce.

Ils précisent tout de même que ce n'est pas non plus la problématique univoque de la petite enfance : ils éliminent un trouble du spectre autistique sur la possibilité de mobiliser le bébé malgré son retrait relationnel.

Pour les neuf pédopsychiatres qui posent ce diagnostic plus rarement :

- le contexte est évidemment toujours aussi important (psychopathologie parentale, carences affectives, situations de rupture du lien avec une figure d'attachement, situation de placement de l'enfant en pouponnière, situations de séparation mère-enfant en néonatalogie ou en pédiatrie par exemple)
- la clinique reste la même avec désinvestissement et perte de l'élan vital et de l'appétence relationnelle, retrait avec absence d'initiatives motrice ou verbale, régression
- il arrive également qu'ils l'évoquent seulement en hypothèse ou à postériori sur l'anamnèse et l'évolution de l'enfant. Ils parlent plus volontiers de repli et/ou de souffrance.
- la classification pose également question même s'il semble que la DC-0/3 R soit la plus adaptée pour eux

Quatre professionnels disent s'appuyer sur des échelles pour affiner le diagnostic ou valider un diagnostic différentiel :

- l'échelle ADBB (Alarme Détresse Bébé), citée à deux reprises
- la grille de Carel (Grille d'Evitement Relationnel du Nourrisson)
- l'ECA-N (Evaluation des Comportements Autistiques – Nourrisson)
- le guide de Steinhauer (Guide d'évaluation de la compétence parentale)
- l'échelle EDIN

V. Autres diagnostics

Parmi tous les questionnaires reçus, huit pédopsychiatres soit 29,6 % disent ne jamais poser le diagnostic de dépression du bébé.

Parmi eux, un professionnel ne le fait pas du fait des classifications (CIM10 et même Disease Classification Zero to Three) qui ne lui semblent pas adaptées pour des enfants n'ayant pas encore acquis le langage. Il évoque plutôt un retrait relationnel sans plus de précisions même si les signes cliniques qu'il rapporte sont ceux des tableaux de dépression du bébé (retrait relationnel avec pauvreté interactive, inertie motrice, atonie thymique). Pour lui ces tableaux sont le plus souvent réactionnels à des séparations, des pertes ou des dépressions maternelles. Ils sont souvent rapidement résolutifs lorsque les circonstances sont repérées et que tout est fait pour aménager au bébé un environnement relationnel de nouveau bienveillant et stimulant.

Le concept de retrait relationnel (évalué avec l'échelle Alarme Détresse Bébé) est le plus souvent cité comme diagnostic différentiel même s'il n'apparaît pas comme diagnostic dans la CIM 10 (plutôt comme signe d'appel). Mais ces pédopsychiatres évoquent également :

- un trouble réactionnel de l'attachement (F94.1) ou des angoisses de séparation (F93.0)
- un trouble des interactions parents-bébé avec réactions chez le bébé (éviterement du regard, hypervigilance, hyper-adaptation,...)
- un trouble du spectre autistique (sans pathologie parentale ou des interactions dans ce cas-là) (F84)
- un trouble somatoforme (régurgitations, troubles du sommeil, pleurs,...)
- d'autres troubles de l'affect (notamment dans les situations de deuil) (code 200 et 210 dans le DC 0-3 R)
- un retard de développement (F80-F89)
- un retard psychomoteur (F82)
- un trouble émotionnel apparaissant spécifiquement dans l'enfance (F93)

Certains d'entre eux ne posent pas le diagnostic par prudence devant la ressemblance à cet âge à un trouble du spectre autistique.

Un des pédopsychiatres travaillant en périnatalité estime qu'il se situe le plus souvent en amont de l'apparition de troubles chez le bébé (dans des situations à risque du fait de troubles psychiques parentaux).

Pour deux de ces professionnels, la dépression du bébé n'existe pas avant deux ans et demi car elle ne serait pas évaluable chez les bébés. Un autre évoque plutôt le terme de « dépressivité » dans le sens où les ressources du bébé sont encore mobilisables.

Pour conclure un des pédopsychiatres rappelle qu'il s'agit surtout d'être en mesure de repérer le plus précocement possible des signes de vulnérabilités développementales, tant du bébé lui-même que des interactions afin de promouvoir un environnement le plus soutenant possible pour le tout-petit.

DISCUSSION

I. Limites de l'étude

Les questions ouvertes de ce questionnaire nous ont obligés à interpréter certaines réponses pour pouvoir les inclure dans des résultats chiffrés. Nous avons cependant, au départ, choisi ce type de formulation afin de ne pas orienter dans un sens ou l'autre les réponses des pédopsychiatres et de laisser toute la place à leur réflexion.

Nous nous sommes également limités aux pédopsychiatres français.

II. La dépression du bébé : pathologie réactionnelle ou du lien ?

Pour l'ensemble des pédopsychiatres qui ont répondu, la définition de la dépression du bébé leur semble claire. Cependant, ils rappellent qu'aucun de ces signes n'est pathognomonique et qu'ils peuvent correspondre à des diagnostics différentiels. Le contexte est alors primordial afin d'orienter le diagnostic. La dépression du bébé correspondrait, pour eux, à une symptomatologie réactionnelle à l'environnement. Ils rejoignent donc la description récente de Bertrand Cramer (26).

En effet, pour lui, les tableaux dépressifs du bébé sont presque tous liés à une crise situationnelle et ressemblent donc à des « pathologies réactionnelles ». Les pathologies dépressives du bébé sont, pour lui, réactionnelles à un événement réel de l'ordre de la perte avec somatisation facile et réversibilité lorsque l'objet recherché est à disposition de l'enfant. La majorité des dépressions du bébé sont alors à considérer dans le « registre état » (circonstances externes et réversibilité). Il fait alors la différence entre une dépression d'état (celle des bébés) et une dépression structure (qui apparaît plus tardivement si la situation persiste). Cette idée d'état dépressif plutôt que de structure a été également développée par Bernard Golse en 2001 (2).

La dépression du bébé serait-elle alors à considérer comme une pathologie du lien ?

La rupture du lien d'attachement précoce doit être présente, pour 40% des pédopsychiatres, pour qu'ils évoquent le diagnostic de dépression du bébé. Mais il faut environ 9 mois d'interactions suffisamment continues pour que l'enfant construise un lien d'attachement spécifique avec chacune de ses figures d'attachement (cf infra). Quelle est alors la différence avec le trouble de l'attachement ? Est-ce que pour autant un diagnostic de dépression du bébé ne peut pas se poser avant 9 mois ?

Une autre forme du lien a été décrite récemment par Mellier qui considère que le Soi existe dès la naissance, « le bébé pouvant percevoir et investir l'objet primaire à travers le partage émotionnel qui permet l'accordage des interactions » (29). « Le partage émotionnel empathique pourrait donc constituer la forme la plus primitive du lien à l'objet, la dépression serait alors liée à la rupture de ce lien ».

Le diagnostic de dépression doit toutefois être posé avec prudence. En effet, plusieurs professionnels interrogés rappellent le caractère culpabilisant voire traumatique d'un tel diagnostic pour la famille. Cette culpabilité peut être accentuée en cas de dépression maternelle qui certes peut avoir un rôle dépressogène chez l'enfant mais il faut toujours resituer son impact dans un modèle polyfactoriel. En effet, il n'y a pas d'effet direct ou linéaire de la psychopathologie maternelle sur l'enfant. Le risque de penser cette linéarité est susceptible d'empêcher toute alliance thérapeutique avec les parents et, selon Searles, « d'accentuer la dépression des enfants de n'avoir pas su, ou de n'avoir pas pu, rendre leur mère suffisamment bonne » (30).

III. Méthodes d'observation des bébés

Pour ceux qui ne posent jamais le diagnostic ou de manière très prudente, la question de la formation à la clinique du bébé et surtout à l'observation du bébé pour lui-même et son environnement se pose. En effet, sommes-nous assez formés à ces techniques pour pouvoir facilement poser le diagnostic de dépression du bébé ou un diagnostic différentiel ?

L'observation des bébés en intervention précoce semble alors primordiale.

Plusieurs méthodes existent pour observer les bébés et leur développement (31). On en distingue trois catégories :

- les méthodes expérimentales
- les méthodes éthologiques
- les méthodes d'inspiration psychanalytiques

Les méthodes expérimentales mettent l'enfant dans une situation où il doit réagir à des stimulations précises. Il s'agit de recueillir le maximum de données liées à la réaction de l'enfant à une stimulation.

Les méthodes éthologiques proposent d'observer l'enfant dans son milieu naturel (par exemple sa famille) sans le soumettre à des stimulations précises, tout au plus en faisant varier certains paramètres du milieu (par exemple, le nombre de personnes présentes). Il nous semble que ces méthodes d'observation pourraient se rapprocher, en clinique actuelle, des visites à domicile.

Les méthodes d'inspiration psychanalytique s'appuient sur la méthode d'Esther Bick datant de 1964. Cette méthode est une « méthode d'exploration du psychisme qui a pour seul instrument le psychisme de l'observateur » (32). Le mode de recueil des messages adressés (conscients ou inconscients) est le psychisme de l'observateur à ses niveaux conscients ou inconscients, ce qui implique une attention soutenue et une prise de conscience de ses propres expériences contre-transférentielles. Le vécu contre-transférentiel du praticien permet parfois, à lui seul, de distinguer un ralentissement dépressif d'un ralentissement asthénique, un retrait dépressif d'un retrait autistique ou douloureux et de « percevoir si les troubles psychosomatiques du bébé sont encore du côté de la vie (fonction d'appel) ou déjà du côté de la mort, par épuisement ou débordement des diverses défenses recrutées » (2).

La méthode d'observation d'Esther Bick répond aux exigences suivantes :

- le contrat (1 heure par semaines pendant les 2 premières années de vie de l'enfant)
- l'observation proprement dite par une « attitude de réceptivité incluant observation, écoute, attention consciente et inconsciente » (31). L'observateur évite au maximum toute intervention active.
- la prise de notes après l'heure d'observation
- la supervision, pour « aider l'observateur à tirer le maximum de profit de ce qu'il a observé afin de comprendre le développement de l'enfant, d'approfondir les modes de communication primitifs spécifiques de la petite enfance et de permettre à l'observateur de maintenir son attitude de réceptivité au long des observations » (31).

Esther Bick a souligné l'effet bénéfique qu'une observation de bébé bien conduite peut avoir sur le bébé et son entourage, aussi bien sur le plan préventif (dans tous les lieux où des enfants à risque séjournent durablement, à domicile à chaque fois que des difficultés précoces dans l'établissement de la relation mère-bébé sont détectées, ...) que thérapeutique (aider de jeunes enfants déjà engagés dans des perturbations psychopathologiques).

Il s'agit donc « d'offrir à l'enfant et aux parents un contenant, une matrice où la souffrance psychique des uns et des autres puisse trouver place et où toute projection ait droit de cité » (31).

Ces méthodes, souvent appliquées en prévention dans les équipes de périnatalité, ont pu entraîner (comme le rappelle deux des pédopsychiatres) une évolution ou en tout cas une modification du tableau de la dépression du bébé tel que décrit par Spitz ou Kreisler. En effet, leurs interventions se situent, le plus souvent, en amont de l'apparition de troubles chez le bébé dans des situations à risque de troubles psychiques parentaux. Dans les cas les plus graves de « familles à problèmes multiples », lorsque des troubles apparaissent chez le bébé, il n'est pas rare que les équipes de périnatalité fassent un signalement entraînant parfois une séparation d'avec le milieu pathogène. Le plus souvent, ces bébés ne sont alors plus suivis par les équipes qui les connaissaient au moment des troubles du fait du placement. Cette question du placement pose des difficultés, notamment dans la rupture du suivi qui peut suivre ce type de mesure. Une telle rupture de soins pourrait faire penser que les troubles initiaux persistent et constituent alors un tableau complet de dépression du bébé. Mais comme l'a décrit Kreisler (6), les troubles pourraient également régresser par réversibilité des symptômes au moment de la séparation d'avec le milieu pathogène.

IV. Critères d'âge

Une des problématiques majeures concernant la dépression du bébé est l'âge à partir duquel on peut poser ce diagnostic. Peut-on poser un diagnostic de dépression avant deux ans ?

Pour deux pédopsychiatres interrogés, la réponse est non.

L'âge à partir duquel on peut parler de dépression reste controversé, certains préfèrent effectivement parler de retrait relationnel avant 6 mois, voire avant 3 ans (33). Pour Bertrand Cramer, « il est difficile de considérer que le bébé de moins de 1 an puisse construire un tableau dépressif complet » (26).

Bernard Golse avait également soulevé la question en 2001 : « à partir de quand le bébé peut-il se déprimer en son nom propre ? » (2). Pour lui, il faut que l'accès à l'intersubjectivité se soit joué pour le bébé.

Ce concept recouvre la reconnaissance que soi et l'autre sont des personnes distinctes ayant chacune des intentions et des désirs différents. Pour Golse, il existerait une « intersubjectivité précoce ou primaire » (34). Très tôt le nouveau-né serait doté de « propriétés naturelles qui le conduisent à réagir électivement à la présence d'autrui, à ses actes mentaux et à ses comportements », lui permettant d'appréhender autrui et d'être « expert en intersubjectivité et

empathie ». Ses propriétés sont liées aux compétences précoces reposant sur les capacités innées de perception plurimodale des signaux visuels, auditifs, olfactifs, tactiles, toniques, proprioceptifs, sociaux, de réciprocité des conduites et donc d'empathie. Le bébé ne se contente pas de répondre aux comportements maternels, mais il anticipe les réponses du parent. « Autrui est rencontré parce qu'il est anticipé et attendu ». Le bébé disposerait de manière innée « d'une représentation d'autrui ». Celle-ci assurerait, dès la naissance, la régulation de l'intersubjectivité et des comportements d'interaction.

L'intersubjectivité se manifeste par la qualité du regard de l'enfant, celle de sa voix, par des capacités d'anticipation lorsque la mère dispense des soins. À partir du moment où l'enfant présente ces comportements, on peut établir qu'il dispose d'intersubjectivité. Bernard Golse ne précise cependant pas de critères d'âges pour l'accès à l'intersubjectivité.

Le terme de « dépressivité » cité par un des pédopsychiatres nous paraît alors intéressant dans ce contexte. Il évoquerait plutôt des troubles qui ne sont pas encore fixés à cet âge-là et donc capable d'évoluer dans un sens comme dans l'autre (dans le sens de la réversibilité des troubles ou dans celui de la constitution d'un tableau dépressif complet).

V. Echelles d'évaluation

Les échelles citées (échelle ADBB, GERN et ECA-N) ont également attiré notre intérêt afin de connaître les différents outils validés et standardisés utilisés par nos confrères. Nous les détaillerons dans la troisième partie et en annexe.

Deux autres échelles ont été évoquées dans les réponses :

- l'échelle EDIN
- le guide de compétences parentales de Steinhauer

Concernant la première échelle, les épisodes douloureux sont toujours à éliminer lorsqu'un bébé est en retrait relationnel ou lorsqu'il présente des symptômes proches de la dépression du bébé. L'échelle EDIN (Echelle de Douleur et d'Inconfort du Nouveau-né, cf annexe) peut aider en mesurant un éventuel état douloureux prolongé chez un bébé jusqu'à 6-9 mois. Elle contient 5 items cotés de 0 à 3 (visage, corps, sommeil, relation et réconfort). Le score total est donc compris entre 0 et 15 avec un score seuil de 5 à partir duquel un traitement antalgique doit être débuté.

La qualité et la quantité des interactions sont également des éléments essentiels pour faire la distinction entre ces deux syndromes. En effet, la modification rapide et brutale de la qualité des interactions dans un sens « positif », sous traitement médicamenteux, oriente vers une origine douloureuse plus que vers un trouble de l'humeur (35).

Le guide de compétences parentales de Steinhauer est une échelle canadienne qui permet d'estimer de manière rigoureuse les capacités parentales pour des parents ayant des enfants entre 0 et 5 ans (36). Ce guide aide à identifier les forces et les faiblesses d'une famille et à cibler les zones d'intervention prioritaires. À partir des informations recueillies, l'intervenant

doit porter un jugement clinique sur neuf dimensions caractérisant la situation familiale, en déterminant pour chacune de ces dimensions s'il s'agit d'un problème ou d'une force dans la famille. Ces neuf axes sont :

- le contexte socio-familial
- la santé et le développement de l'enfant
- l'attachement
- les compétences parentales
- le contrôle des impulsions
- la reconnaissance de la responsabilité
- les facteurs personnels affectant les capacités parentales
- le réseau social
- l'histoire des services cliniques

Tous les axes s'évaluent de la même façon : préoccupation majeure ou mineure / force majeure ou mineure.

Ce guide nous semble très complet et finalement peu utilisable tel quel en pratique clinique quotidienne mais ces différents items sont souvent abordés au cours de l'anamnèse lors des premiers entretiens de la prise en charge d'un bébé en souffrance psychique.

Pour finir, plusieurs diagnostics différentiels apparaissent dans les réponses, ainsi que des comorbidités à la dépression du bébé. Il nous semblait important de reprendre les plus cités dans le chapitre suivant (trouble de l'attachement, situations de carences, troubles des interactions, bébé à risque autistique).

TROISIEME PARTIE : DIAGNOSTICS DIFFERENTIELS / DIVERS POINTS DE VUE THEORIQUES

INTRODUCTION

La première partie de ce travail nous a permis de montrer l'évolution des connaissances concernant la souffrance psychique précoce des bébés et la dépression du bébé mais en même temps, elle a permis de souligner l'absence de consensus clair sur ce concept entre les différents auteurs.

Ce « non-consensus » se retrouve, à travers les réponses aux questionnaires, dans la pratique quotidienne des pédopsychiatres travaillant auprès de bébés ou de jeunes enfants. En effet, même si les critères de Kreisler semblent les plus utilisés actuellement par les praticiens, ils ne font pas non plus l'unanimité des professionnels interrogés.

Cette hétérogénéité de pratique et de critères peut-elle expliquer, à elle seule, la multitude de diagnostics cités ?

Dans ce contexte, il nous paraissait important de reprendre les principaux diagnostics cités dans les réponses afin de comprendre s'il s'agit de véritables diagnostics différentiels ou de tableaux cliniquement proches mais envisagés à travers différentes lectures théoriques.

Nous évoquerons dans un premier temps le trouble de l'attachement réactionnel après avoir rappelé rapidement la théorie de l'attachement décrite par Bowlby, dans le même contexte d'après-guerre où Spitz décrivait la dépression du bébé.

Dans un second temps, nous développerons le concept de carences de plus en plus décrit actuellement. Nous essayerons de comprendre son lien avec les dépressions du bébé (facteur de risque ?).

Toujours dans l'idée du contexte environnemental pouvant être responsable de la dépression du bébé nous parlerons des interactions précoces entre une mère (les parents) et son bébé. Il existe des troubles des interactions précoces qui semblent être le premier signe pouvant faire évoquer une souffrance psychique voire une dépression du bébé. Un des signes à repérer précocement est donc le retrait relationnel, considéré comme un véritable signe de dysharmonie interactive.

Les bébés à risque autistique sont à repérer le plus tôt possible. Nous décrirons les signes très précoces pouvant suggérer davantage ce diagnostic.

Dans la dernière partie, nous tenterons de rapporter les premières idées et études cliniques sur le stress, les traumatismes précoces et leurs conséquences chez les bébés au niveau neuro-développemental. Ces données récentes pourraient encore faire évoluer le concept de dépression du bébé.

I. LA THEORIE DE L'ATTACHEMENT

1. Rappels théoriques

Cette théorie naît après la fin de la seconde guerre mondiale (37). Elle a été décrite dès les années 40 par Bowlby qui a attiré l'attention des cliniciens sur les effets dévastateurs des carences maternelles précoces et des ruptures à répétition sur le développement des enfants et leur adaptation sociale. Il a fondé son travail sur les théories évolutionniste et éthologique (6).

La théorie de l'attachement postule que le lien est un besoin primaire pour le bébé.

Pour Winnicott, c'est la mère qui établit la santé mentale de l'enfant pendant qu'elle se préoccupe des soins à donner à son nourrisson (16). La santé mentale est donc le « résultat des soins ininterrompus qui permettent une continuité du développement affectif personnel ». Le fait de donner des soins est complémentaire du comportement d'attachement, c'est une composante de la nature humaine. Ils sont donnés par le « caregiver ».

Le système d'attachement est activé en cas de stress ou de détresse du bébé (38). L'objectif de ce système est d'établir la proximité avec la figure d'attachement, afin d'éteindre le système. « Le développement du comportement d'attachement comme système organisé (dont l'objectif est le maintien de la proximité et de l'accessibilité à une figure maternelle discriminée) nécessite que l'enfant ait développé la capacité cognitive de conserver sa mère à l'esprit quand elle n'est pas présente : cette capacité se développe au cours du deuxième semestre de la vie », d'où l'apparition de l'angoisse de l'étranger vers le neuvième mois. « Ces observations démontrent qu'au cours de ces mois le modèle de représentation de la mère devient facilement accessible à l'enfant à des fins de comparaison lors de son absence et de reconnaissance lors de son retour » (6).

Bowlby note que l'âge le plus sensible à une séparation maternelle se situe alors entre 5 mois et 3 ans. Pour lui, il ne faut pas confondre séparation et dépression. L'angoisse déclenchée par la séparation, les processus de lutte contre cette angoisse et la dépression elle-même ne doivent pas être considérés comme de stricts équivalents.

Il a décrit trois stades successifs de réaction à la séparation :

- phase de protestation ou de détresse (expression de la douleur et de la souffrance)
- phase de désespoir (manifestation de la dépression et du deuil)
- phase de détachement (travail psychique de défense et de reconstruction).

Selon lui, la frustration provoquée par la non-satisfaction du besoin primaire d'attachement expliquerait la réaction de colère puis d'hostilité envers la figure frustrante (5).

Selon Bowlby, cette séquence détresse-désespoir-détachement caractérise la perte d'objet en cas de séparation même temporaire et se rapproche alors de la notion de dépression anaclitique (17).

En 1968, Mary Ainsworth a proposé, grâce au protocole expérimental de la Strange Situation de caractériser les modalités d'attachement des bébés autour de 12 mois (6). Elle en a décrit trois catégories :

- groupe d'attachement « secure » (groupe B), le plus commun
- groupe « insecure évitant » (groupe A)
- groupe « insecure ambivalent ou résistant » (groupe C) (39)

Pour Bowlby, les attachements insécurisés chez l'enfant représentent plutôt des formes d'adaptation de l'enfant à son milieu.

En 1986, Mary Main introduit une quatrième catégorie (groupe D) d'enfants considérés comme « insecure désorganisés » (15%, enfants difficiles à classer dans les autres catégories) (6). Pour Solomon et George, l'attachement désorganisé serait un signal clair de « maltraitance émotionnelle » (40). En effet, le jeune enfant dans une situation violente est dans une situation paradoxale, celle d'être agressé par celui ou celle qui devrait le protéger et à qui il est attaché, d'où ses attitudes désorganisées.

La contribution du parent au statut d'attachement du bébé semble importante, comme cela a été montré au travers de plusieurs constatations (41). Mary Main a insisté sur la corrélation très forte entre la catégorisation (A, B, C et D) des enfants observés en situation étrange et la catégorisation (F, Ds, E et Ud) des discours maternels lors de l'Adult Attachment Interview.

Mary Main conclue en 1998 qu'au moins cinq facteurs de risque en relation avec l'attachement influencent la formation de troubles psychiques :

- l'incapacité à former un lien d'attachement entre 6 mois et 3 ans par carence maternelle
- les formes « organisées » d'attachement insécurisé
- les séparations majeures ou perte permanente des figures d'attachement
- l'attachement désorganisé à la suite de maltraitance
- l'attachement désorganisé résultant de l'effet intergénérationnel d'un traumatisme du parent

En 2008, Guedeney décrit de manière précise les différentes phases précoces de constitution du lien d'attachement avec la mère (42). Pour lui, l'attachement est un système progressif pour lequel il faut environ 9 mois d'interactions suffisamment continues pour que l'enfant construise ce lien d'attachement spécifique avec chacune de ses figures d'attachement qui devient unique, non interchangeable et non remplaçable.

En 2010, Delage définit l'attachement plutôt comme un régulateur des émotions, permettant une modulation entre l'apaisement des émotions négatives et la stimulation des émotions positives (43).

Pour conclure, un bébé ne peut pas ne pas s'attacher et il faut des circonstances extrêmes pour avoir ce trouble grave qu'est l'absence d'attachement : circonstances de négligence extrême,

multiplicités de changements de figure d'attachement et les situations d'institutionnalisation (hospitalisation extrêmement longue, orphelinats).

2. Les Troubles de l'attachement

Depuis environ 20 ans, une catégorie impressionnante de recherches (surtout dans les pays anglo-saxons) s'intéresse à répertorier les troubles de l'attachement (10).

Le trouble réactionnel de l'attachement ou Reactive Attachment Disorder apparaît pour la première fois dans la littérature psychiatrique (DSM III) en 1980 à partir d'enfants « deprived » et placés en institution (44). Ce diagnostic repose alors sur l'existence d'un retard de croissance et d'un manque de réponses sociales, devant être manifestes avant l'âge de 8 mois (45).

Lors de la révision du DSM en 1987, il est renommé « trouble réactionnel de l'attachement de la première ou de la deuxième enfance » (46). L'accent est mis sur la nécessité d'avoir au moins un des deux critères suivant : mépris des besoins physiques et psychologiques de l'enfant ou ruptures répétées d'avec sa figure d'attachement.

Critère A	Mode de relation sociale gravement perturbé et inapproprié au stade du développement, présent dans la plupart des situations, qui a débuté avant l'âge de 5 ans et est associé à une carence de soins manifeste.
Critère B	La perturbation n'est pas uniquement imputable à un retard du développement et ne répond pas aux critères d'un Trouble Envahissant du Développement.
Critère C	Le trouble est associé à une carence de soins manifeste, qui peut prendre la forme : <ul style="list-style-type: none"> • C1 : d'une négligence persistante des besoins émotionnels élémentaires de l'enfant concernant le confort, la stimulation et l'affection • Ou C2 : d'une négligence persistante des besoins physiques élémentaires de l'enfant • Ou C3 : de changements répétés des personnes prenant soin de l'enfant, empêchant l'établissement de liens d'attachement stables.
Critère D	On présume que la carence de soins est responsable du manque de réactivité dans le comportement social.

Le DSM IV précise que ce trouble semble très rare et met en évidence son évolution extrêmement variable. Il laisse une large place à la variabilité tant sur le plan de l'étiologie, de la symptomatologie que de la démarche thérapeutique. L'âge d'apparition des symptômes est repoussé à 5 ans.

Cependant en 1994, Richters et Volkmar écrivent que le diagnostic peut être posé très précocement (dès un mois de vie) (47).

Deux formes cliniques sont individualisées :

- la forme désinhibée avec sociabilité indifférenciée ou manque de sélectivité dans le choix des figures d'attachement (familiarité excessive avec les étrangers) = critère A2.
- la forme inhibée avec incapacité persistante, dans la plupart des situations, à engager des interactions sociales ou à y répondre d'une manière appropriée au stade du développement (ambivalent dans leurs interactions) = critère A1.

En 2004, l'observation de 23 enfants traités pour trouble sévère d'attachement au Centre Jeunesse de Montréal leur a permis de tracer un profil clinique général pour lequel de « nombreuses ruptures de liens sont présentes, même dès le plus jeune âge ainsi que des négligences physique ou affective, des abus physiques ou sexuels » (45). L'absence de réactions de ces enfants à la séparation est le signe le plus marquant qu'ils ont repéré, « comme si les adultes étaient interchangeables ».

Dans le DSM V, les formes cliniques sont rediscutées. En effet, on ne retrouve plus qu'une seule forme de trouble réactionnel de l'attachement (ancienne forme inhibée). La forme désinhibée devient un trouble de l'engagement social et du développement intersubjectif, que nous ne détaillerons pas ici.

Nous nous intéresserons au Trouble Réactionnel de l'Attachement de la Petite Enfance. Ce trouble est le prototype des troubles de la relation primaire. La prévalence est de 1% dans la population générale mais elle est plus élevée dans les orphelinats ou chez les enfants adoptés (48). Le diagnostic se pose entre 9 mois et 5 ans. Ces enfants n'acquièrent pas le comportement de base de sécurité par absence d'attachement sélectif due à la qualité actuelle du caregiving (orphelinat, pas d'offre de soins, pas de régularité dans les interactions). Il s'observe le plus souvent après un séjour en institution. Il peut être associé à des signes de troubles dépressifs (retrait, inhibition ou tristesse). Ces enfants ne présentent pas d'intérêt à l'interaction ou à l'exploration (apathie, pas de recherche de contact, pas de curiosité). Il semble plus fréquent chez les filles.

Dans la Classification des Troubles Mentaux de l'Enfance et de l'Adolescence, les troubles de l'attachement n'ont pas été retenus comme rubrique classificatoire (23). En effet, les différents types de schémas d'attachement, rappelés précédemment, apparaissent davantage comme des catégories expérimentales que comme des catégories étroitement corrélées avec tel ou tel profil psychopathologique. En effet, certains enfants à l'attachement sécure pourront présenter des troubles du développement psychique alors que certains enfants à l'attachement insécure pourront bien fonctionner psychiquement. Seul le schéma de type désorganisé semble actuellement témoigner d'un risque potentiel de dysfonctionnement clinique.

Dans la CIM 10, les deux catégories du trouble de l'attachement (trouble réactionnel de l'attachement de l'enfance, F94.1, et trouble de l'attachement de l'enfance avec désinhibition,

F94.2) correspondent grossièrement aux deux-sous types du Trouble réactionnel de l'attachement de la première ou de la deuxième enfance du DSM-IV.

Dans *L'hospitalisme à domicile*, Daniel Rousseau évoque la révélation des troubles de l'attachement au cours des placements (49). Il appelle ça également « décompensation d'une psychose symbiotique », le plus souvent rencontrée avec des mères psychotiques ou gravement déprimées. « Le nourrisson a vécu en symbiose avec sa mère mais en position de holding inversé, dans un retournement des rôles, l'enfant s'adaptant aux émotions et aux angoisses maternelles ». La séparation entraîne une rupture de cet équilibre dangereux (qui aurait de toute façon entraîné une décompensation à long terme).

Pour lui, les troubles graves de l'attachement se rencontrent surtout avec des parents eux-mêmes très carencés au plan affectif, exposant l'enfant à « des discontinuités psychiques et à une désorganisation des réponses aux besoins primaires ». Ce « chaos psychique » entraîne alors chez l'enfant une insécurité de base majeure perturbant gravement son développement.

Spitz situait la dépression anaclitique et l'hospitalisme du côté de la déception (registre du désir). Bowlby parlait lui de dépression par perte brutale des liens d'attachement, en se situant alors du côté du préjudice (registre du besoin).

II. LES CARENCES

Le tableau clinique des bébés subissant des situations de carences rejoint globalement celui du trouble réactionnel de l'attachement mais ce concept, très décrit ces dernières années, est abordé via une autre approche théorique.

1. Notions théoriques

Les premières carences décrites étaient institutionnelles. En effet, « l'institution a fourni le modèle des conditions carencielles, conjuguant séparation prolongée et frustration par maternage substitutif insuffisant, multiple et discontinu (absence de figure maternelle de référence, cantonnement aux soins d'hygiène et de nourrissage) » (17). La conséquence en est l'hospitalisme décrit par Spitz en 1968.

Lorsque les carences sont observées chez des enfants élevés par leurs propres parents, celles-ci sont « plus complexes, plus discontinues » (17). La carence intra-familiale ou négligence associe à des degrés divers le manque de soin et de stimulation et la privation affective.

La carence affective est donc multiple tant dans sa nature que dans sa forme. On désigne par carence affective (ou carence en soins maternels), une insuffisance qualitative ou quantitative d'interactions entre la mère et le nourrisson. Celle-ci produit des effets variables selon sa nature, sa durée, l'âge de l'enfant et la qualité antérieure du maternage.

Sans croire à une causalité linéaire, il apparaît évident que la « famille » joue un rôle fondamental aussi bien dans le développement normal que dans l'apparition de conditions psychopathologiques chez le bébé (5).

Ainsworth a distingué les carences qualitatives et quantitatives, auxquelles s'ajoutent aujourd'hui les discontinuités interactives et les distorsions interactives.

a. Les carences quantitatives

Les carences quantitatives correspondent à la perte, par l'enfant, de ses repères relationnels dans la réalité externe, à l'occasion des situations de séparation plus ou moins brutales et plus ou moins durables (absence concrète et matérielle de l'objet primaire) (1). Il s'agit le plus souvent de nourrissons vivant en institution, ne trouvant pas de substitut maternel adéquat et recevant un maternage insuffisant.

La sémiologie de la carence par insuffisance (carence partielle) renvoie aux descriptions de Spitz. Les trois phases de la dépression anaclitique peuvent encore toucher des enfants au sein de familles négligentes. On parle alors « d'hospitalisme intrafamilial ou d'hospitalisme à domicile » (hospitalisme partiel). Ces nourrissons présentent un ensemble de manifestations symptomatiques diffuses : troubles d'allure psychosomatique, infections intercurrentes, regard flottant, facilité apparente de contact mais caractère indifférencié, passivité et soumission dans l'interaction et retard de développement social.

Selon Daniel Rousseau, il existe deux cas de figure (49) :

- « bébé identifié à risque psychosocial dès la maternité et laissé à ses parents avec un suivi à domicile, proposé ou contraint, et qui ne peut s'exercer en raison du refus de la famille de coopérer (« syndrome de la porte fermée ») »
- « maintien à tout prix d'un nourrisson dans un milieu familial perturbé avec un étayage professionnel très étoffé, mais l'enfant reste confronté, entre les temps d'intervention, à des carences continues auprès de ses parents. »

Selon lui, dans le cas de l'hospitalisme à domicile, « moins la souffrance psychique de l'enfant est identifiée et plus les effets à long terme seront lourds ». En effet, il est difficile de repérer ces troubles car ils se constituent à bas bruit. Pour lui ces situations sont découvertes le plus souvent lors de l'observation de l'enfant à son arrivée au foyer de l'enfance entre 1 et 3 ans. Ces enfants présentent « un très important retard de développement cognitif et du langage, des troubles massifs de la personnalité (allant du tableau d'apparence autistique à des troubles graves du comportement et de la relation) ». « Ils ne semblent pas touchés par la séparation, acceptent passivement d'être pris et soignés, ne manifestent pas d'émotion ou au contraire une crudité massive dans les pulsions agressives envers eux-mêmes, les autres enfants ou les professionnels ». De plus, « les troubles psychomoteurs sont constants ». L'évolution à long terme serait marquée par « des troubles de la personnalité et/ou d'handicap intellectuel » (séquelles du retard de développement et des troubles précoces de la structuration psychique) si les causes de la carence partielle ne sont pas traitées.

b. Les carences qualitatives

Les carences qualitatives correspondent à l'inaccessibilité psychique des repères relationnels habituels du bébé, qui sont bien présents physiquement mais préoccupés et peu disponibles psychiquement. Le nourrisson vit avec sa mère qui est en difficulté pour lui fournir un maternage adéquat.

Il faut distinguer selon Kreisler deux syndromes cliniques qui sont les « dépressions blanches quand la fonction maternelle se dérobe après une première période d'interactions vivantes et constructives » (socle des structures dites psychosomatiques et mécanismes opératoires) et les « syndromes du comportement vide en cas de relation désertique habituelle depuis le début de la vie de l'enfant » (socles des anciennes névroses dites de comportement avec expression purement comportementale des divers conflits intrapsychiques habituels) (37).

Selon Field, si la mère n'est pas disponible, le bébé recherche les moyens d'une régulation propre qui, s'ils sont infructueux, peuvent conduire à un état de détresse et/ou des affects déprimés (50).

c. Les discontinuités interactives

Les discontinuités interactives associent les carences des deux types (qualitatives et quantitatives). Celles-ci sont extrêmement difficiles à vivre pour le bébé.

Quand les discontinuités de type quantitatif prédominent, avec des séparations itératives, on parle du syndrome dit des « enfants-paquets » (qui aurait un impact dans la genèse des troubles de la personnalité de type psychopathique et de « névrose d'abandon ») (1).

Les enfants de mère présentant un trouble de personnalité de type borderline représentent, quant à eux, le prototype des discontinuités plutôt qualitatives avec une confrontation permanente à l'imprévisibilité du fonctionnement maternel (à l'origine d'une grande insécurité pour l'enfant, d'une désorganisation de leurs schémas d'attachement précoces et de l'instauration précoce d'un fonctionnement dépressif) (1).

Face aux carences qualitatives, un certain nombre de défenses sont mises en place par l'enfant dont notamment son identification en miroir au fonctionnement dépressif de sa mère (18).

d. Les distorsions

Daniel Marcelli décrit une autre catégorie de carences : la carence par distorsions (5). La sémiologie de la carence par distorsion se retrouve essentiellement chez les familles à problèmes multiples où « les facteurs sociologiques, économiques et même politiques ont à l'évidence une responsabilité très importante » (5).

Les facteurs de risque retrouvés sont :

- un milieu socio-économique défavorisé
- un isolement maternel
- un dysfonctionnement familial
- des connaissances parentales inadéquates.

Les interactions sont alors chaotiques, marquées par le sceau de la discontinuité et de l'imprévisibilité (51). Les enfants ont rarement un développement normal. Les épisodes somatiques et les carences de soins sont au premier plan même si quelques bébés semblent bénéficier d'apports affectifs suffisants. Le langage est constamment perturbé avec parfois même des retards massifs.

Dans ces contextes de carences par distorsion, un retard de croissance sans origine organique (ou FTT, Failure To Thrive) peut apparaître chez ces enfants (52). Ces enfants sont décrits comme difficiles, exigeants ou léthargiques, ralentis, entraînant des difficultés chez ces parents à les prendre en charge de manière adaptée (les caractéristiques parentales jouent aussi un rôle). Ce FTT peut également conduire à son tour à un retrait relationnel de l'enfant et créer un cercle vicieux en aggravant la pauvreté des interactions. Chez ces bébés, le FTT peut être une des manifestations de la dépression (53).

2. Les carences dans les classifications

Un trouble en lien avec des carences est décrit dans l'axe I de la DC 0-3 R. Il s'agit du trouble réactionnel aux situations de carence ou de maltraitance (code 150).

Ce trouble apparaît dans les situations incluant des négligences parentales sévères et persistantes ou des conduites avérées de maltraitance physique ou psychologique. Il peut également apparaître quand l'enfant a peu de possibilités pour former des attachements sélectifs en raison de fréquents changements dans les caregivers.

Les enfants soumis à des situations de carence ne développeront pas systématiquement ce trouble.

Ce trouble est caractérisé par des comportements d'attachement sérieusement perturbés et inappropriés d'un point de vue développemental.

Il existe trois sous catégories :

En retrait émotionnel ou inhibé	Minimum de comportements d'attachement de l'enfant adressé aux adultes qui s'occupe de lui. Nécessite 3 des comportements suivants : <ul style="list-style-type: none"> • recherche rarement ou de manière minimale le réconfort lorsqu'il est perturbé • réagit peu au réconfort offert pour diminuer sa détresse • expression d'affects positifs limitée et niveau excessif d'irritabilité, de tristesse ou de peur • réciprocité émotionnelle et social absente ou réduite
Indiscriminé ou désinhibé	Mise en œuvre indifférenciée des comportements d'attachement. Nécessite 2 des comportements suivants : <ul style="list-style-type: none"> • comportement excessivement familier et manque ou absence de méfiance envers les adultes inconnus • l'enfant ne s'assure pas de la présence des adultes qui s'occupent de lui pour explorer l'environnement (même dans des contextes non familiaux) • l'enfant peut accepter de partir avec des adultes inconnus sans ou avec peu d'hésitation
Trouble mixte	Nécessite 2 critères de chacune des 2 sous-catégories

Avant de poser ce diagnostic, il faut s'assurer que les symptômes ne sont pas mieux expliqués par un trouble envahissant du développement.

Ces sous-catégories et ces critères diagnostiques se confondent avec les troubles de l'attachement réactionnels de la CIM 10 et du DSM IV. D'ailleurs, l'équivalence entre ce diagnostic de la DC 0-3R et ceux de la CIM 10 correspond aux diagnostics F94-1 (trouble réactionnel de l'attachement) et F94-2 (trouble de l'attachement de l'enfance avec désinhibition (22).

Dans la CFTMEA, les situations de carence apparaissent dans l'axe II (facteurs associés).

Nous retrouvons les :

- 22.0 = carences affectives précoces (0-3 ans) comprenant les situations caractérisées par l'existence dans les trois premières années de vie, d'une carence de soins engendrant sur le plan affectif et relationnel un manque quantitatif et/ou une insuffisance d'interaction entre l'enfant et sa mère. La carence peut être intrafamiliale ou extrafamiliale, liée soit à un défaut de stimulation et d'apports affectifs de la mère ou de ses substituts, soit à l'absence ou à la défaillance d'un personnage maternel, soit encore à des expériences de séparations précoces et répétées de l'enfant d'avec la figure maternelle.
- 22.1 = carences affectives ultérieures (à partir de 3 ans)

3. Dépression du bébé et carences

La dépression du bébé peut être considérée comme une réponse émotionnelle déclenchée par des expériences de manque ou de perte d'un lien affectif privilégié. Il peut s'agir de pertes réelles, prolongées ou définitives (décès, placements...), de séparations temporaires, de séparations répétées ou de pertes fantasmatiques (à savoir le sentiment de « ne plus être aimé » sans événement dans la réalité).

Cette réponse émotionnelle est marquée par un état d'impuissance, de désespoir et de résignation face à une souffrance psychique liée précisément à une perte, à un manque, perte de l'objet aimé mais aussi perte de l'état affectif de bien-être qui lui est étroitement attaché.

Le bébé va dès lors manifester une altération de « l'appétit pour la vie ». En dehors d'une prise en charge adéquate, ceci aura de graves répercussions sur son développement global.

Si on peut espérer une bonne récupération dans les cas où la souffrance affective est brève et/ou isolée, la majorité des auteurs s'accordent pour attribuer à la carence un caractère de gravité d'autant plus marquée qu'elle est durable, précoce et répétée (17).

Dans ces cas-là, les risques majeurs pour ces enfants sont :

- un appauvrissement intellectuel et linguistique (retards mentaux d'origine affective).
- un sentiment d'insécurité avec dévalorisation, angoisse d'abandon, donnant lieu à des attitudes de revendication affective maladroites.
- une répétition de la carence affective à la génération suivante, par défaut d'intériorisation d'une image parentale disponible sur le plan affectif.

Un bébé est à risque de développer un état dépressif dans un certain nombre de situations :

- les séparations maternelles peuvent être génératrices de dépression quand elles sont réalisées en urgence ou semi-urgence, se répètent et sont souvent organisées de façon chaotique. Ceci est aggravé par le fait qu'elles ont souvent lieu dans des familles démunies sur le plan social et psychologique. Si la séparation est temporaire, au retour de la mère tout rentre dans l'ordre mais l'enfant peut garder une grande sensibilité aux séparations et aux menaces de séparation.
- les carences affectives au sein du milieu familial : les mères (et les pères) sont en grave difficulté pour fournir à leur bébé des réponses adéquates à ses besoins affectifs. Ceci s'observe dans différents contextes : les mères déprimées (la dépression maternelle représente l'étiologie la plus fréquente car ces enfants sont soumis à un changement plus ou moins brutal dans la disponibilité affective de la mère mais il faut toujours resituer cet impact dans l'optique d'un modèle polyfactoriel (2)), les familles dans lesquelles le couple parental est en souffrance (souvent aux prises avec un comportement marqué par la violence et l'incohérence), les maladies congénitales ou acquises chez les bébés car elles peuvent entraîner des séparations (hospitalisations) et une difficulté dans l'investissement affectif de l'enfant par ses parents.

Les carences seraient alors le principal facteur de risque de dépression du nourrisson quand elles n'en sont pas directement la cause (54).

III. LES INTERACTIONS PRECOCES

Winnicott a écrit « cette chose qu'on appelle nourrisson ça n'existe pas ». Il souligne alors le caractère indispensable des soins maternels dans la maturation physique et psychique du bébé (16).

1. Notions théoriques

Les relations entre le bébé et ses parents se définissent par des interactions (3). Une des définitions de l'interaction donnée par Mazet est une « séquence d'au moins deux comportements socialement orientés, contigus et réciproquement adressés » (55).

L'interaction résulte d'une rencontre entre les parents (avec leur désir d'enfant, leur modalité d'attachement, leur vécu de la grossesse et de l'accouchement) et le bébé (son vécu intra-utérin, son vécu de la naissance, ses compétences, son attirance pour l'humain, son tempérament, ses éventuelles pathologies). Un système évolutif va se créer pour donner une structure à la réalisation de la parentalité et aux différentes étapes du développement du bébé (56). Sa bonne mise en œuvre conditionne les relations interpersonnelles futures. Ces interactions sont les fondations de la construction de l'individu.

Les premières interactions sont fœto-maternelles, biologiques. L'équilibre psycho-affectif de la mère est important pour le bon déroulement de la grossesse et le comportement ultérieur de l'enfant.

A la naissance, l'enfant expérimente dans son corps, en prolongement de sa relation avec sa mère, ses mouvements internes de possession, d'introjection, de rejet, de séparation, ... Cette idée rejoint le point de vue de Pikler qui écrivait que « l'activité motrice est productrice de l'activité mentale et l'activité mentale alimente et stimule l'activité motrice ». « Le bébé, par et dans son corps, en communication émotionnelle avec sa mère, organise les premiers éléments de son appareil psychique » (57). Ces capacités supposent que le soi existe dès la naissance, que le bébé peut percevoir et investir l'objet primaire à travers le partage émotionnel, permettant l'accordage dans les interactions.

Il faut repérer trois dimensions de l'interaction : comportementale (directement observables entre une mère et son bébé), affective (accordage affectif de Stern) et fantasmatique (double dimension, consciente et inconsciente).

Selon Stern, l'accordage affectif est un des moyens « permettant à une personne de connaître l'état mental d'une autre (une des deux personnes est un nourrisson) » (17). Dans ce bref moment, il existe une correspondance entre la conduite manifeste de l'enfant et celle de l'adulte, mais cette correspondance est transmodale. Le moyen d'expression utilisé par la mère, dans cette correspondance, est différent du moyen utilisé par l'enfant. Ce qui fait l'objet de la correspondance n'est alors pas le comportement en lui-même mais plutôt l'état affectif ou émotionnel interne de chacun des partenaires.

Pour Stern, l'importance de l'accordage affectif tient à ce que « les états psychiques rendus possibles (par l'accordage affectif) peuvent permettre à l'enfant de reconnaître que ses états affectifs internes sont des formes de vécu qui peuvent être partagés avec l'adulte parce qu'ils existent chez celui-ci ». L'accordage affectif constitue un repère interactif majeur, fournissant au bébé le substrat relationnel nécessaire à l'organisation de son expérience de chaque instant, au fondement de son narcissisme et au soutien d'une dynamique développementale de construction et de croissance (58).

2. Troubles des interactions précoces

Des dysfonctionnements peuvent entraver ce bon déroulement et entraîner des troubles de l'interaction (ou trouble de la relation). Ils résultent de perturbations des interactions au niveau de la stimulation (excès ou manque) ou du déroulement temporel (discontinuité, non transformation de l'interaction qui devient alors « figée » ou répétition de la séquence interactive). Ces perturbations représentent, dans un bon nombre de cas, le seul et premier indice de difficultés et de troubles en voie de constitution chez le jeune enfant.

Plusieurs facteurs de risque sont retrouvés. Ils proviennent à la fois de la mère et/ou du bébé.

Du côté maternel, il s'agit de pathologies organiques sévères ou handicap, de troubles psychiques de la grossesse et du post-partum, d'addictions ou de prises médicamenteuses pendant la grossesse, d'un déni de grossesse, du jeune âge maternel, d'un isolement social, de conditions socio-économiques défavorables, de familles migrantes,

L'étude de 1978 de Tronick (expérience du « *Still Face* » ou visage impassible), qui demandait à des mères de demeurer, face à leur nourrisson, inexpressive et immobile pendant trois minutes, montre qu'un changement même temporaire et bref de l'état affectif de la mère entraîne rapidement des modifications chez le bébé (59). En effet, les bébés tentent immédiatement d'attirer l'attention de leur mère par un élan enthousiaste envers elle, suivi de manœuvres énergiques visant à la faire réagir. Ces tentatives échouent du fait du protocole. Ils se détournent alors après chaque tentative sans réponse, probablement déçus et inquiets de l'absence de réponse, puis tentent à nouveau de la solliciter par le regard surtout. Ils abandonnent plus ou moins tôt ce cycle dans un mouvement associant repli physique, comportements de fixations sensorielles ainsi qu'une baisse de l'attention au regard de leur mère (41).

Cette étude a permis de montrer à quel point l'état affectif et le tonus interactif du bébé sont sensibles aux messages émanant de la mère. Ce protocole voulait mimer un état dépressif maternel. En effet, si elles ne sont pas prises en charge, les effets des dépressions du post-partum peuvent être dévastateurs sur la mère, sur le couple et surtout sur l'interaction avec l'enfant. « Au pire, elle pourra favoriser la pré-organisation d'une construction très pathologique de la personnalité de l'enfant si aucun adulte substitutif n'est présent pour offrir un maternage plus adéquat » (60).

Cramer suggère, dans *Que deviendront nos bébés ?*, la possibilité de perturbations spécifiques liées à la dépression postnatale, notamment sur le fonctionnement cognitif de l'enfant (61). Il écrit que « la dépression ralentit les réactions de la mère mais les rend aussi plus aléatoires, moins prévisibles ». Le plus souvent la dépression maternelle va fragiliser l'enfant en développement de plusieurs façons (60) :

- « en rendant la mère moins capable d'investir positivement son bébé, de lui signifier qu'il est désirable et désiré (besoin vital pour fortifier son narcissisme) »
- « en la rendant moins capable d'être à l'écoute des besoins de son enfant et de les satisfaire » (ce qui structure chez le bébé une représentation d'un monde externe dangereux et imprévisible)
- en diminuant les paroles de la mère déprimée, « ce qui va carencer le fonctionnement imaginaire du bébé, lui qui a besoin d'un bain d'interactions langagières riche pour se construire ».

Le nourrisson réagit à la dépression maternelle avec des « éléments de protection qui deviendront, dans l'après-coup, une réaction dépressive précoce associant des moments d'inhibition, d'atonie et des moments d'anxiété, excitation, agitation » (62).

Les interactions entre une mère et son bébé peuvent également être compliquées du fait de l'absence d'élaboration de l'agressivité que ce bébé suscite chez sa mère. En effet, la conception d'un enfant réactive chez toute mère des sentiments négatifs qu'elle se doit absolument d'élaborer (63). Dans le cas contraire, quand ces raisons sont particulièrement intenses, « le risque est de rendre plus compliquées les interactions futures entre elle et son bébé, contribuant alors à rendre vulnérable son enfant ». En effet, quand le ressentiment devient trop fort, il ne sera plus contrebalancé par les pulsions d'amour que la femme éprouve à l'égard de son enfant et ne sera plus élaborable par la mère. Si ce contexte perdure, il va « fragiliser l'enfant en devenir ne lui permettant pas de se construire dans la sécurité et contribuer à fissurer ses assises narcissiques en construction ».

Du côté du bébé, nous pouvons retrouver comme facteurs de risque la gémellité, la prématurité, les hospitalisations prolongées, les malformations, le handicap, les maladies somatiques.

Ces troubles peuvent aussi résulter d'une rencontre entre des parents fragiles ou fragilisés et un bébé au tempérament difficile pour ces parents-là. En effet, en 2011, une étude montre que les mères ne perçoivent pas de la même manière leur enfant en fonction du tempérament (64). Le tempérament « en retrait » d'un bébé est ici considéré comme « difficile ». Elles les perçoivent comme ayant peu besoin de câlins, ayant peu d'activités et comme étant plus vulnérables quant à leur développement futur. Les difficultés d'interactions peuvent donc aussi être liées aux caractéristiques du tempérament du bébé.

La part du bébé est toujours à prendre en compte.

3. Le retrait relationnel

Un signe précoce de dysharmonie interactive peut apparaître chez le bébé. Il s'agit du retrait (ou évitement relationnel) du bébé.

Le retrait relationnel est défini comme « l'action de se replier sur soi, de se rétracter comme pour se défendre, de préserver sa personnalité » (27). Il peut s'agir d'un détournement actif de l'enfant (détournement du regard, hyper-extension cranio-caudale lors de la prise dans les bras) ou d'une attitude d'indifférence aux sollicitations de l'adulte. L'absence de recherche de consolation dans une situation de détresse en constitue également un équivalent. Il apparaît comme un comportement de défense, qui appartient au répertoire de la peur et du figement. Il est à risque d'être méconnu et banalisé, pourtant il apparaît comme un signe d'alarme précieux en clinique du jeune enfant.

Pour le Professeur Guedeney, le retrait relationnel est un concept clinique plus opérationnel que celui de la dépression précoce (65) et pour le Docteur Michel Picco, l'évitement relationnel devrait être considéré comme une entité nosographique interactive au statut transitoire, indice de dysharmonie interactive (66). Le symptôme ne peut être isolé du contexte interactif.

Le comportement de retrait relationnel s'observe constamment dans la dépression précoce (élément central dans la description de Spitz) ou dans les troubles de l'attachement précoces, par carences affectives ou séparations (67).

Cependant, un comportement de retrait est un mode de régulation normal de l'interaction quand il est bref. On parle alors de micro-retrait (décrit par Brazelton), composante de l'interaction normale et mode de contrôle du rythme de cette interaction par le bébé (68). « Lorsque la violation de ce que le bébé attend de l'interaction est suffisamment gênante pour lui alors il se trouve chassé du présent ». « Il ne peut pas durablement se projeter dans le futur et ne peut pas aller dans le passé ». Si la situation persiste, la seule solution restante est le comportement de retrait, c'est-à-dire de « se situer dans un temps suspendu » (69). L'enfant se détourne quand l'interaction s'est jouée à un niveau d'intensité dépassant la limite supérieure du seuil d'excitabilité tolérable (stimulation inadaptée quantitativement ou qualitativement). Ce comportement de retrait signe « un faux-pas dans la danse interactive » (70).

La première description clinique du comportement de retrait durable chez le jeune enfant, en dehors de l'autisme, a été faite par Engel et Reischman en 1956 avec l'observation de Monica (18 mois, atteinte d'une fistule œsophagienne), dans un tableau de carences relationnelles durables et de retard de croissance (71). En 1972, Engel et Schmale proposent le concept de conservation/dépression-retrait de l'énergie comme un processus défensif de base pour conserver l'énergie dans les situations critiques. Ce signe serait donc un comportement de défense précoce visant à soustraire l'enfant d'une situation désagréable.

Fraiberg a ensuite décrit les quatre comportements de défense pathologique précoce, observés chez des enfants de 0 à 3 mois exposés à des situations extrêmes (mères alternant des

moments d'absence psychique et de crises de fureur imprévisibles) : l'évitement du regard, le figement (« freezing », analogue du retrait relationnel par gel de la posture et des mimiques), la lutte et enfin l'identification à l'agresseur (72)

Dans une relation de bonne qualité, ce comportement de retrait a aussi une fonction régulatrice de l'interaction par information de déplaisir. Tronick a ainsi constaté dans les premiers mois de vie de fréquentes « erreurs » interactives aboutissant à la mise en œuvre par le bébé de comportements d'autorégulation de la lignée de l'évitement, erreurs « réparées » rapidement par le parent (73).

La réaction de retrait durable (supérieure à 15 jours) devient un élément d'alarme essentiel car elle appartient à la clinique de la plupart des grands ensembles diagnostiques de la petite enfance (troubles du spectre autistique, trouble de l'attachement, douleur intense et chronique, déficits sensoriels non reconnus, retard mental, prématurité, ...) et cela d'autant plus que l'enfant est jeune et que son registre d'expressions est encore limité. Pour Guedeney, « la notion de retrait évite de parler de dépression, diagnostic dont la validité à cet âge est discutable, ou d'évoquer trop vite un diagnostic d'autisme » (65). Ce comportement clinique durable de retrait n'est pas un mécanisme de défense mais bien une tentative d'adaptation à une violation continue du présent. Cette adaptation est coûteuse et peut dépasser son but et figer le développement.

Une échelle de dépistage et d'évaluation du comportement de retrait relationnel durable non spécifique existe pour le jeune enfant entre 2 et 24 mois. Il s'agit de l'échelle « Alarme-Détresse-Bébé » (ADBB) (cf annexes). Elle contient 8 items cotés de 0 à 4 (0 = absence de comportement anormal et 4 = comportement nettement ou massivement anormal) : expression du visage, contact visuel, activité corporelle, gestes autocentrés, vocalisations, vivacité de la réponse à la stimulation, capacité d'entrer en relation et capacité à attirer l'attention.

Les items suivent l'ordre qu'adopte un professionnel qui entre en contact avec un bébé.

La note normale est 0. Si le score est supérieur ou égal à 5, la passation de l'échelle doit être contrôlée deux ou trois semaines plus tard. Un score entre 5 et 10 montre un enfant légèrement en retrait, et au-dessus de 10, un enfant ayant un retrait manifeste.

Cette échelle n'est en fait qu'une aide à l'observation des réactions de l'enfant dans une situation activant de nombreuses procédures. Elle vise à permettre de réaliser plus tôt qu'un enfant n'a pas eu d'autre solution que la mise en retrait, et d'en chercher la cause (74).

L'échelle ADBB ne permet pas cependant de différencier les retraits dépressifs des retraits autistiques.

Le retrait est, le plus souvent, précédé par des cris et une protestation qui ont l'avantage d'être bruyants et visibles. Il semble donc intervenir quand cette protestation est inefficace. Il a l'inconvénient d'être silencieux et d'écarter l'observateur et donc l'aide potentielle. Il est également en lui-même un obstacle au développement, dans la mesure où il prive le bébé de la curiosité qui lui fait rechercher ce dont il a besoin.

Un autre outil est également disponible, il s'agit de la Grille d'Évitement Relationnel du Nourrisson (GERN, cf annexe), regroupant un ensemble de conduites de retrait ou de comportements équivalents observables entre 0 et 30 mois (75).

Selon Michel Picco, la recherche systématique d'une dépression ou d'une organisation autistique chez le bébé peut faire oublier d'évaluer la qualité de la relation qui peut être justement le premier indice de ces deux organisations pathologiques.

L'évitement relationnel peut donc annoncer une grande variété d'organisations pathologiques (somatiques, psychiques, psychosomatiques) en même temps qu'il peut en constituer la première expression.

4. Dépression du bébé et interactions précoces

L'installation d'un tableau de dépression chez le bébé peut alors traduire l'épuisement ou le débordement de ses capacités d'autorégulation et d'adaptation face aux dysfonctionnements interactifs (76). La dépression serait alors une réaction innée de retrait, permettant la conservation d'énergie.

Ces troubles ont des répercussions somatiques et psycho-somatiques, des répercussions sur les modalités d'attachement, sur les modalités développementales (langage, psychomoteur) et psycho-affectives (relationnel, comportement, humeur) chez le bébé mais aussi tout au long de sa vie.

Les troubles de la relation précoce existent dans l'axe II de la Disease Classification Zero to Three qui ne retient que les codifications sur-impliquée, sous-impliquée, anxieuse/tendue, irritée/hostile, trouble mixte de la relation ou abusive (24).

Selon Myriam David, toute la psychopathologie infantile se forme autour des interactions précoces (77). Elle décrit une figure psychopathologique proche de la description de la dépression du bébé de Kreisler. En effet, elle parle « d'une forme de vide affectif, caractérisé par l'absence ou la pauvreté d'investissements et par la difficulté à avoir recours aux représentations ». « Ce vide affectif, produit à partir de carences massives, de multiples séparations précoces et d'une sorte de sous-alimentation narcissique infantile, se manifeste par de nombreuses modalités d'atonie, d'apathie, d'inertie, d'inappétence qui retirent tout intérêt pour l'environnement, les autres et le bébé propre ». « Les enfants saisis par ce vide affectif se montrent inhibés, instables, éparpillés ». « Ils épuisent en permanence leurs forces vitales à essayer de soigner et de maintenir vivants les liens primaires, qui restent au centre de leurs préoccupations ».

Dépister les troubles interactifs de façon précoce permet des interventions pour prévenir les troubles du développement de l'enfant, les troubles psychopathologiques du bébé et les troubles somatiques (troubles du sommeil, asthme, eczéma, anorexie, ...). Ces situations à

risque nécessitent donc un étayage précoce. La qualité de l'entourage familial change le pronostic.

IV. BEBES A RISQUE AUTISTIQUE

Les troubles du spectre autistique correspondent à un véritable diagnostic différentiel. Mais, dans les premiers mois de vie, les manifestations sur le plan clinique d'un état dépressif ou pré-autistique se ressemblent. Le diagnostic différentiel devient donc risqué et difficile (78).

1. Signes précoces

Kanner a décrit un certain nombre de signes très précoces d'autisme infantile, repérables dès la première année de vie de l'enfant (79).

Défaut d'attitude anticipatrice	<ul style="list-style-type: none"> • L'attitude anticipatrice est le mouvement de tendre les bras que le bébé fait lorsqu'on se penche vers lui. • Apparaît dès l'âge de 4 mois
Défaut d'ajustement postural	<ul style="list-style-type: none"> • L'ajustement postural est l'ajustement tonique de l'enfant au corps de la personne qui le porte. • Perceptible dès le 4^{ème} mois • Le bébé à risque autistique n'a pas cet ajustement ; il est ressenti par l'adulte qui le porte comme « une poupée de son »
Troubles des conduites alimentaires	<ul style="list-style-type: none"> • Difficultés à téter • Vomissements • Anorexie
Troubles du comportement	<ul style="list-style-type: none"> • Inactivité • Ralentissement • Comportements répétitifs • Peurs inhabituelles
Retrait/repli extrême « dès le début de la vie » et indifférence au monde extérieur avec absence de surdité	

Ces signes précoces, pris isolément, ne sont ni pathognomoniques, ni spécifiques. « La plupart de ces signes doivent donc être interprétés en fonction du niveau global de développement et ne prennent sens et signification que dans la relation interactive du bébé avec son entourage » (80).

Bien que les signes caractéristiques du syndrome autistique soient discrets et rarement complets avant l'âge de 3 ans, l'ensemble de données recueillies, et notamment l'analyse des

données rapportées par les parents, indique que dans 75% des cas des signes existent avant 2 ans et dans 31 à 55% avant un an (81).

L'autisme ne peut cependant pas être diagnostiqué avant l'âge de 36 mois bien que l'existence de signes avant cet âge fasse partie des critères diagnostiques de la CIM-10 (80).

A partir de la méthode d'observation directe des bébés d'Esther Bick, différents signes d'alerte ont également été regroupés en six catégories (82) :

Signes psychomoteurs	<ul style="list-style-type: none"> • Absence d'ajustement postural • Absence d'anticipation mimétique • Hypertonies ou hypotonies paradoxales sans étiologie pédiatrique
Anomalies du regard	<ul style="list-style-type: none"> • Retard à l'instauration d'un regard pénétrant • Prévalence du regard périphérique sur le regard central • Conduites de détournement du regard
Anomalie du cri	Trop monocorde et monotone
Troubles du sommeil	Insomnies calmes sans appel et sans revendication de présence
Troubles alimentaires divers	
Certaines phobies variables et atypiques par rapport à l'âge de l'enfant	

Mais aucun de ces signes n'est spécifique de la pathologie autistique.

S. Baron-Cohen et al. ont examiné, en 1996, une cohorte d'enfants à risque d'autisme (83). Ils ont montré la bonne valeur prédictive de certains des signes que l'on peut repérer dès 18 mois, voire plus tôt. Il s'agit de la convergence des regards, du pointage proto-déclaratif et des jeux de faire-semblant. Ces signes seraient repérables entre 18 et 36 mois grâce à la CHAT (Checklist for Autism in Toddlers).

Une autre échelle est destinée à l'évaluation des comportements autistiques du jeune enfant de 6 à 36 mois : l'échelle « Evaluation des Comportements Autistiques – Nourrisson » (ECA-N) (80). Cette échelle est constituée de 33 items, cotables de 0 à 4, selon l'intensité du trouble, allant de jamais (0) à continuellement (4) (cf annexe). Les items sont regroupés en 6 catégories de « fonctions » : socialisation, communication, adaptation à l'environnement, tact, tonus et motricité, réactions émotionnelles et instinctuelles et, pour finir, attention et perception.

2. L'autisme infantile dans les classifications

Actuellement, l'autisme est décrit dans les différentes classifications (DSM V, CFTMEA, DC 0-3 R et CIM 10).

Le syndrome autistique se caractérise dans la CIM 10 par une altération qualitative et quantitative des interactions sociales et de la communication associée à un caractère restreint, répétitif et stéréotypé des comportements, des intérêts et des activités (84).

Les critères diagnostiques du DSM V sont les plus récents. Le diagnostic du trouble du spectre autistique repose sur :

Critère A	Difficultés persistantes sur le plan de la communication et des interactions sociales
Critère B	Comportements stéréotypés et intérêts restreints
Critère C	Dès la période précoce de développement
Critère D	Entrainant des déficits importants au point de vue clinique dans le domaine social, professionnel ou dans d'autres domaines de fonctionnement
Critère E	Un handicap intellectuel ou un retard général de développement ne justifie pas mieux ces troubles

Cependant, il faut être très prudent dans l'énoncé d'un tel diagnostic à un âge aussi jeune dans la mesure où il s'agit d'une pathologie qui induit d'importantes souffrances chez les parents. De plus, le plus souvent, le tableau est incomplet ou fluctuant et il n'est pas possible d'écarter soit « une simple crise évolutive dans le développement de l'enfant qui sera peut-être sans lendemain, soit plutôt un syndrome dépressif précoce, un état de carence affective ou un retard mental lié à une atteinte cérébrale » (79).

Il est donc plus prudent de parler « de bébés à risque autistique » ou de « syndrome d'évitement relationnel ».

Le Pr Delion rappelle dans un article de 2001, cette prudence à l'annonce d'un diagnostic de Trouble du Spectre Autistique chez de très jeunes enfants compte-tenu de l'absence de signe pathognomonique à cet âge-là (85).

En effet, il rapporte l'observation clinique d'une enfant de 17 mois adressée par un neuropédiatre dans un contexte de signes d'autisme (« hypotonie au niveau du dos, enfant très absente de la relation, stéréotypies alternatives des mains jouant avec la lumière du soleil, cris perçants et monocordes »). Les troubles avaient commencé à l'âge de 10 mois. Cette enfant avait connu, depuis presque toujours, un contexte familial difficile (chômage du père, épisode dépressif majeur sévère de la mère, conflits familiaux). Ce qui le frappe lors de cette consultation, raconte-t-il, « c'est la qualité de son regard ». En effet, la petite fille peut croiser son regard à plusieurs reprises et le Pr Delion écrit : « j'y lis une profonde attente, et non ce vécu d'intrusion si habituel chez les enfants autistes ».

Malgré les signes d'autisme présents lors de la consultation (évitement relationnel, difficulté d'ajustement postural, regard évitant, voix monocorde), les signes de la dépression chez le bébé décrits par Kreisler étaient également retrouvés chez ce bébé (atonie thymique, inertie motrice, repli interactif et désorganisation psychosomatique).

Dans cette situation, l'auteur se réfère à « l'approche de Carel centrée sur le contre-transfert qui le renseigne sur ce qui est prévalent dans la relation avec ce bébé » (75):

- « Soit faire intrusion, ce qui est en faveur d'une problématique autistique
- Soit lâcher, ce qui est plutôt en faveur d'une problématique dépressive », état qu'il ressent à la fin de cette observation.

Pour le Pr Delion, parmi de nombreux signes communs entre trouble du spectre autistique et dépression du bébé, « un seul diffère vraiment, le vécu contre-transférentiel de qualité du regard » (85).

V. STRESS ET TRAUMATISMES PRECOCES

L'influence de l'environnement, et en particulier des traumatismes précoces, sur le développement de l'enfant et sur la survenue de psychopathologies est connue depuis longtemps. Les vingt dernières années ont été marquées par des avancées importantes permettant de comprendre comment les traumatismes précoces font trace au cours du développement de l'enfant.

1. Du point de vue psychanalytique

Certains enfants sont traumatisés par des répétitions de séquences interactives manquées (anarchie des interactions, imprévisibilité, négligence, maltraitance, ...) et par toutes les émotions qu'ils ont dû apprendre à gérer tous seuls (désespoir, rage, haine, ...) (86). Ces émotions ont déclenché des états de tension et d'excitation dont l'intensité extrême a débordé les capacités de traitement de leur appareil psychique. Ce phénomène crée le traumatisme.

D'un point de vue psychanalytique, les traumatismes correspondent à des événements entraînant une sidération psychique. Les traumatismes précoces entraînent chez les enfants petits des comportements correspondant à deux registres du fonctionnement psychique :

- processus d'intériorisation précoce
- processus défensif.

A la période préverbale, l'enfant n'a pas eu d'autre choix que d'intérioriser à l'état brut (sous la forme de perceptions-sensations) les caractéristiques de l'objet ou de la situation traumatisante. La deuxième dimension, défensive, est destinée à le protéger contre un objet extérieur ressenti comme menaçant mais les traumatismes précoces mettent en échec les mécanismes de défense habituels (qui sont alors dépassés) (87).

Pour Freud, le trauma est intrapsychique. Il est une source d'excitation, un « corps étranger interne ». L'organisme est alors dans l'incapacité d'évacuer l'excès d'excitation. « De nombreuses effractions submergent le nouveau-né et l'entraînent dans un état de détresse dont il ne peut se sortir seul » (88). Il lui faut l'action spécifique de l'autre pour décharger cette excitation qui l'habite, pour passer du déplaisir au plaisir. Il résulte une trace de cette

décharge. « La détresse est donc paradoxalement nécessaire même si elle est potentiellement destructrice ». Elle se manifeste alors chez l'enfant sous forme d'un état de stress.

« En l'absence de réponse de l'autre, c'est l'inachèvement et la détresse qui priment ». La tension reste donc sans solution, soumettant l'enfant au stress de l'excitation non résolue de l'état de détresse. Le bébé se retrouve alors dans une situation de traumatisme par non-événement, par effraction d'une excitation interne qui le submerge.

« La souffrance liée à la détresse du nourrisson et aux défauts de réponse de l'environnement aboutirait donc à une absence de trace ». Le stress rendrait impossible la constitution d'une trace. Ces expériences traumatiques précoces qui ne sont pas traitées psychiquement et qui ne laissent donc pas de trace « peuvent persister sous forme de noyaux d'états de détresse pouvant ressurgir ultérieurement » (88).

2. Du point de vue neuro-développemental

Les recherches récentes tendent également à démontrer que des ratés successifs dans les interactions précoces ainsi que des expériences de stress extrêmes répétées (non suivies d'expériences de réconfort) ont une incidence sur la constitution des fonctions cérébrales responsables de la reconnaissance des perceptions corporelles, de la gestion des émotions, de l'impulsivité,

En effet, depuis 20 ans, de nombreux travaux ont porté sur les effets des traumatismes précoces sur le développement cérébral. Ceux-ci prouvent que les nourrissons vivant dans des milieux familiaux très défaillants au niveau éducatif sont en état de stress chronique à cause des traumatismes relationnels précoces qu'ils subissent. L'exposition au stress durant la période de développement cérébral a un impact à la fois au niveau physique et au niveau de la santé mentale (89).

Il a été démontré que ces états entraînent une augmentation de la sécrétion du cortisol, perturbant ainsi tout l'axe hypothalamo-pituitaire-surrénalien. Le cortisol, alors élevé, franchit la barrière hémato-méningée et inonde le cerveau (surtout le système limbique et l'hippocampe), entraînant un dysfonctionnement au niveau de la régulation des émotions, des comportements d'attachement, de la mémoire affective et de la mémoire des apprentissages.

Le stress précoce et continu (stress psychosocial chronique) atteint donc le cerveau en développement entravant ainsi l'instauration de certaines fonctions.

La plupart des expériences ont été réalisées sur des rats qui présentent, à la naissance, une immaturité cérébrale correspondant à celle d'un bébé prématuré de 24 semaines d'aménorrhée (SA) et dont leur plasticité cérébrale, pendant la première semaine de vie, correspond à celle d'un bébé prématuré entre 24 et 36 SA (90).

Anand & al. ont montré, avec leur étude, qu'une douleur répétitive en période néonatale chez des rats peut entraîner une altération du développement du système de la douleur associée à un abaissement du seuil douloureux (91). Les rats adultes ayant subi des expériences

douloureuses en période néonatale ont des modifications comportementales importantes non retrouvées chez les rats du groupe contrôle. Ces changements augmentent leur vulnérabilité au stress puis leurs comportements d'anxiété à l'âge adulte. Ces modèles de comportements différents sont retrouvés dans des études précédentes utilisant la séparation maternelle comme facteur de stress néonatal.

En effet, des études antérieures ont montré des changements au long cours de la régulation de l'axe hypothalamo-pituitaire-surrénalien chez des rats exposés à des stress néonataux, avec augmentation des taux de glucocorticoïdes en réponse à un stress émotionnel et une altération du rétrocontrôle négatif sur l'hypothalamus. C'est comme si la séparation maternelle associée à des douleurs répétées chez les rats (contexte proche de celui d'un service de néonatalogie) pouvait entraîner une altération permanente de la régulation de l'axe hypothalamo-pituitaire-surrénalien.

Il apparaît alors évident que l'environnement des rats peut entraîner des perturbations persistantes du système endocrinien et immunitaire ainsi que des réactions comportementales chez les rats adultes.

L'étude de Huot & al., portant sur des séparations mère-bébé chez les rats, confirme ces résultats (92). En effet, ils ont montré que les séparations maternelles néonatales des rats entraînaient une hyper-réactivité au stress caractérisée par une augmentation de la synthèse hypothalamique de CRH (Corticotropin Releasing Hormone). Cette élévation entraîne alors une augmentation de la sécrétion d'ACTH (Adrenocorticotrophin Hormone) et de corticostérone en réponse. Le stress et l'exposition précoce aux glucocorticoïdes sont eux associés à une atrophie de l'hippocampe. L'hippocampe correspond à la zone des apprentissages et de la mémoire. Sa plasticité au cours du développement cérébral augmente sa vulnérabilité à différents facteurs dont le stress. L'hippocampe est connu comme une des régions les plus sensibles au stress. L'anatomie et la physiologie de cette zone sont modifiées par les expériences (modifications environnementales, stress, apprentissages, ...) et par les variations hormonales (œstrogènes et glucocorticoïdes). Son atrophie entraîne donc une altération des apprentissages et de la mémoire à moyen terme.

Cette étude suggère donc que des séparations répétées de manière quotidienne pendant la période critique du développement de l'hippocampe peuvent perturber l'architecture cellulaire de cette région et entraîner des difficultés d'apprentissage et une hyperréactivité au stress, ainsi qu'un déclin cognitif par une augmentation permanente des taux de glucocorticoïdes.

L'architecture de l'hippocampe et ses fonctions sont donc perturbées chez des rats adultes ayant subi des séparations maternelles précoces répétées.

3. Conséquences du stress chez la femme enceinte pour le futur bébé

L'impact d'un dysfonctionnement chronique de l'axe hypothalamo-pituitaire-surrénalien sur les fonctions neuronales adultes est connu depuis plusieurs années mais peu d'intérêts ont été portés sur les perturbations de ce même axe chez la femme enceinte et leur impact sur le développement cérébral du fœtus.

Cependant il est suggéré que l'exposition à un environnement adverse à un moment critique du développement foetal peut influencer l'axe hypothalamo-pituitaire-surrénalien pouvant

entraîner des anomalies neurologiques et endocriniennes augmentant la vulnérabilité à la dépression chez l'adulte. Cette hypothèse découle d'études sur les animaux (93).

Certaines études suggèrent qu'un stress maternel pendant la grossesse affecte le comportement fœtal et néonatal (et probablement le développement) et ont montré des changements de comportement du fœtus suite à un stress aigu. En effet, la sécrétion d'hormones de stress à haute dose passe la barrière placentaire par le plasma sanguin maternel. Ceci contribue à « construire, autour du fœtus, un milieu intra-utérin physiologiquement inhospitalier et hostile, dont celui-ci doit dès le départ se protéger, ce qui peut le fragiliser en générant d'emblée un sentiment d'insécurité interne, et rendant plus difficile le processus d'attachement ultérieur » (94). L'exposition anténatale à des stress légers est cependant nécessaire au développement normal de l'enfant. Si le stress devient chronique, l'axe hypothalamo-pituitaire-surrénalien est anormalement activé entraînant des taux élevés de cortisol. L'hypercortisolémie chez l'adulte déprimé est à l'origine d'une réduction du volume de l'hippocampe par neurotoxicité. On peut donc envisager qu'une telle perturbation chronique pourrait avoir le même impact sur le développement cérébral du fœtus.

Depuis 2003, une association entre taux de cortisol maternel à la fin de la grossesse et tempérament précoce de l'enfant a été rapportée (95). Cette étude a fait un lien entre un taux élevé de cortisol au troisième trimestre de grossesse et des bébés qui pleuraient plus et qui présentaient plus d'expressions faciales négatives dans les interactions quotidiennes avec leur mère. Le tempérament précoce pourrait donc lui aussi être influencé par le stress maternel pendant la grossesse.

Austin et al., dans leur étude de 970 dyades mère-enfant dont les mères avaient présenté des traits anxieux à la 32^{ème} SA (sans événement de vie stressant particulier), a montré que ces parents rapportaient des difficultés de tempérament chez leur enfant entre 4 et 6 mois, indépendamment d'une dépression anté- ou post-natale, d'un statut socio-économique précaire ou de facteurs de risque obstétricaux (96). Il existe donc un effet direct de l'anxiété maternelle anténatale sur le développement cérébral du fœtus, indépendamment de facteurs génétiques ou de troubles mentaux sévères maternels.

4. Environnement stressant

En 2007, une étude a montré que les enfants de mères très déprimées ont un taux de cortisol salivaire de base significativement plus bas que celui du groupe témoin et que le stress produit une élévation de ce taux significativement plus importante chez les enfants de ces mères (97). L'impact de la psychopathologie maternelle dépressive se traduit par une réactivité anormale de la réponse en cortisol face à un stress.

En 2010, l'étude de Berger & al. se base sur le dosage du cortisol salivaire auprès de nourrissons vivant dans des milieux familiaux « traumatisants », en corrélation avec la mesure du quotient de développement (98). Elle montre que le stress chronique provoquerait des anomalies de la courbe de sécrétion du cortisol salivaire plutôt qu'un abaissement constant de son niveau. Elle retrouve donc des perturbations dans le cycle de sécrétion du cortisol et dans

la réponse au stress chez les enfants petits soumis à des traumatismes relationnels précoces répétitifs.

Quant au quotient de développement, il apparaît comme un marqueur précoce de la souffrance psychique du nourrisson (significativement plus bas dans les groupes de nourrissons à risque de traumatismes précoces immédiats ou potentiels).

Les auteurs concluent « qu'on retrouve fréquemment des perturbations dans le cycle de sécrétion du cortisol et dans la réponse au stress chez les enfants petits soumis à des traumatismes relationnels précoces répétitifs. Mais la nature de ces réponses anormales est variable et nécessite des études ultérieures. On ne peut donc pas affirmer actuellement que le taux de cortisol est « un marqueur » fiable du stress chez l'enfant ».

Pour conclure, Gérard Szvec rappelle que les traumatismes, chez le bébé en train de se construire, sont susceptibles de provoquer non seulement « une désorganisation de ce qui a pu être construit de façon précaire, mais aussi des défaillances de la construction » (3). « Les mauvaises organisations qui en résultent prennent souvent la forme de dépressions essentielles (proche de la dépression anaclitique) dont le premier indice est la disparition des comportements antérieurs ».

SYNTHESE

Finalement, les différents diagnostics cités dans les réponses des pédopsychiatres ne semblent pas tous correspondre à de véritables diagnostics différentiels de dépression du bébé.

En effet, les trois premiers tableaux (trouble réactionnel de l'attachement, troubles liés à des carences, trouble des interactions) sont très proches cliniquement. C'est plus l'approche théorique de chaque professionnel qui fera qu'il évoquera l'un ou l'autre de ces diagnostics. Ces différences de diagnostics, par orientation théorique différente, pour un tableau clinique proche entraînent cependant un regard différent sur les parents (dans les troubles de l'attachement ou des interactions, la part du bébé est toujours à prendre en compte, alors que les troubles liés aux carences renvoient essentiellement à des défaillances parentales) et des implications médico-légales différentes (hospitalisation mère-enfant, soins ambulatoires, demande de placement en pouponnière ou en famille d'accueil). La question semble alors plutôt centrée sur l'étiologie d'un tel trouble.

Dans ce contexte, le concept de dépression nous paraît peut-être à remanier afin d'en dégager différentes formes cliniques.

En ce qui concerne les troubles du spectre autistique, ils correspondent à un réel diagnostic différentiel mais il reste encore difficile à cet âge très précoce de faire totalement la différence entre une dépression du bébé et un bébé à risque autistique. Il semble que le vécu contre-transférentiel soit une aide majeure pour tenter de différencier ces deux syndromes.

L'approche neuro-développementale est, elle, en pleine expansion ces dernières années. L'idée que des traumatismes précoces (dans les premiers mois de vie voire pendant la grossesse) puissent avoir un impact sur le développement futur de l'enfant, puis de l'adolescent et de l'adulte semble acquise. Cependant, il n'y a pas encore d'études sur leur potentiel impact sur le psychisme des bébés.

CONCLUSION GENERALE

Comme nous l'avons vu tout au long de ce travail, la dépression du bébé a été clairement définie en 1946 sous le nom de dépression anaclitique par René Spitz. Dans un second temps, Kreisler a décrit l'unité de la dépression du nourrisson correspondant à l'atonie thymique, l'inertie motrice, la pauvreté de la communication interactive et la désorganisation psychosomatique.

Depuis, de nombreux auteurs ont tenté de compléter et d'affiner cette définition à partir de l'évolution des connaissances sur la vie psychique du bébé et de l'amélioration des prises en charge des bébés séparés précocement et durablement de leur figure d'attachement principale. Les critères de Kreisler sont actuellement les plus utilisés et les plus enseignés en France pour décrire la dépression du bébé.

Pour ce qui est des classifications diagnostiques, la dépression du bébé n'apparaît que dans deux d'entre elles (classification DC 0-3R et CFTMEA 2000) sans que les critères n'aient été encore validés dans la CIM 10 ou le DSM V.

Dans ce contexte, les pédopsychiatres de la petite enfance, que nous avons sollicités par questionnaire, ont des points de vue théoriques et des pratiques parfois assez différents face à des bébés en souffrance psychique.

Lors de cette enquête, 70,4 % des professionnels disent poser le diagnostic de dépression du bébé (que ce soit de manière régulière ou plus rarement) tandis que 29,6 % ne le posent jamais. En effet, même si pour la plupart d'entre eux, la dépression du bébé reste une entité clinique encore d'actualité reposant essentiellement sur les critères de Kreisler, le concept manque de critères précis validés et applicables aujourd'hui.

Le fait qu'environ un tiers des professionnels disent ne jamais poser le diagnostic nous interroge. Plusieurs hypothèses, présentes dans leurs réponses, pourraient l'expliquer :

- le caractère traumatique et culpabilisant de l'annonce d'un tel diagnostic pour la famille
- les classifications inadaptées, pour la plupart, pour les enfants de moins de trois ans
- le manque de formation à la clinique des bébés
- la multitude des approches théoriques en pédopsychiatrie

Lors de cette enquête, la question de l'âge a également été soulevée par certains remettant en cause la possibilité d'une dépression avant l'âge de deux ans voire de deux ans et demi, préférant alors évoquer un retrait relationnel, très décrit ces dernières années. Ce signe clinique est présent dans la plupart des diagnostics de la petite enfance (diagnostics souvent cités comme diagnostics différentiels dans les réponses des pédopsychiatres). Il permettrait d'éviter des annonces diagnostiques aux familles parfois encore incertaines à ce stade précoce et souvent traumatiques.

Nous avons tenté de développer ces différents diagnostics dans la troisième partie de notre exposé. Il semble qu'en fait, pour le trouble réactionnel de l'attachement, le trouble réactionnel à des situations de carences ou le trouble des interactions, ce ne soient pas de véritables diagnostics différentiels mais plutôt une façon différente d'aborder la question de la souffrance psychique chez les bébés. Les tableaux décrits sont en effet très proches cliniquement les uns des autres et de la dépression du bébé décrite par Spitz.

Le trouble du spectre autistique est, quant à lui, un diagnostic différentiel n'entraînant pas les mêmes démarches de soins, ni le même pronostic pour l'enfant. Il est cependant très compliqué à un âge si jeune de différencier une dépression du bébé d'un trouble du spectre autistique. L'annonce diagnostique doit une nouvelle fois être très prudente.

Les données récentes des effets du stress et des traumatismes précoces sur le développement des enfants nous semblent apporter une nouvelle vision de la souffrance psychique qui peut en résulter. Cependant, les études portent essentiellement sur le devenir à l'adolescence et à l'âge adulte de très jeunes enfants exposés à des stress aigus et chroniques. De nouveaux travaux pourraient peut-être permettre d'étudier l'impact très précoce sur le développement psychique du bébé de tels traumatismes et ainsi envisager la prévention de l'apparition d'une dépression du bébé.

Quant à la problématique de savoir si la dépression du bébé existe réellement, nous n'avons pas de réponse univoque.

En effet, même s'il nous semble que la « vraie » dépression du bébé est la dépression anaclitique décrite par Spitz lorsque le bébé est arraché à ses parents, divers points de vue théoriques amènent, à notre avis, une confusion dans les différents diagnostics et n'impliquent pas les mêmes conséquences chez les parents ou dans les équipes de soins. Faut-il alors absolument poser un diagnostic à un si jeune âge ?

Quel est l'intérêt pour l'enfant ou la famille d'annoncer un tel diagnostic à un stade si précoce ?

Ne faut-il pas, comme certains pédopsychiatres l'ont dit dans le questionnaire, se contenter de parler de retrait relationnel tout en prenant en charge le bébé et sa famille (l'important étant surtout de prendre en charge les bébés présentant des troubles le plus précocement possible afin de prévenir l'installation d'un tableau chronique) ?

*Vu, le président du jury
Toulouse, le 22/08/2016.*

Professeur Jean-Philippe RAYNAUD

Vu permis d'imprimer
Le Doyen de la Faculté
De Médecine Rangueil

E. SERRANO

20.08.16


BIBLIOGRAPHIE

1. Golse B. Les dépressions du bébé. *Archives de pédiatrie*. 2001;8:459–461.
2. Golse B. Les dépressions chez le bébé: affect, état, structure ? *Revue française de psychosomatique*. 2001;(2):29–45.
3. Szwec G. La désorganisation de l'état dépressif chez le bébé, à l'origine de la dépression essentielle. *Revue française de psychosomatique*. 2001;(2):7–27.
4. Golse B. Le développement affectif et intellectuel de l'enfant : compléments sur l'émergence du langage. Elsevier Masson; 2011.
5. Cohen D, Marcelli D. *Enfance et psychopathologie*. 2011.
6. Lebovici S, others. *Psychopathologie du bébé*. Presses Universitaires de France-PUF; 1989.
7. Spitz RA. La perte de la mère par le nourrisson. *Enfance*. 1948;1(5):373–391.
8. Guedeney A. La dépression du nourrisson : nécessité d'une définition et d'une évaluation précises. *Journal de Pédiatrie et de Puériculture*. 1990;3(7):436–439.
9. Bénony C, Golse B, Pedinielli J-L, Pedinielli J-L. *Psychopathologie du bébé*. A. Colin; 2003.
10. Frankard A-C. Pathologie du lien et attachement: aux sources de l'étayage. *Dialogue*. 2007;(2):105–117.
11. Dayan J. La dépression du nourrisson Ses relations avec la carence affective et les troubles des interactions précoces. *Médecine thérapeutique / Pédiatrie*. 16 avr 2008;11(2):95–99.
12. Debray R. Bébé déprimé, bébé malade. *Revue française de psychosomatique*. 1 sept 2001;no 20(2):53–66.
13. Spitz RA, Cobliner WG, Flournoy L. *De la naissance à la parole : la première année de la vie*. Presses universitaires de France; 1968.
14. Baubet T, Serre G, Ferradji T, Moro MR. Dangers des séparations précoces pour les bébés : Emile Zola, un précurseur. *Archives de pédiatrie*. 2008;15(6):1120–1121.
15. Zola E. *Aux mères heureuses*. Le Figaro avril. 1891;

16. Winnicott DW, Kalmanovitch J, Sauguet H. De la pédiatrie à la psychanalyse. Vol. 1. Payot Paris; 1969.
17. Dayan J, Andro G, Dugnat M. Psychopathologie de la périnatalité. Paris, France: Masson; 1999. xxii+549.
18. Golse B. Bébés, enfants et adolescents dépressifs. Continuités et discontinuités. Psychologie clinique et projective. 1 mars 2008;n° 14(1):9-31.
19. Golse B. Retentissements psychologiques sur les enfants et les parents, des hospitalisations ou des séparations. Parents d'enfants hospitalisés : visiteurs ou partenaires. 2004;52.
20. Fenichel E, Emde RN, Egger H, Guedeney A, Wise BK, Wright HH. Présentation de la révision de la Classification Diagnostique 0-3 ans (DC: 0-3R). Devenir. 2005;17(4):347-360.
21. Three ZT. Diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood : Revised edition (DC: 0-3R). Zero To Three Press, Washington, DC. 2005;
22. Equivalence DC : 0-3R par rapport à ICD10. Devenir. 1 mars 2013;Numéro spécial(5):111-2.
23. Golse B, Durand B. Révision CFTMEA : Propositions pour le bébé (0 à 3 ans), axe I bébé (compléments de l'axe I général). Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique. mars 2002;160(3):220-3.
24. Guedeney N, Mintz A-S, Rabouam C, Le Nestour A, Guedeney A, Danon G, et al. À propos des systèmes de classification en psychiatrie du très jeune enfant : utilisation de la classification diagnostique Zero to three. La psychiatrie de l'enfant. 2002;45(2):483-531.
25. David M. Séparation précoce : traumatisme de la première enfance ? Dialogue. 2005;(2):97-105.
26. Cramer B. Dépression du bébé, dépression de l'adolescent : une vision longitudinale. Le Carnet PSY. 1 juin 2008;n° 128(6):40-4.
27. Guedeney A, Dumond C, Grasso F, Starakis N. Comportement de retrait relationnel du jeune enfant. Du concept à l'outil diagnostique. médecine/sciences. nov 2004;20(11):1046-9.
28. Braconnier A. Dépression du bébé, dépression de l'adolescent. Érès; 2010.
29. Mellier D, others. Vie émotionnelle et souffrance du bébé. Paris, Dunod. 2002;

30. Searles H, Bost B. Le contre-transfert. Gallimard; 1981.
31. Houzel D. L'observation du bébé en intervention précoce. *Contraste*. 2011;(1):237–253.
32. Bick E. Notes on infant observation in psycho-analytic training. *The International journal of psycho-analysis*. 1964;45:558–566.
33. Guedeney A. De la réaction précoce et durable de retrait à la dépression chez le jeune enfant. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*. 1999;47(172):63–71.
34. Bénony-Viodé C, Golse B, Georgieff N. *Psychopathologie du bébé*. Armand Colin; 2012.
35. Blond B. La douleur de l'enfant, quelles réponses ? *Soins Pédiatrie, puériculture*. 2002;(204):9–9.
36. Steinhauer P, Leitenberger M, Manglicas E, Pauker J, Smith R, Gonçalves L. *Guide d'évaluation de la compétence parentale*. Toronto: L'Institut pour la Prévention de l'enfance maltraitée. 1993;
37. Alvarez L, Golse B. *La psychiatrie du bébé*. Paris, France: Presses universitaires de France; 2008. 127 p.
38. Ainsworth MD. L'attachement mère-enfant. *Enfance*. 1983;36(172):7–18.
39. Main M. De l'attachement à la psychopathologie. *Enfance*. 1998;(3):13–27.
40. Solomon JE, George CE. *Attachment disorganization*. Guilford Press; 1999.
41. Van IJzendoorn MH, Bakermans-Kranenburg MJ. Attachment representations in mothers, fathers, adolescents, and clinical groups: a meta-analytic search for normative data. *Journal of consulting and clinical psychology*. 1996;64(1):8.
42. Guedeney N, Lamas C, Bekhechi V, Mintz AS, Guedeney A. Développement du processus d'attachement entre un bébé et sa mère. *Archives de pédiatrie*. 2008;15:S12–S19.
43. Delage M. Souffrance dans la séparation et théorie de l'attachement : compréhension individuelle et familiale. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. févr 2010;168(1):34–7.
44. Mikic N, Terradas MM. Mentalization and attachment representations : A theoretical contribution to the understanding of reactive attachment disorder. *Bulletin of the Menninger Clinic*. 2014;78(1):34.

45. St-Antoine M, Rainville S. Les troubles d'attachement en regard de certains profils cliniques et leur pronostic. *Prisme*, 44, 230. 2004;247.
46. Association AP, Association AP, others. Diagnostic and statistical manual-text revision (DSM-IV-TRim, 2000). American Psychiatric Association; 2000.
47. Richters MM, Volkmar FR. Reactive attachment disorder of infancy or early childhood. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 1994;33(3):328–332.
48. Von Klitzing K, Döhnert M, Kroll M, Grube M. Mental disorders in early childhood. *Deutsches Ärzteblatt International*. 2015;112(21-22):375.
49. Rousseau D, Duverger P. L'hospitalisme à domicile. *Enfances & Psy*. 1 août 2011;n° 50(1):127-37.
50. Field T, Healy BT, Goldstein S, Guthertz M. Behavior-state matching and synchrony in mother-infant interactions of nondepressed versus depressed dyads. *Developmental psychology*. 1990;26(1):7.
51. Diatkine R, Lebovici S, Soule M. Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Tome IV, Presses. 1995;
52. Raynor P, Rudolf MCJ. What do we know about children who fail to thrive ? *Child: care, health and development*. 1996;22(4):241–250.
53. Abela JR, Hankin BL. Handbook of depression in children and adolescents. Guilford Press; 2008.
54. Clerget S. Ne sois pas triste mon enfant: comprendre et soigner la dépression au cours des premières années de la vie. R. Laffont; 1999.
55. Mazet P, Feo A. Interactions précoces et recherche. *Pour la recherche*. 1996;9:2–6.
56. Alvarez L, Beauquier-Maccotta B, Golse B. Approche clinique du bébé en pédopsychiatrie. 2011;
57. Amar M, Garret-Gloanec N, Le Marchand-Cottenceau M. Réflexion autour du corps du bébé comme indicateur de souffrance psychique précoce. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*. 2009;57(6):542–547.
58. Stern D. Le monde interpersonnel du nourrisson. Paris: Puf. 1989;
59. Weinberg MK, Tronick EZ. Emotional characteristics of infants associated with maternal depression and anxiety. *Pediatrics*. 1998;102(Supplement E1):1298–1304.

60. Dollander M, De Tychev C. Fragilité psychologique de l'enfant en devenir et période prénatale. *L'Evolution psychiatrique*. 2002;67(2):290–311.
61. Cramer B. *Que deviendront nos bébés ?* Odile Jacob; 1999.
62. Leverrier M. Une dépression infantile précoce chez un petit garçon de 2 ans en réaction à la dépression maternelle. *Journal français de psychiatrie*. 2007;(3):33–36.
63. Sirol F. La haine de la femme enceinte pour son fœtus. *Devenir*. 1999;11(2):25–34.
64. Costa R, Figueiredo B. Infant's psychophysiological profile and temperament at 3 and 12 months. *Infant Behavior and Development*. 2011;34(2):270–279.
65. Guedeney A, Doleans MC, Huot-Marchand M. Le dépistage du retrait relationnel précoce en PMI. *Archives de pédiatrie*. 2003;10:s131–s133.
66. Picco M, Carel A. Evitement relationnel du nourrisson et dépistage précoce. *La psychiatrie de l'enfant*. 2002;45(1):171–205.
67. Guedeney A. *Petite enfance et psychopathologie*. Elsevier Masson; 2014.
68. Brazelton TB. Joint regulation of neonate-parent behavior. *Social interchange in infancy*. 1982;7–22.
69. Guedeney A. La position de retrait chez le bébé ou l'échec à maintenir le maintenant. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*. 2005;53(1):32–35.
70. Stern DN. *Mère-enfant: les premières relations*. Vol. 96. Editions Mardaga; 1997.
71. Engel GL, Reichsman F. Spontaneous and experimentally induced depressions in an infant with a gastric fistula : A contribution to the problem of depression. *Journal of the American Psychoanalytic Association*. 1956;4(3):423–452.
72. Fraiberg S. Pathological defenses in infancy. *Psychoanalytic Quarterly*. 1982;51(4):612–635.
73. Tronick EZ, Gianino AF. The transmission of maternal disturbance to the infant. *New directions for child and adolescent development*. 1986;1986(34):5–11.
74. Guedeney A, Mintz AS, Dugravier R. Risques développementaux chez le nourrisson de la naissance à 18 mois. *Journal de pédiatrie et de puériculture*. 2007;20(3–4):146–151.
75. Carel A. Les signes précoces de l'autisme et de l'évitement relationnel du nourrisson. In: *Les bébés à risque autistique*. ERES; 2008. p. 45–64.

76. Renaud V, Mazet P. Réflexions sur la notion de dépression chez le bébé avant six mois, à propos de cas cliniques. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*. 2008;56(1):2–8.
77. Konicheckis A. Troubles psychiques liés aux interactions précoces. *Spirale*. 2003;(1):149–160.
78. Crespin-Cabassu G. État dépressif ou état préautistique ? *Journal français de psychiatrie*. 2006;(3):9–11.
79. Houzel D. Les signes précoces de l'autisme et leur signification psychopathologique. *Le Carnet PSY*. 2002;(8):23–26.
80. Wendland J, Gautier A-C, Wolff M, Brisson J, Adrien J-L. Retrait relationnel et signes précoces d'autisme : étude préliminaire à partir de films familiaux. *Devenir*. 2010;22(1):51–72.
81. Young RL, Brewer N, Pattison C. Parental identification of early behavioural abnormalities in children with autistic disorder. *Autism*. 2003;7(2):125–143.
82. Golse B. Autisme infantile: dépistage et prévention. *La psychiatrie de l'enfant*. 2003;46(2):381–393.
83. Baron-Cohen S, Cox A, Baird G, Swettenham J, Nightingale N, Morgan K, et al. Psychological markers in the detection of autism in infancy in a large population. *The British Journal of Psychiatry*. 1996;168(2):158–163.
84. Crespin GC, Sarradet J-L. Évaluation d'un ensemble cohérent d'outils de repérage des troubles précoces de la communication pouvant présager un trouble grave du développement de type autistique. *La recherche Préaut. Journal français de psychiatrie*. 2006;(2):46–48.
85. Delion P. Le bébé à risque autistique. *Devenir*. 2001;13(1):87–104.
86. Bonneville E. Effets des traumatismes relationnels précoces chez l'enfant. *La psychiatrie de l'enfant*. 2010;53(1):31–70.
87. Cohen D. Traumatismes et traces : données expérimentales. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*. 2012;60(5):315–323.
88. Ansermet F. Dépression ou détresse du nourrisson ? *Le Carnet Psy*. 2008;(7):31–34.
89. Zhang J, Qin L, Zhao H. Early repeated maternal separation induces alterations of hippocampus reelin expression in rats. *Journal of biosciences*. 2013;38(1):27–33.
90. Fitzgerald M, Anand KJS. Developmental neuroanatomy and neurophysiology of pain. *Pain in Infants, Children and Adolescents* Baltimore, MD: Williams & Wilkins. 1993;10–31.

91. Anand KJ, Coskun V, Thirivikraman KV, Nemeroff CB, Plotsky PM. Long-term behavioral effects of repetitive pain in neonatal rat pups. *Physiol Behav.* juin 1999;66(4):627-37.
92. Huot RL, Plotsky PM, Lenox RH, McNamara RK. Neonatal maternal separation reduces hippocampal mossy fiber density in adult Long Evans rats. *Brain research.* 2002;950(1):52-63.
93. Austin M-P, Leader LR, Reilly N. Prenatal stress, the hypothalamic-pituitary-adrenal axis, and fetal and infant neurobehaviour. *Early human development.* 2005;81(11):917-926.
94. Janov A. Empreinte : marqués pour la vie par les circonstances de la naissance. R. Laffont; 1983.
95. De Weerth C, Van Hees Y, Buitelaar JK. Prenatal maternal cortisol levels and infant behavior during the first 5 months. *Early human development.* 2003;74(2):139-151.
96. Austin M-P, Hadzi-Pavlovic D, Leader L, Saint K, Parker G. Maternal trait anxiety, depression and life event stress in pregnancy : relationships with infant temperament. *Early human development.* 2005;81(2):183-190.
97. Azar R, Paquette D, Zoccolillo M, Baltzer F, Tremblay RE. The Association of Major Depression, Conduct Disorder, and Maternal Overcontrol with a Failure to Show a Cortisol Buffered Response in 4-Month-Old Infants of Teenage Mothers. *Biological Psychiatry.* 15 sept 2007;62(6):573-9.
98. Berger M, Castellani C, Ninoreille K, Basset T, Frere-Meusnier D, Rigaud C. Stress dus aux traumatismes relationnels précoces: conséquences cérébrales de la perturbation de la sécrétion du cortisol sanguin chez les nourrissons. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence.* 2010;58(5):282-292.

ANNEXES

REPONSES AUX QUESTIONNAIRES

Tous les questionnaires ont été anonymisés.

1. Quel est votre domaine d'activité professionnel autour du bébé ?

Pédopsychiatre unité hospitalisation mère-bébé et consultation 0-3 ans en ambulatoire

2. Pour vous, qu'est-ce que la dépression du bébé ?

Repli, voir L'ADBB et la grille de Carel, signes que nous observons essentiellement dans le cadre de la négligence et parfois mais nettement moindre dans le cadre de dépression ou troubles maternels autres.

3. Que pensez-vous de ce concept actuellement ?

La dépression du bébé s'exprime d'abord par des signes de souffrance psychique. Pour en faire le diagnostic (avec diagnostics différentiels) il est nécessaire de connaître très bien les bébés dans leur développement et d'avoir une formation à l'observation du bébé pour lui-même et dans son environnement. Cela demande une clinique très fine.

4. Posez-vous ce diagnostic ?

Peu souvent, je parle plus de signes de souffrance et/ou de repli.

5. Si oui, dans quel contexte, sur quels critères et suivant quelles classifications ?

Les différentes grilles utilisées sont les grilles des unités mère-bébé pour objectiver les données de l'observation, puis nous arrivons à une orientation vers une notion de repli et dans ce cas nous utilisons l'ADBB puis la grille de Carel, nous pouvons aussi utiliser l'ECAN si nous nous interrogeons sur un retrait autistique. Enfin dans le cadre des négligences nous utilisons le guide de Steinhauer, c'est alors pour objectiver l'origine de la souffrance et déterminer les mesures à prendre.

6. Si non, pourquoi ? Quel diagnostic posez-vous alors ?

D'abord une définition symptomatologique (repli ou retrait), souffrance psychique, puis nous faisons le diagnostic de dépression du bébé (rarement) et nous posons les hypothèses de diagnostics différentiels autour du repli.

1. Quel est votre domaine d'activité professionnel autour du bébé ?

Pédopsychiatre

2. Pour vous, qu'est-ce que la dépression du bébé ?

Ce que je comprends de ce concept recouvre les situations où le bébé semble perdre son élan vital, son appétence relationnelle, n'investit plus la relation ou l'interrompt facilement sans la relancer. L'absence d'initiative motrice ou verbale aussi.

3. Que pensez-vous de ce concept actuellement ?

Je pense que ce terme paraît emprunté à la terminologie utilisée chez l'adulte et qu'il ne convient pas car il induit une mauvaise représentation des difficultés que traverse le bébé. Un jour, un pédiatre m'a demandé naïvement pourquoi on n'essayait pas les antidépresseurs avec les bébés dits déprimés.

4. Posez-vous ce diagnostic ?

Rarement.

5. Si oui, dans quel contexte, sur quels critères et suivant quelles classifications ?

Quand je vois un tableau qui l'évoque chez un bébé, c'est souvent dans des situations de rupture du lien avec une figure d'attachement en situation de placement de l'enfant en pouponnière. Les critères sont ceux que j'ai donnés à la question 3. J'apprécie la classification des "Zero to three" traduite dans la revue Devenir de 1998 qui est vraiment faite pour cet âge mais je ne m'en sers pas quotidiennement.

6. Si non, pourquoi ? Quel diagnostic posez-vous alors ?

Il peut m'arriver de parler de perturbation de l'attachement

1. Quel est votre domaine d'activité professionnel autour du bébé ?
Pédopsychiatre

2. Pour vous, qu'est-ce que la dépression du bébé ?
/

3. Que pensez-vous de ce concept actuellement ?
Concept flou et ambigu du fait de l'évolution des repères nosographiques.

4. Posez-vous ce diagnostic ?
Oui, rarement.

5. Si oui, dans quel contexte, sur quels critères et suivant quelles classifications ?
J'utilise la DC 0-3 R.

6. Si non, pourquoi ? Quel diagnostic posez-vous alors ?
Les autres troubles de l'affect, notamment situations de deuil.

1. Quel est votre domaine d'activité professionnel autour du bébé ?
Pédopsychiatre

2. Pour vous, qu'est-ce que la dépression du bébé ?
Pas une, mais des dépressions. Très en lien avec le contexte interactif. Nécessité qu'un lien ait été établi puis qu'il se soit secondairement rompu pour parler de dépression.

3. Que pensez-vous de ce concept actuellement ?
Garde sa pertinence si on l'évoque en fonction de la relation d'objet, établie ou non. Pas toujours facile de le distinguer du retrait relationnel, mais dont l'étiopathogénie est plus large. Contexte de carence quantitatif et qualitatif.

4. Posez-vous ce diagnostic ?
Oui

5. Si oui, dans quel contexte, sur quels critères et suivant quelles classifications ?
Dans un contexte de rupture après une relation de qualité

6. Si non, pourquoi ? Quel diagnostic posez-vous alors ?
/

1. Quel est votre domaine d'activité professionnel autour du bébé ?

Psychiatre

2. Pour vous, qu'est-ce que la dépression du bébé ?

Retrait et désinvestissement relationnel, atonie et désinvestissement des acquisitions, en lien avec un trouble grave de l'attachement le plus souvent, mais historiquement aussi pathologie organique et douleur. Référence à la dépression anaclitique.

3. Que pensez-vous de ce concept actuellement ?

Qu'il reste une réalité clinique et utile dans la pratique. Plus dans le champ des troubles graves de l'attachement et de celui de la psychopathologie périnatale.

4. Posez-vous ce diagnostic ?

Oui mais peu fréquemment.

5. Si oui, dans quel contexte, sur quels critères et suivant quelles classifications ?

Psychopathologie parentale et carences affective, dans la clinique mais souvent à postériori et l'anamnèse. Désinvestissement, retrait, régression, et cortège de signes en lien avec un attachement insécuré. Pour la classification, c'est une bonne question...

6. Si non, pourquoi ? Quel diagnostic posez-vous alors ?

/

1. Quel est votre domaine d'activité professionnel autour du bébé ?
Pédopsychiatre responsable de l'UMB Serge Lebovici à Lyon

2. Pour vous, qu'est-ce que la dépression du bébé ?
Un bébé triste, en retrait, avec parfois des manifestations somatique eczéma par ex, qui peut se réfugier dans le sommeil ou qui est hyperexcitable, parfois inconsolable, peu d'exploration motrice ou un mauvais contrôle moteur suivant l'âge et parfois un attachement insécure.

3. Que pensez-vous de ce concept actuellement ?
La dépression du bébé n'existe jamais seule, elle est en lien avec des difficultés d'interaction souvent maternelle. Soit elle entraîne une dépression maternelle (étude anglosaxone) ; soit elle est entraînée par une dépression maternelle.

4. Posez-vous ce diagnostic ?
Oui parfois.

5. Si oui, dans quel contexte, sur quels critères et suivant quelles classifications ?
Cela dépend de l'âge et c'est surtout par la clinique. Une dépression à 3 mois n'est pas identique à celle d'un enfant de deux ans.

6. Si non, pourquoi ? Quel diagnostic posez-vous alors ?
/

1. Quel est votre domaine d'activité professionnel autour du bébé ?
Psychiatrie périnatale

2. Pour vous, qu'est-ce que la dépression du bébé ?
Un phénomène de retrait de l'interaction

3. Que pensez-vous de ce concept actuellement ?
Bof

4. Posez-vous ce diagnostic ?
Jamais car le concept de dépression fait appel à la notion de cognition dépressive, ce qui est non évaluable chez les bébés.

5. Si oui, dans quel contexte, sur quels critères et suivant quelles classifications ?
/

6. Si non, pourquoi ? Quel diagnostic posez-vous alors ?
Cf supra

1. Quel est votre domaine d'activité professionnel autour du bébé ?
CMP 0-4 ans

2. Pour vous, qu'est-ce que la dépression du bébé ?
Je l'envisage plutôt comme une symptomatologie réactionnelle à son environnement : mère déprimée, environnement peu stimulant ou désordonné ...

3. Que pensez-vous de ce concept actuellement ?
À approfondir et à diffuser.

4. Posez-vous ce diagnostic ?
En hypothèse, mais peu de bébés rencontrés en pratique, c'est plus l'évolution qui m'aidera.

5. Si oui, dans quel contexte, sur quels critères et suivant quelles classifications ?
DC 0-3

6. Si non, pourquoi ? Quel diagnostic posez-vous alors ?
/

1. Quel est votre domaine d'activité professionnel autour du bébé ?
Médecin psychiatre intervenant dans une unité de périnatalité

2. Pour vous, qu'est-ce que la dépression du bébé ?
Réponse émotionnelle suite à des expériences de manque ou de carence affective (qui peuvent être réelles mais aussi fantasmatisques).

3. Que pensez-vous de ce concept actuellement ?
/

4. Posez-vous ce diagnostic ?
Oui mais rarement.

5. Si oui, dans quel contexte, sur quels critères et suivant quelles classifications ?
DC 0-3

6. Si non, pourquoi ? Quel diagnostic posez-vous alors ?
Situations de séparation mère-enfant (par exemple en néonatalogie), situations de carences affectives (dépression du post-partum, désorganisation de la cellule familiale). Triade du syndrome dépressif de Kreisler : atonie thymique, inertie motrice, pauvreté des interactions et repli.

1. Quel est votre domaine d'activité professionnel autour du bébé ?

Je suis pédopsychiatre/psychiatre, médecin responsable d'une Unité mères bébés : hospitalisation, consultations + groupes thérapeutiques mères enfants et j'assure un travail de liaison dans 2 maternités

2. Pour vous, qu'est-ce que la dépression du bébé ?

Etat marqué par une dégradation de l'état soit somatique et/ou psychomoteur du bébé avec manifestations : par des troubles fonctionnels : troubles alimentaires, perte de l'appétit, troubles du sommeil (réveils nocturnes fréquents, ou hypersomnie), régurgitations ; par une régression du développement ; par des manifestations de repli ; ceci dans un contexte de séparation et/ou de possibles troubles de la relation mère/enfant.

3. Que pensez-vous de ce concept actuellement ?

Je pense qu'il est toujours d'actualité mais il est rarement rencontré dans une clinique tellement marquée. Nous relevons plutôt des troubles du développement et/ou du comportement dans un contexte de troubles relationnels mère-enfant ou de troubles de l'attachement.

4. Posez-vous ce diagnostic ?

Plutôt rarement

5. Si oui, dans quel contexte, sur quels critères et suivant quelles classifications ?

Dans un contexte d'enfant hospitalisé en pédiatrie, donc de séparation mère-enfant avec en plus des troubles relationnels et/ou un contexte de dépression maternelle grave.

6. Si non, pourquoi ? Quel diagnostic posez-vous alors ?

Les classifications existantes et encore « d'actualité » ne sont pas explicites concernant la petite enfance. On pourrait alors mettre « troubles réactionnel de l'attachement » dans le cadre du DSM-IV.

1. Quel est votre domaine d'activité professionnel autour du bébé ?
Psychiatrie périnatale en maternité

2. Pour vous, qu'est-ce que la dépression du bébé ?
Classiquement : dépression anaclitique, repli massif après une séparation d'avec la mère. Mais j'avoue que c'est un concept qui est actuellement un peu flou pour moi, qui se confond avec l'approche de la théorie de l'attachement, la zero to three va parler davantage de troubles dans un contexte traumatique dans ces cas-là de séparation brutale par exemple.

3. Que pensez-vous de ce concept actuellement ?
Je ne vois pas ce tableau classique en pratique clinique, mais peut-être des formes différentes "de dépression du bébé" : retrait relationnel dans des cas de distorsions des interactions. Peut-être peut-on encore observer cette entité clinique dans les pouponnières du foyer de l'enfance ? J'en doute un peu, il est quand même maintenant habituel de faire attention au vécu des bébés et aux substituts parentaux dans les cas de séparations ou de carences, ce qui modifie (et heureusement) les tableaux cliniques.

4. Posez-vous ce diagnostic ?
Non

5. Si oui, dans quel contexte, sur quels critères et suivant quelles classifications ?
/

6. Si non, pourquoi ? Quel diagnostic posez-vous alors ?
C'est un diagnostic que je n'ai jamais été amenée à observer ou à poser en 10 ans à la maternité... Je ne saurais expliquer exactement pourquoi... N'en voit-on vraiment pas ? Passe-t-on parfois "à côté" du diagnostic ? En périnatalité cependant, on se situe le plus souvent en amont de l'apparition de troubles chez les bébés, dans des situations à risque du fait de troubles psychiques parentaux. Quand il existe une famille à problèmes multiples par exemple, et que des troubles commencent à apparaître chez l'enfant, il n'est pas rare que nous fassions un signalement, ce qui a pour effet une séparation avec le milieu pathogène mais aussi souvent un arrêt du suivi du bébé pour nous... On rencontre cependant dans notre équipe : - Troubles des interactions parents bébé avec réactions chez les bébés (évitement du regard par exemple, ou hypervigilance, hyper adaptation)) - Troubles somatoformes chez les bébés (RGO, troubles du sommeil, pleurs...) - Retrait relationnel au sens de l'ADBB - Angoisses de séparation ou troubles de l'attachement chez les enfants un peu plus grands - Bébé à risque autistique (mais là en général aucune pathologie parentale ou des interactions) Ces diagnostics restent plutôt rares dans notre quotidien pour les raisons évoquées plus haut.

1. Quel est votre domaine d'activité professionnel autour du bébé ?
Pédopsychiatre, unité de psychologie périnatale

2. Pour vous, qu'est-ce que la dépression du bébé ?
Un émoussement important de l'élan vital avec retentissement sur le développement, et sur l'investissement relationnel et affectif du nourrisson.

3. Que pensez-vous de ce concept actuellement ?
Dans le cadre d'un maillage périnatal efficace, il me semble finalement peu rencontrer ce type de pathologie, en tout cas dans une forme franche et avérée. Je suis plutôt confrontée à des formes débutantes ou larvées dont le pronostic dans les suites d'une prise en charge sur l'unité est assez bon. De ce fait, ce concept me paraîtrait peut-être à remanier afin d'en dégager différentes formes cliniques suivant leur expression symptomatique et leur intensité.

4. Posez-vous ce diagnostic ?
Non

5. Si oui, dans quel contexte, sur quels critères et suivant quelles classifications ?
/

6. Si non, pourquoi ? Quel diagnostic posez-vous alors ?
J'évoque plutôt le terme « dépressivité » dans le sens de ressources encore mobilisables chez le nourrisson.

1. Quel est votre domaine d'activité professionnel autour du bébé ?

Psychiatre pour enfants au « fil »

2. Pour vous, qu'est-ce que la dépression du bébé ?

Ce concept est peu évident pour moi car sur le fil, dispositif pour les 0-3 ans je n'ai jamais eu depuis 2 ans à évoquer ou poser ce diagnostic. Les enfants que nous recevons nous sont pour la plupart adressés après l'âge de 2 ans et présentent d'autres types de problématique. Souvent nous sommes dans une problématique de la relation parents / enfants ou Parent /parent bien souvent...

3. Que pensez-vous de ce concept actuellement ?

Je pense que ce concept est néanmoins tout à fait actuel et qu'il faut l'évoquer devant certains signes cliniques spécifiques et devant des problèmes familiaux avec impact potentiels (accident, deuils , divorces ...) ou de l'enfant (maladie, hospitalisation , mode de garde ..).

4. Posez-vous ce diagnostic ?

Comme dit précédemment moi même non actuellement

5. Si oui, dans quel contexte, sur quels critères et suivant quelles classifications ?

Je pense que tout troubles du sommeil, de l'alimentation, toute excitation manifeste ou repli, tout inconfort du bébé doit poser question et peut faire évoquer ce diagnostic.

6. Si non, pourquoi ? Quel diagnostic posez-vous alors ?

Pour moi la dépression du bébé à tout à fait sa place dans la clinique de l'enfant.

1. Quel est votre domaine d'activité professionnel autour du bébé ?

Psychiatrie périnatale et maternologie

2. Pour vous, qu'est-ce que la dépression du bébé ?

Réaction émotionnelle, affective et comportementale à une situation de perte réelle ou ressentie d'un lien affectif. Se manifeste par un retrait relationnel avec une pauvreté interactive (pauvreté des interactions, facies figé triste, regard profond, absence de sourire), une inertie motrice (motricité globale et mimique, diminution de l'exploration et du jeu), atonie thymique (sentiment d'indifférence / ce qui l'entoure)

3. Que pensez-vous de ce concept actuellement ?

Sur le plan théorique question de la perte de l'objet à un âge de développement où le bébé fonctionne avec des objets partiels. Cliniquement tableau se rencontre, proche de celui des carences où l'on n'a pas de notion de rupture / état antérieur.

4. Posez-vous ce diagnostic ?

Non, pas de manière formelle, en périnatalité les diagnostics concernent surtout les parents et en particulier les mères. La classification CIM 10 ou même DC 0-3R n'est pas adaptée pour les enfants sans langage.

5. Si oui, dans quel contexte, sur quels critères et suivant quelles classifications ?

/

6. Si non, pourquoi ? Quel diagnostic posez-vous alors ?

On peut voir des tableaux avec les symptômes décrits à la question 2 en général réactionnels à des séparations ou perte ou dépression maternelle. Ils sont souvent rapidement résolutifs lorsqu'on repère les circonstances et que l'on aménage les choses pour que le bébé ait un environnement relationnel de nouveau bienveillant et stimulant.

1. Quel est votre domaine d'activité professionnel autour du bébé ?
Pédopsychiatre CMP petite enfance CGI

2. Pour vous, qu'est-ce que la dépression du bébé ?
Bébé soutenant peu l'interaction qui se désintéresse. Manifestations somatiques, troubles du sommeil (hypersomnie) ou de l'alimentation. Tableau clinique pouvant se rapprocher de défenses autistiques.

3. Que pensez-vous de ce concept actuellement ?
Diagnostic très peu posé à l'heure actuelle. Question du diagnostic différentiel avec les troubles du spectre autistique.

4. Posez-vous ce diagnostic ?
Non

5. Si oui, dans quel contexte, sur quels critères et suivant quelles classifications ?
/

6. Si non, pourquoi ? Quel diagnostic posez-vous alors ?
Je n'ai pas rencontré de tableau clinique évoquant ce diagnostic.

1. Quel est votre domaine d'activité professionnel autour du bébé ?
Psychiatre d'enfants

2. Pour vous, qu'est-ce que la dépression du bébé ?
Une fiction : pas de dépression au sens propre avant deux ans et demi.

3. Que pensez-vous de ce concept actuellement ?
Cf plus haut : manque de définition claire et de critères.

4. Posez-vous ce diagnostic ?
Non, j'utilise le concept de retrait relationnel.

5. Si oui, dans quel contexte, sur quels critères et suivant quelles classifications ?
Cf plus haut

6. Si non, pourquoi ? Quel diagnostic posez-vous alors ?
Cf plus haut : retrait relationnel ; dépression après 2,5 ans.

1. Quel est votre domaine d'activité professionnel autour du bébé ?

Pédopsychiatrie

2. Pour vous, qu'est-ce que la dépression du bébé ?

Une manière de mettre en évidence une détresse intérieure qui a comme conséquence une perte d'intérêt pour le monde extérieur avec une diminution des capacités de jeu et de plaisir dans la communication sociale et les relations interpersonnelles. Du fait du développement très rapide avant deux ans, il est difficile de parler de dépression de la même manière que pour l'adulte. La question de la qualité de l'environnement et des demandes d'adaptation inadéquates quelle qu'en soit les raisons se pose.

3. Que pensez-vous de ce concept actuellement ?

Qu'il est imparfait mais utile à conserver dans un chapeau incluant les carences, les négligences et les troubles de l'attachement.

4. Posez-vous ce diagnostic ?

La CIM 10 ne permet pas de poser ce diagnostic de manière adaptée avant trois ans, il est inclus dans les troubles émotionnels de l'enfance.

5. Si oui, dans quel contexte, sur quels critères et suivant quelles classifications ?

Si la situation remplit les critères de la DC 0 to 3 R, un code de remplacement est utilisée pour le RIMP. Par ailleurs l'évaluation des interactions et de leur psychopathologie ainsi que la question des troubles thymiques maternels associés ou non à des troubles de personnalité complètent l'évaluation.

6. Si non, pourquoi ? Quel diagnostic posez-vous alors ?

De fait, la catégorisation diagnostique est souvent peu appropriée dans les premiers mois de la vie. Il s'agit surtout d'être en mesure de repérer le plus précocement possible, des signes de vulnérabilités développementales, tant du bébé lui-même que des interactions afin de promouvoir un environnement le plus soutenant possible pour le tout-petit.

1. Quel est votre domaine d'activité professionnel autour du bébé ?
Pédopsychiatre en périnatalité et en libéral

2. Pour vous, qu'est-ce que la dépression du bébé ?
Moment de désaccordage de la relation précoce et faille dans la communication du bébé qui se replie sur lui même, ne pouvant s'appuyer sur l'entourage habituel.

3. Que pensez-vous de ce concept actuellement ?
En pleine évolution, incluant des signes cliniques nouveaux et affinant son approche.

4. Posez-vous ce diagnostic ?
Oui

5. Si oui, dans quel contexte, sur quels critères et suivant quelles classifications ?
Dans tous les cas de pathologie maternelle connue ou de décompensation en période puerpérale. Perturbations graves de l'entourage familial des parents. Prématurité avec ou non pathologie douloureuse du bébé. Une première approximation clinique puis échelle Edin puis observation des interactions précoces sur un temps plus long. Puis ultérieurement des tests de la dépression du nourrisson.

6. Si non, pourquoi ? Quel diagnostic posez-vous alors ?
Il peut m'arriver de parler de perturbation de l'attachement.

1. Quel est votre domaine d'activité professionnel autour du bébé ?
Hospitalisation psychiatrique mère bébé, consultations parents bébé

2. Pour vous, qu'est-ce que la dépression du bébé ?
Etat psychique de retrait lié à insuffisance de stimulation en particulier en situation de carence ou de dépression maternelle.

3. Que pensez-vous de ce concept actuellement ?
Le concept est toujours utile bien que le terme de "dépression" prête à équivoque.

4. Posez-vous ce diagnostic ?
Oui

5. Si oui, dans quel contexte, sur quels critères et suivant quelles classifications ?
Enfants en retrait relationnel qui restent mobilisables contrairement aux enfants TSA.

6. Si non, pourquoi ? Quel diagnostic posez-vous alors ?
/

1. Quel est votre domaine d'activité professionnel autour du bébé ?
Consultant (Unité de soins précoces)

2. Pour vous, qu'est-ce que la dépression du bébé ?
Un retrait relationnel en lien avec une problématique environnementale, défaut de soin ou soin inajusté dans un contexte de carence ou de dépression maternelle grave sans relais du quotidien (famille monoparentale, père absent etc...)

3. Que pensez-vous de ce concept actuellement ?
Concept valide mais à utiliser avec prudence. Les symptômes du bébé ne sont pas spécifiques et peuvent correspondre à de multiples entités nosographiques.

4. Posez-vous ce diagnostic ?
Oui mais jamais d'emblée et avec beaucoup de prudence en raison de sa valeur culpabilisante voire traumatique pour les familles.

5. Si oui, dans quel contexte, sur quels critères et suivant quelles classifications ?
Je me réfère à la classification 0-3 ans et je préfère dans un premier temps évoquer un retrait relationnel. Le bilan étiologique y compris contextuel permet parfois de porter ce diagnostic dans un second temps.

6. Si non, pourquoi ? Quel diagnostic posez-vous alors ?
/

1. Quel est votre domaine d'activité professionnel autour du bébé ?

Unité d'hospitalisation

2. Pour vous, qu'est-ce que la dépression du bébé ?

Un ralentissement global et psychomoteur du bébé dans les aspects relationnels, du développement et d'organisation des rythmes physiologiques. Epuisement bien souvent dans le cadre de troubles de l'ajustement parents/bébé

3. Que pensez-vous de ce concept actuellement ?

Utile en pratique clinique mais à articuler avec l'interaction parents-bébés bien souvent altérée pour une prise en charge plus globale.

4. Posez-vous ce diagnostic ?

Oui, mais pas de manière isolée.

5. Si oui, dans quel contexte, sur quels critères et suivant quelles classifications ?

Tableau alternant retrait relationnel avec inertie/passivité locomotrice et irritabilité/insatisfaction, même du côté des besoins fondamentaux. Altération du développement locomoteur avec dystonie.

Pas de recours aux classifications.

6. Si non, pourquoi ? Quel diagnostic posez-vous alors ?

/

1. Quel est votre domaine d'activité professionnel autour du bébé ?
Consultation CMPP

2. Pour vous, qu'est-ce que la dépression du bébé ?
Une entité clinique se caractérisant par un retrait relationnel, un retard de développement jusqu'à l'hospitalisme dans un contexte d'abandon physique ou psychique de la figure maternelle.

3. Que pensez-vous de ce concept actuellement ?
Toujours valide.

4. Posez-vous ce diagnostic ?
Oui, souvent à postériori chez un enfant plus grand.

5. Si oui, dans quel contexte, sur quels critères et suivant quelles classifications ?
CFTMEA

6. Si non, pourquoi ? Quel diagnostic posez-vous alors ?
/

1. Quel est votre domaine d'activité professionnel autour du bébé ?
Pédopsychiatre / Psychanalyste / Chef du service de Pédopsychiatrie de l'Hôpital Necker-Enfants malades / Président de l'Association Pikler Loczy-France

2. Pour vous, qu'est-ce que la dépression du bébé ?
Une chute des pulsions de vie (dé-pression) qui ne répond pas au schéma du deuil du sujet différencié mais qui répond à un schéma étiologique polyfactoriel au sein duquel les carences (quantitatives ou qualitatives) ont un rôle très fréquent.

3. Que pensez-vous de ce concept actuellement ?
Pas suffisamment connu des professionnels et mal accepté par les parents qui se sentent incriminés (ce qui ne devrait pas être dans le cadre d'un modèle polyfactoriel).

4. Posez-vous ce diagnostic ?
Assez souvent, soit en temps direct, soit rétrospectivement devant des mécanismes pseudo-autistiques post-dépressifs au décours d'un épisode dépressif précoce.

5. Si oui, dans quel contexte, sur quels critères et suivant quelles classifications ?
Aucune classification n'est véritablement adaptée à cette question sauf peut-être la DC 0-3R et la version révisée 2000 de la CFTMEA.

6. Si non, pourquoi ? Quel diagnostic posez-vous alors ?
/

1. Quel est votre domaine d'activité professionnel autour du bébé ?
Pédopsychiatre en périnatalité

2. Pour vous, qu'est-ce que la dépression du bébé ?
Un tableau clinique ayant des critères cliniques précis, décrit chez l'enfant entre 0 et 2 ans.

3. Que pensez-vous de ce concept actuellement ?
Toujours d'actualité.

4. Posez-vous ce diagnostic ?
Oui

5. Si oui, dans quel contexte, sur quels critères et suivant quelles classifications ?
Contexte : enfant hospitalisé en unité mère-enfant en psychiatrie, enfant suivi en ambulatoire.
Critères : interrogatoire de l'entourage, clinique (critères de Kreisler), contre-transfert.

6. Si non, pourquoi ? Quel diagnostic posez-vous alors ?
/

1. Quel est votre domaine d'activité professionnel autour du bébé ?
Pédopsychiatre responsable d'une unité d'hospitalisation de jour parents-bébés

2. Pour vous, qu'est-ce que la dépression du bébé ?
Un état de souffrance psychique du bébé qui se trouve dans un silence relationnel.

3. Que pensez-vous de ce concept actuellement ?
Je pense qu'il est à développer.

4. Posez-vous ce diagnostic ?
Oui, j'y suis de plus en plus attentive.

5. Si oui, dans quel contexte, sur quels critères et suivant quelles classifications ?
Je le pose sur des critères cliniques principalement de repli, d'immobilité dans lequel le bébé se trouve, avec une difficulté de plus en plus grande à entrer en communication, et relation avec lui.

6. Si non, pourquoi ? Quel diagnostic posez-vous alors ?
/

1. Quel est votre domaine d'activité professionnel autour du bébé ?

Accueils en CMPP, de consultations ou de groupes parents-enfants, mère-enfant, de 0-6 ans.

2. Pour vous, qu'est-ce que la dépression du bébé ?

Un enfant dont le mode d'expression est sur le versant du repli avec un défaut d'ajustement tonico-émotionnel, affectif et verbal mère-enfant, à l'exclusion de tout autre trouble spécifique de la communication (troubles autistiques, troubles perceptifs..., qui n'excluent pas non plus la dépression associée).

3. Que pensez-vous de ce concept actuellement ?

Il est connu de longue date (concept freudien d'Hilflosigkeit, travaux de Spitz sur l'hospitalisme, apports de Winnicott sur la relation mère-enfant, les observations du bébé d'Esther Bick, conceptualisation psychiatrique de Bernard Golse, etc ...). Aujourd'hui fréquence accrue des tableaux psycho-pathologiques de détresse psychique dans les populations migrantes ou déracinées, carences de structuration symboliques des familles, défaillances du lien sociétal ... et leurs effets sur la structuration précoce de la personnalité de l'enfant.

4. Posez-vous ce diagnostic ?

Régulièrement, mais ce n'est pas non plus la problématique univoque de la toute petite enfance.

5. Si oui, dans quel contexte, sur quels critères et suivant quelles classifications ?

A multiples entrées.

6. Si non, pourquoi ? Quel diagnostic posez-vous alors ?

/

1. Quel est votre domaine d'activité professionnel autour du bébé ?

Consultations ambulatoires à la demande des parents ou des pédiatres.

2. Pour vous, qu'est-ce que la dépression du bébé ?

La dépression du bébé est constitué de signes physiques : hypo-réactivité, faciès peu expressif, absence de vocalisations, absence de signes d'adresse à l'autre, difficultés à se "blottir", peu de mouvements moteurs spontanés, regard qui ne suit pas les mouvements de l'autre, tendance à baver de façon importante auxquels peuvent s'ajouter des signes psychosomatiques, anorexie, vomissements, régurgitations ou mérycisme, retard psychomoteur en particulier de la préhension ou de la locomotion. Aucun de ces signes n'est pathognomonique de dépression car beaucoup peuvent entrer dans des tableaux cliniques différents, c'est le contexte, la réaction du bébé à des tentatives de soin, ainsi que la recherche d'éléments organiques et biographiques qui orienteront le diagnostic.

3. Que pensez-vous de ce concept actuellement ?

Il me semble s'agir d'un concept fourre-tout dont l'objectivité est difficile à préciser. Ce diagnostic doit obligatoirement s'accompagner d'une enquête à la recherche des antécédents dans tous les domaines (biologique, somatique, interactif, sociaux) et d'une prise en charge à visée diagnostique (cet enfant décourage-t-il l'investissement des soignants ?). On ne peut en aucun cas parler de dépression du bébé pour expliquer un retard de développement sans avoir des éléments diagnostics de certitude (rupture du lien d'attachement- cassure de l'évolution-absence de réaction à l'introduction d'un thérapeute formé et motivé -....). C'est un concept à risque par rapport aux troubles du spectre autistique atypiques qui peuvent prendre cette apparence, à risque aussi par rapport à des bébés négligés voire maltraités, ou même à des pathologies organiques mal connues. De plus sur un plan théorique et psychopathologique, la dépression suppose que la relation objectale soit constituée sauf dans l'anaclitisme qui est une extension analogique. Ou pour le dire autrement il vaudrait mieux parler de la rupture du lien d'attachement sécure que de la dépression, ce qui suppose d'avoir connu un attachement sécure (donc ne convient pas dans les cas de carences importantes).

4. Posez-vous ce diagnostic ?

Très peu (avant la retraite).

5. Si oui, dans quel contexte, sur quels critères et suivant quelles classifications ?

Quand je suspectais une dépression ce qui était très rare l'ADBB était une bonne aide. Ainsi que la CFTMEA pour les un peu plus grands.

6. Si non, pourquoi ? Quel diagnostic posez-vous alors ?

Plutôt les diagnostic évoqués plus haut : selon la CIM 10 : TSA, retard de développement F80-89, retard psychomoteur, trouble des conduites et troubles émotionnels F92 ou trouble émotionnel apparaissant spécifiquement dans l'enfance F93 ou F94 ou trouble de l'adaptation F43,2.

ILLUSTRATIONS CLINIQUES

OBSERVATION CLINIQUE 1

Dans le cadre de mon stage en service de PMI, j'ai pu rencontrer les équipes de la pouponnière du CDEF qui m'ont rapporté une observation clinique d'un enfant accueilli.

Marc est né pendant l'été 2014. Il est le cinquième enfant d'une fratrie de six. Ses quatre aînés (8 ans, 7 ans, 5 ans et 4 ans) sont placés en famille d'accueil. Son petit frère âgé d'un an maintenant a été placé dès la sortie de la néonatalogie dans une famille d'accueil suite à une Ordonnance de Placement en Urgence.

La grossesse de Marc n'a pas été suivie sur le plan somatique. Il n'y aurait pas eu de consommation d'alcool ou de tabac.

Marc a passé ses premiers mois de vie seul avec ses parents (les autres enfants étant déjà en accueil). Une mesure d'Action Educative en Milieu Ouvert a été demandée par le Juge des Enfants. Celle-ci n'a jamais pu s'exercer du fait d'un déménagement et du refus parental à laisser entrer les travailleurs sociaux au domicile familial. Dans ce contexte, une mesure de placement judiciaire est ordonnée. Marc est remis aux services sociaux sans « doudou ». Ses parents n'ont donné aucune information sur son rythme de vie.

Sur le plan familial, nous ne possédons que peu d'éléments. Son père serait connu par la gendarmerie pour des faits de violence. Sa mère présenterait un déficit cognitif. De grandes difficultés éducatives sur les rythmes de base (toilette, alimentation) ont été repérées par les travailleurs sociaux, ainsi qu'une pauvreté des échanges avec leurs enfants (verbaux ou non verbaux) et une « grande rigidité ».

Les enfants ont subis des carences sévères. Ils ne sortaient pas de la maison. Il n'y avait aucune stimulation parentale.

Sur le plan de la fratrie, l'aîné de 8 ans est suivi en CMP pour un retard massif de langage. Il est scolarisé en CLISS. Il présente un trouble majeur du développement avec probablement l'intrication de troubles de l'attachement, de carences éducatives graves et d'une part génétique.

Son frère de 7 ans est également suivi en CMP dans un contexte de retard global de développement. Il est scolarisé en grande-section avec AVS.

Son frère de 4 ans est placé suite à une Ordonnance de Placement Provisoire à la sortie de la maternité depuis le mois de janvier 2012. Nous notons dans ses antécédents, une prématurité avec anoxie néonatale et séquelles neurologiques sévères, une microcéphalie, un retard de l'éveil et des interactions et des troubles majeurs de la déglutition avec troubles de l'alimentation.

Sa sœur présente un retard des acquisitions psychomotrices (motricité globale et fine) et un retard global pour lesquels se pose la question d'une origine neurologique ou génétique.

Marc arrive en décembre 2015 à la pouponnière du CDEF. Il est âgé de 16 mois. Il pèse alors 12 kg pour 83 cm ce qui correspond à une bonne croissance staturo-pondérale. Il se présente dans un état de sidération psychique, tête baissée, hypotonique. Il présente une grande inertie, parfois une sorte d'apathie. Il regarde en périphérie (du coin de l'œil), à l'écart, en position d'attente. Il alterne pleurs et geignement dès que l'adulte disparaît de son champ de vision. Marc a besoin d'une attention constante de l'adulte pour se rassurer.

Les premières semaines à la pouponnière ont été difficiles. L'état de Marc était préoccupant.

En effet, au niveau de l'alimentation, Marc ne mangeait pas seul. Il restait passif devant son assiette, ne semblant pas savoir se servir de la cuillère, en attendant que l'adulte lui donne à manger. Il présentait des troubles du comportement alimentaire avec anorexie.

Il présentait des troubles du sommeil à type d'insomnie d'endormissement. Il refusait de dormir seul dans son lit.

Marc était très souvent malade (fragilité bronchique). Les parents n'ont transmis aucune information sur les antécédents somatiques personnels de Marc, ni son carnet de santé. La prise en charge vaccinale n'a donc pas pu être poursuivie.

Sur le plan du développement psychomoteur, Marc avait acquis la marche mais était très inactif et passif sur le plan moteur dans le service. Il lui arrivait de rester debout ou de s'allonger par terre pendant de longs moments, en position d'attente. Il attendait que l'adulte initie les mouvements (pour monter les marches, s'installer sur une chaise ou sur un vélo, ...). Il se montrait hypotonique les premiers jours, pouvant se laisser aller sur la chaise ou dans les bras lors des moments de portage, sans aucune manifestation quand il glissait ou se cognait la tête. Marc présentait aussi un retard de langage.

Sur le plan du quotidien, Marc se montrait également très passif lors des soins, n'aidait pas l'adulte lors de l'habillage ou le déshabillage. Il lui arrivait de rester dans des positions inconfortables sans manifester de gêne ou une douleur quelconque. Le moment du bain était un moment angoissant pour Marc qui semblait avoir peur de l'eau.

Au niveau des jeux et activités, Marc ne jouait pas, n'utilisait pas les jouets, n'initiait pas d'activités. Ses capacités d'imitation étaient absentes. L'encastrement n'était pas acquis.

Au niveau des interactions, Marc passait beaucoup de temps à pleurer et avait besoin de la présence de l'adulte pour se rassurer (même s'il était difficilement consolable). Il était en dehors du groupe, seul, proche d'un comportement de retrait. Il n'y avait que très peu d'interactions avec ses pairs. La relation avec ses pairs était difficile : Marc subissait leur présence et leurs jeux, pouvant se laisser « malmener » par les autres enfants de la pouponnière sans réaction. Son regard était peu soutenu. Son faciès était triste, même s'il pouvait y avoir parfois un sourire qui semblait cependant le plus souvent figé et immotivé. Il ne présentait pas de mimique de joie ou de plaisir. Lors des sorties à l'extérieur, Marc était anxieux, limitant son exploration. L'attachement semblait perturbé car Marc pouvait aller spontanément vers des inconnus sans aucune appréhension.

Devant ces difficultés repérées, l'équipe pluridisciplinaire propose de diversifier les prises en charge individuelles adaptées à sa problématique avec :

- sur le plan thérapeutique, des séances de psychomotricité et de musicothérapie
- sur le plan éducatif, des temps de sortie à l'extérieur du groupe avec son auxiliaire référent et un travail individuel autour de médiations corporelles avec une éducatrice (massages et bains) dans un processus de stimulation sensorielle et cognitive
- des repas individuels thérapeutiques en présence de deux adultes (homme et femme) afin de « tiercéiser » la relation affective, de travailler sur l'individuation et de lui faire faire des expériences auprès de figures d'attachement stables
- des temps de sortie collective dans une ferme thérapeutique une à deux fois par mois

Les objectifs de cette prise en charge sont de :

- répondre de façon adaptée à une demande ou une émergence de désir
- rendre possible l'installation d'un lien d'attachement sécurisé
- permettre des expériences de vie sur des temps privilégiés pour susciter l'intérêt de s'attacher à l'autre
- stimuler Marc afin de développer son potentiel

En l'espace de quelques mois, la mise en confiance sur l'unité va permettre qu'il accepte peu à peu la relation et qu'il aille vers les autres. Les progrès sont palpables. Au niveau de l'alimentation, Marc mange seul des repas avec morceaux (à la main ou avec la cuillère). Il a encore besoin de l'aide ou du regard de l'adulte pour lui donner de l'assurance. Il peut encore lui arriver parfois de refuser de manger seul.

Marc ne présente plus de troubles du sommeil.

Sur le plan moteur, Marc est de plus en plus actif. Il n'a plus peur de prendre des initiatives voire de se mettre en danger parfois. Il prend du plaisir à explorer son environnement et semble épanouir sur le plan moteur.

Au niveau du langage, le retard persiste même si quelques émergences ont été repérées (sons ou cris différenciés pour exprimer ses sentiments).

Au niveau des interactions, Marc a une vraie relation avec les adultes qui s'occupent de lui au quotidien. Son regard est plus soutenu. Il est maintenant capable de jouer à côté ou avec ses pairs. Cependant, il peut se montrer encore très passif face aux comportements parfois « violents » des autres enfants.

Sur le plan familial, Marc n'a jamais eu la visite de ses parents. Ils n'ont jamais appelé le service pour avoir des nouvelles de leur fils. De son côté, Marc ne les réclame pas.

Ses pleurs ont diminué.

Sur le plan de la vie quotidienne, Marc semble de plus en plus à l'aise dans une relation privilégiée. Il interagit aussi de façon plus positive avec sa nouvelle référente et son comportement se modifie en fonction du cadre proposé.

Sa peur de l'eau a disparu.

Les progrès de Marc sont palpables et peuvent permettre d'envisager un pronostic plutôt favorable pour son évolution. Mais l'absence totale d'information sur ses premiers mois de

vie ne permet pas de distinguer à ce jour ce qui revient du traumatisme de la séparation ou des carences antérieures.

OBSERVATION CLINIQUE 2

Dans le cadre de mon stage de pédopsychiatrie dans un hôpital de jour pour enfants, j'ai pu rencontrer Maxime âgé de 2 ans et 3 mois.

Maxime est pris en charge depuis le mois de septembre 2015 dans un contexte de retrait relationnel majeur et de troubles de la communication, mais les inquiétudes du service étaient plus anciennes. En effet, l'équipe connaît Maxime depuis plus longtemps car son frère aîné est suivi dans la même structure pour un trouble envahissant du développement TED (au vu de l'évolution, le diagnostic initial de trouble du spectre autistique n'est plus envisagé). La première hypothèse retenue était donc celle d'un défaut d'ajustement maternel.

Pour les parents, les difficultés relationnelles, les crises importantes entraînant des mouvements d'auto-agressivité et d'hétéro-agressivité, la réponse inconstante à son prénom étaient banalisées et Maxime ne sera vu en consultation qu'en septembre 2015 malgré les inquiétudes et l'insistance de l'hôpital de jour.

Au niveau des antécédents personnels :

- la grossesse s'est déroulée sans particularité au niveau somatique. Cependant, l'annonce des troubles autistiques du frère aîné a eu lieu lorsque Madame était enceinte de 7 mois. Elle décrit alors une souffrance psychique importante jusqu'à la fin de la grossesse.
- Maxime a bénéficié d'un allaitement artificiel. La diversification alimentaire, vers l'âge de 5 mois, s'est déroulée difficilement avec la présence d'une grande sélectivité alimentaire.
- la marche a été acquise à 12 mois.
- les parents rapportent peu de babillage avant le langage.

Maxime est le deuxième et dernier enfant du couple parental (son frère est âgé de 6 ans). Il a également deux demi-frères : un du côté maternel âgé de 14 ans qui vit dans le nord de la France chez son père et un du côté paternel âgé de 13 ans qui vit chez sa mère. La maman de Maxime ne travaille pas. Son père est en contrat d'insertion.

Cette famille est isolée dans la région. La famille maternelle est éloignée géographiquement. Madame a un parcours de vie chaotique et n'a que très peu de liens avec sa famille. La famille paternelle est dans la région mais peu soutenante.

Maxime est gardé à la crèche à temps partiel.

Au niveau des antécédents familiaux :

- les parents présentent tous les deux des fragilités psychiques importantes
- son frère de 6 ans est suivi en hôpital de jour pour un trouble envahissant du développement depuis un an et demi. Actuellement, il ne présente plus de symptôme de la lignée autistique.
- son demi-frère de 14 ans aurait présenté un retard de langage et des troubles de l'attention. Le diagnostic reste incertain.

Maxime bénéficie donc depuis septembre 2015 d'un groupe relationnel de petits une fois par semaine (en parallèle sa mère est reçue en groupe de paroles). Il est également suivi par une orthophoniste en CMP une fois par semaine.

Jusqu'en janvier 2016, Maxime était sur une dynamique positive. En effet, de nombreux progrès étaient notés. Il était en grande évolution en termes d'appétence relationnelle, d'émergence du langage, de découverte du monde...

Sur le plan relationnel, au début, Maxime cherchait un adulte exclusif pour se "coller" ou était effondré par terre (ne pouvait pas se tenir debout). Dans un second temps, il a pu découvrir son environnement, se tenir debout, explorer en regardant l'adulte. Il acceptait de faire des choses dans une relation qui n'était plus exclusive (2 adultes). Il restait méfiant et prudent envers les autres enfants mais pouvait les regarder. Des amorces d'échanges avec les autres enfants étaient constatées, ainsi que des tentatives d'imitation.

Sur le plan du langage, quelques petits mots ou semblant de mots à bon escient étaient notés. Sa compréhension semblait satisfaisante. Au niveau du langage non verbal, ses mimiques restaient pauvres. Le pointage n'était pas acquis.

Maxime était plus dans une découverte du monde et pouvait prendre du plaisir dans les propositions mais un manque d'expérience était constaté.

En avril 2016, la maman rapporte des éléments très inquiétants de la lignée autistique chez Maxime après sa phase de progrès. Une régression est alors en cours (régression qui se poursuit actuellement) dans un contexte de fragilités environnementales (conflits parentaux, conflits avec l'ex-femme de Monsieur).

Depuis, sur le plan de la relation, ses capacités relationnelles sont labiles. Maxime a une accroche du regard mal établie. La réaction à son prénom est fluctuante. Maxime ignore ses pairs dans le groupe. Il est très auto-suffisant et ne recherche pas la relation. Les pointages et l'attention conjointe ne sont pas acquis. Les moments de transition sont très compliqués avec des angoisses de séparation majeures.

Sur le plan de la communication, une régression est là-aussi présente. Maxime ne dit presque plus de mots. La communication non verbale ne compense pas le retard de langage. Ses mimiques sont extrêmement pauvres. Il est plutôt figé, hypotonique. Son regard est le plus souvent triste et anxieux. Il peut exister quelques rares moments de plaisirs partagés. Les gestes conventionnels ne sont pas acquis.

Au niveau des jeux et des activités, l'exploration de l'environnement est pauvre. Maxime se présente le plus souvent en hypoactivité sur le groupe (s'assoit et attend dans le vide dès qu'il peut). Il ne s'intéresse qu'à très peu de jeux.

Au niveau de la sensorialité et des particularités, des accroches vestibulaires (tourne sur lui-même) et visuelles (alignement des voitures, regard en coin, suit les arêtes du sol) sont observées sur le groupe et à domicile. Maxime accepte le contact physique mais des angoisses corporelles massives nous ont été rapportées par la maman : ne supporte plus l'eau sur son visage, ne supporte plus qu'elle le coiffe ou lui coupe les ongles. Il présente une sélectivité alimentaire importante. Maxime présente également depuis quelques semaines des terreurs aux bruits (aspirateur) et en même temps des accroches sensorielles auditives (hurle, s'accroche à son bruit).

Au niveau de sa construction corporelle, Maxime n'a pas accès à la tridimensionnalité. Il a très souvent besoin d'être adossé, recherche le dur en s'allongeant au sol.

Les parents de Maxime sont très fragiles actuellement. La maman est dans une phase dépressive. Elle peut être diffluyente lors du groupe de paroles. Les conflits parentaux sont pregnants (risque de séparation). Ils n'ont pas de soutien familial ou amical et sont isolés géographiquement.

La famille est difficile à accompagner. Le père est très souvent absent aux rendez-vous. Des visites à domicile ont donc été envisagées. Elles se passent mieux et permettent de travailler avec les deux parents. Dans ces moments là, Monsieur peut dire qu'il est en difficulté pour partager des moments de plaisir ou de jeux avec ses fils.

L'équipe de la crèche confirme aussi de son côté l'importance des difficultés de Maxime et sa régression actuelle. Il est de nouveau isolé dans le groupe après une période de mieux. Il n'a pas d'appétence relationnelle. Les moments d'habillage et de déshabillage sont compliqués. Il s'allonge beaucoup au sol.

Dans ce contexte, un ADOS-Toddler a été réalisé en juin 2016 qui confirme les préoccupations. Selon cette évaluation, Maxime présente un risque modéré à sévère d'évolution vers un trouble du spectre autistique.

Cependant, la question du diagnostic pour cet enfant se pose. Son évolution très fluctuante avec une « symbiose » extrême à l'environnement et à l'état psychique de sa mère nous interroge. D'autant plus que Maxime, s'il est stimulé, peut être très vivant.

De plus, le fait que son frère aîné ait présenté un tableau similaire il a deux ans avec une régression quasi-complète des troubles grâce à une prise en charge intensive orienterait davantage vers des troubles en lien avec des carences environnementales.

Maxime présente-t-il une entrée fluctuante dans un trouble du spectre autistique ? ou une dépression du bébé dans un contexte de fragilités familiales avec des mécanismes pseudo-autistiques ?

ECHELLE DE DOULEUR ET D'INCONFORT DU NOUVEAU-NE (EDIN) élaborée et validée pour le nouveau-né à terme ou prématuré utilisable jusqu'à 6 à 9 mois

Pour mesurer un état douloureux prolongé (lié à une maladie ou à une intervention chirurgicale ou à la répétition fréquente de gestes invasifs) non adaptée à la mesure d'une douleur aiguë comme celle d'un soin isolé.

Score de 0 à 15, seuil de traitement 5

VISAGE :

- 0** Visage détendu
- 1** Grimaces passagères : froncement des sourcils / lèvres pincées / plissement du menton / tremblement du menton
- 2** Grimaces fréquentes, marquées ou prolongées
- 3** Crispation permanente **ou** visage prostré, figé **ou** visage violacé

CORPS :

- 0** Détendu
- 1** Agitation transitoire, assez souvent calme
- 2** Agitation fréquente mais retour au calme possible
- 3** Agitation permanente, crispation des extrémités, raideur des membres **ou** motricité très pauvre et limitée, avec corps figé

SOMMEIL :

- 0** S'endort facilement, sommeil prolongé, calme
- 1** S'endort difficilement
- 2** Se réveille spontanément en dehors des soins et fréquemment, sommeil agité
- 3** Pas de sommeil

RELATION :

- 0** Sourire aux anges, sourire-réponse, attentif à l'écoute
- 1** Appréhension passagère au moment du contact
- 2** Contact difficile, cri à la moindre stimulation
- 3** Refuse le contact, aucune relation possible. Hurlement ou gémissement sans la moindre stimulation

RÉCONFORT :

- 0** N'a pas besoin de réconfort
- 1** Se calme rapidement lors des caresses, au son de la voix ou à la succion
- 2** Se calme difficilement
- 3** Inconsolable. Succion désespérée

DEBILLON T, ZUPAN V, RAVAUULT N, MAGNY JF, DEHAN M. Development and initial validation of the EDIN scale, a new tool for assessing prolonged pain in preterm infants. *Arch Did Child Neonatal Ed* 2001 ; 85 : F36-F41.

ECHELLE ALARME DETRESSE BEBE (ADBB)

Chaque item est coté de 0 à 4 :

- 0 = Pas de comportement anormal de retrait
- 1 = Comportement discrètement anormal
- 2 = Comportement anormal
- 3 = Comportement nettement anormal
- 4 = Comportement massivement anormal

L'échelle est au mieux remplie par l'observateur lui-même, sur la base de ses propres observations, juste après la consultation. On évalue d'abord le comportement spontané, puis la réaction aux stimulations (sourire, voix, geste, toucher, etc.), en suivant l'évolution des réactions tout au long de l'examen. La valeur correspond à la réaction la plus significative pendant toute la durée de l'observation. Les indications ci-dessus sont données à titre indicatif en cas d'hésitation entre deux valeurs de l'échelle.

Nom : Prénom :

Age : mois jours

Date :

N° dossier : Examineur :

1. Expression du visage

Evaluation de la réduction de l'expressivité du visage

0 : Le visage est spontanément mobile, expressif, animé par de fréquents changements d'expression.

1 : Visage mobile, expressif, mais sans changements fréquents d'expression.

2 : Peu de mobilité faciale spontanée.

3 : Visage immobile, triste.

4 : Visage figé, froid, absent, ayant parfois l'air prématurément âgé.

2. Contact visuel

Evaluation de la réduction du contact visuel

0 : Contact visuel spontané facile et prolongé.

1 : Contact visuel spontané, mais bref.

2 : Contact visuel possible, mais seulement lorsqu'il est recherché.

3 : Contact visuel fugace, vague, fuyant.

4 : Refus total de contact visuel.

3. Activité corporelle

Evaluation de la réduction d'activité de la tête, du torse et des membres, sans prendre en compte l'activité des mains et des doigts

0 : Mouvements fréquents et spontanés du torse, de la tête et des membres.

1 : Activité générale spontanée légèrement réduite, peu d'activité de la tête ou des membres.

2 : Peu ou pas d'activité spontanée, mais activité présente en réponse à la stimulation.

3 : Faible activité en réponse à la stimulation.

4 : Enfant immobile et figé, quelle que soit la stimulation.

4. Gestes d'auto-stimulation

Evaluation de la fréquence avec laquelle l'enfant joue avec son corps (doigts, mains, cheveux, succion du pouce, frottements répétitifs...), de façon automatique et sans plaisir, et en comparaison avec l'activité générale.

Note : un seul signe significatif d'auto-stimulation est suffisant pour coter 1 ou plus.

0 : Absence d'auto-stimulation, l'activité d'auto-exploration est en rapport harmonieux avec le niveau d'activité général.

1 : Auto-stimulation fugitive.

2 : Auto-stimulation peu fréquente mais nette.

3 : Auto-stimulation fréquente.

4 : Auto-stimulation constante.

5. Vocalisations

Evaluation de la réduction des vocalisations traduisant le plaisir (gazouillis, rire, babil, lallations, cris aigus de plaisir), mais aussi le déplaisir, l'anxiété ou la douleur (cris, geignements et pleurs)

0 : Vocalisations positives spontanées fréquentes, gaies et modulées ; cris ou pleurs brefs en réponse à une sensation désagréable.

1 : Vocalisations spontanées brèves et/ou cris et pleurs fréquents, (même s'ils surviennent seulement en réponse à une stimulation).

2 : Pleurs quasi constants.

3 : Geignement, seulement en réponse à une stimulation.

4 : Aucune vocalisation.

6. Vivacité de la réaction à la stimulation

Evaluation de la réduction de la vivacité de la réaction à la stimulation, agréable ou désagréable au cours de l'examen (sourire, voix, toucher).

Note : ce n'est pas l'importance de la réponse qui est évaluée ici, mais le délai de réponse.

0 : Réaction adaptée, vive et rapide.

1 : Réaction légèrement retardée.

2 : Réaction nettement retardée.

3 : Réaction nettement retardée, même en réponse à une stimulation désagréable.

4 : Absence totale de réaction.

7. Relation

Evaluation de la réduction de l'aptitude de l'enfant à entrer en relation avec l'observateur, l'examineur ou toute personne présente dans la pièce, excepté celle qui s'occupe habituellement de l'enfant. La relation est évaluée par le comportement, le contact visuel, la réaction aux stimulations et la réaction à la fin de la séance.

0 : La relation rapidement et nettement établie (après une éventuelle phase initiale d'anxiété).

1 : Relation identifiable, positive ou négative, mais moins marquée qu'en 0.

2 : Relation à peine marquée, positive ou négative.

3 : Doute sur l'existence d'une relation.

4 : Absence de relation identifiable à l'autre.

8. Attractivité

Evaluation de l'effort nécessaire pour rester en contact avec l'enfant, ainsi que du sentiment de plaisir que procure le contact avec l'enfant

0 : L'enfant attire l'attention par ses initiatives et inspire un sentiment d'intérêt et de plaisir, sans aucune inquiétude.

1 : On s'intéresse à l'enfant, mais avec moins de plaisir qu'en 0.

2 : Sentiment neutre vis-à-vis de l'enfant, avec parfois du mal à garder son attention centrée sur lui.

3 : Sentiment de malaise et d'être maintenu à distance.

4 : Contact éprouvant, sentiment d'un enfant hors d'atteinte.

Total

GRILLE D'EVITEMENT RELATIONNEL DU NOURRISSON

Identification

_____ (3 premières lettres du nom
et 2 premières lettres du prénom du nourrisson)

Sexe du nourrisson : Garçon Fille Age _____ mois

Date de naissance du nourrisson : _____

Code du clinicien investigateur : _____

Date de la consultation : _____

Procédure de remplissage

Noter avec un gros feutre noir la réponse correcte.

Siège et abréviation :
NR = non retrouvé
I = impossible à déterminer
Parent = si oui

7. LE COMPORTEMENT GENERAL		Clinicien				Parent
		Oui	Non	NR	I	
1.	Sagesse, gravité, excessives	<input type="radio"/>				
2.	Intérêt spontané faible envers les personnes	<input type="radio"/>				
3.	Sensibilité faible aux sollicitations relationnelles	<input type="radio"/>				
4.	Intolérance aux sollicitations relationnelles	<input type="radio"/>				
5.	Instabilité excessive des conduites d'attachement	<input type="radio"/>				
6.	Excitabilité excessive aux stimulations sensorimotrices	<input type="radio"/>				
7.	Tolérance faible aux changements	<input type="radio"/>				
8.	Variabilité excessive de la vigilance	<input type="radio"/>				
9.	Faible consolabilité	<input type="radio"/>				
8. LE VISAGE		Clinicien				Parent
		Oui	Non	NR	I	
10.	Orientation faible du visage vers autrui	<input type="radio"/>				
11.	Mimiques émotionnelles peu expressives	<input type="radio"/>				
12.	Sourire faible en présence d'autrui	<input type="radio"/>				
13.	Mimiques d'imitation pauvres	<input type="radio"/>				
14.	Mimiques trop instables - variables	<input type="radio"/>				
15.	Mimiques émotionnelles mal contextualisées	<input type="radio"/>				
9. LE REGARD		Clinicien				Parent
		Oui	Non	NR	I	
16.	Regard peu orienté vers autrui	<input type="radio"/>				
17.	Recherche rare du contact oeil à oeil	<input type="radio"/>				
18.	Regard furtif, à la dérobée	<input type="radio"/>				
19.	Regard périphérique, « du coin de l'œil »	<input type="radio"/>				
20.	Regard flou en « passe-muraille »	<input type="radio"/>				
21.	Regard hyperpénétrant, dur	<input type="radio"/>				
22.	Regard trop proche, avec « effet cyclope »	<input type="radio"/>				
23.	Strabisme éphémère	<input type="radio"/>				
24.	Nystagmus éphémère	<input type="radio"/>				
25.	Fixation excessive aux sources lumineuses	<input type="radio"/>				
26.	Désintérêt pour son image dans le miroir	<input type="radio"/>				
27.	Attention préférentielle pour les choses plutôt que pour les personnes	<input type="radio"/>				
28.	Attention visuelle paradoxale (pour les objets menus, lointains...)	<input type="radio"/>				
29.	Attention partagée faible ou absente (Cf. item 89 à 10 mois du BLR-E : Brunet-Lézine révisé : regarde ce que l'adulte regarde)	<input type="radio"/>				

10. L'ECOUTE		Clinicien				Parent
		Oui	Non	NR	I	
30.	Réaction faible ou absente à la voix familière	<input type="radio"/>				
31.	Peurs auditives excessives	<input type="radio"/>				
32.	Intérêt particulier pour la musique	<input type="radio"/>				
33.	Attention auditive paradoxale (pour les bruits faibles, lointains...)	<input type="radio"/>				
11. LA VOCALITE, LA PRE-VERBALITE		Clinicien				Parent
		Oui	Non	NR	I	
34.	Babilage ou jargon insuffisant	<input type="radio"/>				
35.	Babilage monotone, répétitif, atypique	<input type="radio"/>				
36.	Disparition des premiers mots	<input type="radio"/>				
37.	Imitations et jeux vocaliques faibles	<input type="radio"/>				
38.	Rires mal contextualisés	<input type="radio"/>				
39.	Pleurs mal contextualisés	<input type="radio"/>				
40.	Bruits buccaux étranges	<input type="radio"/>				
12. LE TOUCHER		Clinicien				Parent
		Oui	Non	NR	I	
41.	Faible intérêt pour le contact cutané, les caresses, les câlins, les baisers	<input type="radio"/>				
42.	Intérêt exclusif pour les contacts et les jeux moteurs	<input type="radio"/>				
43.	Stimulations tactiles répétitives	<input type="radio"/>				
44.	Sensibilité insuffisante à la douleur	<input type="radio"/>				
13. LA PREHENSION		Clinicien				Parent
		Oui	Non	NR	I	
45.	Inertie préhensive	<input type="radio"/>				
46.	Approche avec le buste seul, bras inertes	<input type="radio"/>				
47.	Préhension hésitante (« le cube brillant »)	<input type="radio"/>				
48.	Contact par effleurement, du bout des doigts	<input type="radio"/>				
49.	Brièveté de la saisie palmaire	<input type="radio"/>				
50.	Atypie de la pince fine	<input type="radio"/>				
51.	Désintérêt visuel pour l'objet tombé-jeté (« signe des oubliettes »)	<input type="radio"/>				
52.	Non réalisation du jeu de jeter-ramasser	<input type="radio"/>				
53.	Découplage du regard et de la préhension (prendre sans regarder)	<input type="radio"/>				
54.	Jeu répétitif, stéréotypé avec un objet	<input type="radio"/>				
14. LA GESTUALITE		Clinicien				Parent
		Oui	Non	NR	I	
55.	Gestualité émotionnelle peu expressive	<input type="radio"/>				
56.	Imitations gestuelles faibles ou absentes	<input type="radio"/>				
57.	Pointage de l'objet dans l'attention partagée faible ou absent (CE item 110 à 14 mois, BLR-E : montre du doigt ce qui l'intéresse)	<input type="radio"/>				
58.	Jeu de mains ou de pieds répétitif ou atypique	<input type="radio"/>				
59.	Fascination visuelle pour certains jeux de mains	<input type="radio"/>				
60.	Découplage du regard et de la gestualité	<input type="radio"/>				
61.	Attitude anticipatrice du portage pauvre ou atypique	<input type="radio"/>				
62.	Retrait des bras "en chandélier"	<input type="radio"/>				
63.	Auto agressivité par les mains	<input type="radio"/>				
64.	Négligence des membres inférieurs (ni touchés, ni saisis)	<input type="radio"/>				
65.	Jeu en faire-semblant pauvre ou absent (CE item 120 à 17 mois, BLR-E)	<input type="radio"/>				
15. LA POSTURE		Clinicien				Parent
		Oui	Non	NR	I	
67.	Hypotonie atypique, variable	<input type="radio"/>				

67.	Hypertonie atypique, variable	<input type="radio"/>				
68.	Accès d'hypertension axiale	<input type="radio"/>				
69.	Trouble de l'ajustement postural lors du maintien par-autrui	<input type="radio"/>				
70.	Balancement postural (y compris rythmiques excessives d'endormissement)	<input type="radio"/>				
16. LA LOCOMOTION		Clinicien				Parent
		Oui	Non	NR	I	
71.	Hypoactivité motrice	<input type="radio"/>				
72.	Hyperactivité motrice	<input type="radio"/>				
73.	Appui palmaire en position assise évité	<input type="radio"/>				
74.	Appui plantaire en position debout évité	<input type="radio"/>				
75.	Appui ventral, évité	<input type="radio"/>				
76.	Angoisse très vive en position ventrale	<input type="radio"/>				
77.	Retournement dos-ventre évité	<input type="radio"/>				
78.	Ramper évité	<input type="radio"/>				
79.	Quadrupédie évitée	<input type="radio"/>				
80.	Déplacement atypique sur les fesses	<input type="radio"/>				
81.	Marche debout sur la pointe des pieds	<input type="radio"/>				
82.	Marche en patin, jambes raides et écartées	<input type="radio"/>				
83.	Tronc et membres supérieurs rigides lors de la marche	<input type="radio"/>				
84.	Découplage de la marche et du regard	<input type="radio"/>				
85.	Dextérité locomotrice atypique	<input type="radio"/>				

LES ORGANISATEURS PSYCHIQUES

Un certain nombre de comportements affectifs, témoignent de la qualité du fonctionnement psychique du nourrisson en lien avec son entourage. Ils peuvent être explorés en complément du recueil des signes précédents et faire l'objet de commentaires.

La relation orale-alimentaire

L'organisation du sommeil

Le sourire au visage

Les jeux d'accordage intermodal parent-bébé

La différenciation familial/étranger

Les phénomènes et objets transitionnels

La relation spéculaire

Le stade du NON

L'attention partagée

La capacité d'être seul en présence de l'autre

Les autoérotismes

ECHELLE ECA-N

Evaluation des Comportements Autistiques-Nourrisson, Adrien, Sauvage, et al., 1984

	0	1	2	3	4
1. Ignore les autres					
2. Préfère être seul					
3. Interaction insuffisante (et/ou échanges rares).....					
4. Pas de sourire					
5. Pas de contact par le regard					
6. Regard inadéquat					
7. Absence de communication par la voix					
8. Absence de mimiques expressives					
9. Absence de gestes et/ou d'attitudes expressifs					
10. N'imite pas les gestes, la voix d'autrui					
11. Enfant trop calme					
12. Enfant trop excité					
13. Utilisation inappropriée des objets					
14. Stéréotypies					
15. Activité motrice réduite					
16. Hyperactivité motrice					
17. Enfant « trop mou »					
18. Attitudes posturales inhabituelles					
19. Auto-agressivité					
20. Hétéro-agressivité					
21. Ne différencie pas les personnes					
22. Ne manifeste pas d'émotions					
23. Pleurs ou rires immotivés					
24. Ne tolère pas la frustration ; colères					
25. Ne tolère pas les changements					
26. Troubles alimentaires et/ou digestifs					
27. Troubles du sommeil					
28. N'aime pas être touché, caressé					
29. Intérêt exclusif pour les contacts corporels					
30. Attention difficile à fixer					
31. Indifférence au monde sonore					
32. Réaction paradoxale ou sélective aux sons.....					
33. Variabilité des comportements					

1. Ignore les autres

Indifférent aux sollicitations, insensible à l'entourage.

2. Préfère être seul

Etablit rarement le contact : peut même sembler l'éviter, le refuser ou le fuir.
Est agacé, inquiet, anxieux quand il est sollicité, stimulé.

3. Interactions insuffisantes (et/ou échanges rares)

Echanges rares, ébauchés, inconstants ou monotones, répétitifs.

4. Pas de sourire

Ne sourit pas en présence d'une autre personne, ou à l'occasion d'un jeu.

5. Pas de contact par le regard

N'accroche pas le regard d'autrui.

Ne regarde pas les personnes en face (contact œil-œil).

6. Regard inadéquat

Regard vide, « transparent ».

Regard fuyant, intermittent, détourné (vers le haut, sous le côté, périphérique)

Evitement du regard.

Fixe des sources lumineuses, des objets en mouvement.

Strabisme.

7. Absence de communication par la voix

a. Emissions vocales monotones et/ou atypiques : émet toujours les mêmes sons ou bruits de bouche, quelle que soit la situation, ou des émissions vocales parfois élaborées mais peu variées.

b. N'utilise pas les sons pour communiquer (même si l'on sait qu'il peut dire des syllabes ou parfois des « mots » :m-m ; pa-pa...).

8. Absence de mimiques expressives

Son visage n'exprime pas les différentes émotions comme la joie, la tristesse, le doute, la surprise, etc. (« visage de glace »).

N'utilise pas de mimiques de demande, d'incitation, d'appel à l'aide, etc.

9. Absence de gestes et/ou d'attitudes expressifs

Ne communique pas à l'aide de gestes : ne désigne pas du doigt, ne fait pas « au revoir ».

Pas d'expression corporelle des émotions (pas de mouvements de joie, de surprise, de peur).

10. N'imité pas les gestes, la voix d'autrui

L'enfant est incapable de reproduire des mouvements (de mains, de tête, de bouche) ou des postures.

Il ne répète pas les sons émis par autrui (« arreu », « au revoir », « coucou »,...).

11. Enfant trop calme

Ne réagit pas, ou de façon différée, atténuée, aux stimulations de l'environnement (bruits, lumières, courants d'air, chaleur, douleur, etc.).

Enfant « sage ».

12. Enfant trop excité

L'enfant a des réactions très vives et/ou peu différenciées aux moindres stimulations sensorielles, il ne s'habitue pas.

Toujours « sous tension ».

Cris, hurlements fréquents.

Peurs précoces.

13. Utilisation inappropriée des objets

Ne touche pas les objets, ne les prend pas, ne joue pas avec, les jette, les repousse.

Ou bien les utilise de façon détournée, stéréotypée : gratter, froter, caresser, tripoter, sucer, mordre.

Parfois aptitudes particulières surprenantes pour manipuler certains objets (visser, encastrer...).

14. Stéréotypies

Se balance, sautille, bat des mains, « jeux de doigts et de mains » devant les yeux, tournoie sur lui-même.

Bruits de bouche, claquement de langue, grincement des dents.

15. Activité motrice réduite

L'enfant n'a pas ou peu d'initiatives motrices, est inerte, bouge peu.

16. Hyperactivité motrice

L'enfant remue beaucoup, est sans arrêt en mouvement.

17. Enfant « trop mou »

Enfant très hypotonique, et hypoactif.

18. Attitudes posturales inhabituelles

Pas d'adaptation posturale quand l'enfant est pris dans les bras ou mis sur les genoux.

Pas d'attitude anticipatrice.

Démarche bizarre ou mal ajustée : postures bizarres comme tendre la nuque en arrière, être recroquevillé dans un coin, etc.

Tient ses mains en position bizarre.

19. Auto-agressivité

Se frappe la tête avec les poings ou contre une surface dure.

Se mord les doigts, se griffe le visage, se tire les cheveux, etc.

20. Hétéro-agressivité

Mord, pince, griffe, tire les cheveux, frappe enfants et/ou adultes.

21. Ne différencie pas les personnes

Ne réagit pas au départ ou à l'arrivée d'une personne familière (mère, père)

Ne craint pas une personne inconnue : se laisse emmener par n'importe qui.

22. Ne manifeste pas d'émotions

L'enfant n'est ni gai, ni triste, ni effrayé, ni étonné, ni fâché.

23. Pleurs ou rires immotivés

L'enfant pleure ou rit à des moments ou dans des lieux inattendus, sans raison apparente, sans qu'il soit possible de le calmer.

24. Ne tolère pas la frustration ; colères

L'enfant a des réactions d'angoisse, de colère vive, d'agressivité quand on lui prend ou refuse quelque chose.

25. Ne tolère pas les changements

L'enfant a des réactions d'angoisse, de colère vive, d'agressivité quand on modifie des détails de son environnement (changements de vêtements, nourriture, lieux, jouets, ...). Il peut être très sensible à certains changements, indifférent à d'autres.

26. Troubles alimentaires et/ou digestifs

a. Alimentation :

L'enfant ne tète pas ou peu, se laisse nourrir sans participation affective.

L'enfant pleure à la vue du biberon, s'oppose à la prise des aliments en pleurant, gesticulant, détournant la tête.

Difficultés de sevrage : forte opposition aux aliments nouveaux.

Renvois importants et répétés : l'enfant vomit, régurgite à l'occasion ou non d'une toux.

Mérycisme (activité de rumination).

Troubles de l'appétit.

Anorexie : l'enfant semble ne jamais avoir faim.

Boulimie : les besoins ne semblent jamais satisfaits.

Manies alimentaires étranges.

b. Diarrhées ou constipations habituelles :

L'enfant est décrit comme ayant très souvent ou toujours des selles molles, voire liquides. Ou bien ne va que très rarement à la selle, reçoit des laxatifs, des lavements.

27. Troubles du sommeil

Insomnie (l'enfant ne dort pas assez, il est agité ou reste éveillé en étant calme).

Hypersomnie (dort trop, difficile à réveiller).

Troubles du cycle veille-sommeil : endormissement ou réveil à des heures irrégulières, ou très fréquents sur une période de sommeil.

28. N'aime pas être touché, caressé

L'enfant n'aime pas le contact corporel tels que les baisers, les caresses au moment de la toilette, de l'habillage, ou de rencontres avec d'autres enfants ; il « n'est pas câlin ».

29. Intérêt exclusif pour les contacts corporels

Préfère nettement le contact physique qui seul paraît lui faire plaisir. Cherche à se faire câliner par n'importe qui, se colle à l'autre, agrippe.

30. Attention difficile à fixer

On peut difficilement capter l'attention de l'enfant parce qu'il est passif, indifférent (item 1) ou parce qu'il est très dispersé, « happé » par les autres stimulations de l'environnement.

31. Indifférence au monde sonore

Est insensible aux bruits extérieurs (voix, jouets sonores...), ne répond pas à son nom.

32. Réaction paradoxale ou sélective des sons

L'enfant ne réagit pas aux bruits, sauf par instants pour certains sons (par exemple : ne tourne pas la tête à un claquement de porte violent, mais s'intéresse au bruit de papier froissé).

Réaction de panique à certains sons (mixeur, aspirateur...).

Fascination pour la musique, ou d'autres sons.

33. Variabilité des comportements

- a. Variations importantes, voire extrêmes, des possibilités, des intérêts, des troubles :
 - D'une minute à l'autre, d'une seconde à l'autre
 - Ou sur des périodes plus longues (notion de « bonnes périodes » alternant avec de « mauvaises périodes »).
- b. Ces variations peuvent également porter sur le comportement avec autrui et se traduire par l'alternance de « rejets agressifs » et « d'attachement captatif ».

Last name : VIELIX

First name : Emma

INFANT DEPRESSION : FACT OR FICTION ?

Toulouse, September 14th, 2016

ABSTRACT :

The concept of infant depression remains unclear. There is no real consensus existing, either from a clinical point of view or in classification. And even if they appear in the DC 0-3 R classification and in CFTMEA 2000, diagnostic criteria have not yet been validated in ICD 10 or DSM V. We sent a questionnaire to 74 French psychiatrists of early childhood and asked them about their current view on infant depression and their practice in making this diagnosis. Although Kreisler's clinical criteria are the ones they most commonly use, they also raise other issues including age, classification, differential diagnoses, theoretical allegiance and infant observation. A revision of this concept is required to standardize clinical practice, although the most important is still the early treatment of those babies suffering.

ADMINISTRATIVE DISCIPLINE : Psychiatry

KEYWORDS : infant depression, relational withdrawal, reactive attachment disorder, maternal deprivation, interaction disorder, prenatal stress

UFR : Université Toulouse III-Paul Sabatier
Faculté de médecine Toulouse-Purpan,
37 Allées Jules Guesde 31000 Toulouse

Supervisor : Dr Céline BASCOUL