

6 Les classifications diagnostiques dans la petite enfance

Une classification diagnostique est un outil de communication entre les professionnels. Sa validation suppose que les critères de chaque catégorie aient été validés par des études de terrain, et que le devenir naturel de la pathologie soit connu, ce qui est encore rarement le cas dans la petite enfance. Chaque système de classification diagnostique s'efforce ainsi de décrire une variété de situations psychopathologiques complexes par l'intermédiaire de concepts organisateurs, et d'une théorie étiologique de la pathologie qu'il est important de savoir repérer au sein de chaque système de classification. Ainsi le *Diagnostic Standard Manual* (DSM) américain (APA) était-il inspiré de la psychopathologie psychanalytique jusqu'au DSM-III, où l'on vit disparaître le concept de névrose. Le DSM se veut athéorique, mais il favorise la comorbidité, au contraire de l'ICD (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*-OMS). Les deux grands systèmes de classification, DSM et ICD, ignorent le point de vue développemental, d'où l'intérêt de la DC 0-3, spécifique de la petite enfance.

Le DSM-IV et le DSM-V comportent quelques catégories diagnostiques applicables à la petite enfance, en particulier le diagnostic de trouble envahissant du développement (devenus troubles du spectre autistique dans le DSM-V), à partir de 3 ans. Ces catégories ne sont pas les plus fréquentes (comme la trichotillomanie ou le pica), mais elles sont celles qui ont les critères les plus clairs ou les mieux validés. Le système de l'ICD-10 (*International Classification of Diseases*, OMS) s'est rapproché de celui du DSM, avec la différence que l'ICD autorise moins de comorbidité et tend donc à un seul diagnostic principal d'axe I.

Le DSM et l'ICD ont des critères proches pour le diagnostic de troubles réactifs de l'attachement (*Reactive Attachment Disorder*, RAD), avec une modification commune apparue dans le DSM-V et qui concerne le statut de la sociabilité indiscriminée dans le RAD (voir p. 138). Le diagnostic de retard mental est également le même et applicable à la petite enfance, en utilisant le QD plutôt que le QI, jusqu'à 3 ans. On peut utiliser la catégorie F 92 pour les troubles affectifs et de la régulation émotionnelle qui semblent liés à des troubles des relations parents-enfant, avec en particulier des altérations de l'attachement du type des troubles de la base de sécurité (voir p. 141). Rappelons que l'ICD 10 est la classification utilisée dans les hôpitaux publics français, en particulier en CHU, dans le privé et dans le Programme médical statistique informatisé (PMSI) bien que certains inter-

secteurs de pédopsychiatrie continuent de coter selon la Classification française des troubles mentaux des enfants et adolescents (CFTMEA). Ce dernier système a reçu un toilettage qui correspond mieux à l'ICD et reprend ses catégories principales. Il avait pour originalité de conserver les catégories de la psychose infantile, distinctes de l'autisme, et celle de la dysharmonie psychotique, issues de la psychopathologie psychanalytique.

On peut aussi coter en ICD-10 pour de jeunes enfants les troubles de type *Post Traumatic Stress Disorder* (PTSD), les troubles réactionnels et d'adaptation, les troubles du sommeil, l'anxiété de séparation et les troubles alimentaires, mais les critères de durée des symptômes ne sont pas adaptés à la petite enfance, en particulier avant deux ans. On cote plus facilement en ICD les troubles parentaux, la dépression postnatale en particulier, pour laquelle il existe un spécificateur dans le DSM-IV.

Mais ces systèmes n'ont pas d'axe spécifique pour les relations parents-enfant qui sont un aspect majeur de la psychopathologie précoce. L'axe II des troubles de la personnalité devient celui des troubles de la relation parent-enfant dans les classifications spécifiques de la petite enfance, ce qui est cliniquement pertinent si on pense qu'effectivement nombre de troubles de la personnalité de l'adulte sont l'effet d'une interaction entre une susceptibilité tempéramentale, génétique et un environnement relationnel familial particulier. Mais cette hypothèse étiologique n'a pas encore reçu de confirmation en recherche clinique. Si l'on sait que la majorité des troubles limites, dits borderline ont subi des événements traumatisants graves (carences, maltraitance, abus sexuel) de la part de leurs figures d'attachement (Gunderson, Fonagy), et si l'étiologie de la personnalité abandonnique (Germaine Gueix) s'explique d'elle-même, on sait beaucoup moins quelle est l'enfance type d'une personnalité paranoïaque ou obsessionnelle.

On utilise les catégories diagnostiques d'axe I du DSM-V ou de l'ICD-10 à chaque fois qu'elles sont applicables à la petite enfance. Sinon, on utilise la DC 0-3R (révisée) pour décrire un diagnostic spécifique d'axe I ou pour décrire la relation parents-bébé (axe II), et le niveau fonctionnel du développement. On peut utiliser autant de diagnostics d'axe I qu'il existe de troubles. L'utilisation des cinq axes de la DC 0-3R permet de résumer les résultats de l'évaluation de la situation, sans se limiter au diagnostic principal.

C'est l'intérêt pour les cliniciens de la DC 0-3R que d'avoir été conçue par et pour les cliniciens, de prendre en compte le développement précoce et l'importance des relations parents-enfant. À l'initiative de l'organisation non gouvernementale Zero To Three, très active dans la formation des professionnels de la petite enfance aux États-Unis, elle a été établie après plusieurs années de travail en 1994, et révisée en 2005. Elle est utilisée surtout

en Italie, Espagne, Amérique latine, Belgique et en Europe du Nord, et plutôt par les cliniciens d'inspiration psycho-dynamique et attachementnistes. Elle a fait l'objet de quelques études de validation en Israël (Keren *et al.*), en Norvège (Skovgaard *et al.*) et en France (Guedeney *et al.*).

La DC 0-3R reste théoriquement influencée par le modèle initial de la DC 0-3 et qui mettait au centre la notion de troubles de la régulation et de l'intégration sensorielle. Les difficultés de régulation, que l'on peut assimiler à des tempéraments difficiles (voir p. 112), étaient comprises comme pouvant donner lieu, si elles étaient suffisamment étendues et intenses, à des troubles du comportement, voire à des troubles de la communication. Une catégorie spécifique de la DC était celle des troubles multi-systèmes du développement (MSDD), que l'on appellerait maintenant préforme de TED/TSA. Cette catégorie était utile pour ne pas utiliser le terme de Trouble envahissant du développement (TED) ou d'autisme avant d'en être sûr du fait de l'évolution sous traitement suffisant. Les troubles de la régulation pouvaient être également le mécanisme pathologique des troubles de l'alimentation, du sommeil ou du comportement, en particulier les troubles hyperactifs et impulsifs précoces.

La révision en 2005 de la DC 0-3R par Emde, Egger, Wright, Guedeney et Wise, à la demande de Zero To Three, s'est basée sur les études de terrain et sur la littérature pour aboutir à des catégories mieux critérisées, sur le modèle de l'ICD 10. La seconde révision de la DC 0-3 est en cours, par une équipe dirigée par Charles Zeanah Jr. On s'attend à ce que la place des troubles de la base de sécurité y soit plus clairement définie, et à ce qu'apparaissent les troubles du comportement précoces, et les modifications récentes du DSM-V sur la séparation du RAD en deux catégories différentes.

La DC 0-3 révisée : aspects principaux du système de classification spécifique de la petite enfance

La classification DC 0-3R est multiaxiale et comporte cinq axes de référence.

- Axe I : Troubles cliniques.
- Axe II : Classification des relations parent-enfant.
- Axe III : Affections médicales et troubles développementaux.
- Axe IV : Facteurs de stress psychosociaux.
- Axe V : Fonctionnement émotionnel et social.
- Un axe VI du fonctionnement familial est prévu dans la prochaine révision.

L'utilisation complète des cinq axes qui composent le système fournit au clinicien un guide dans l'appréhension globale de la situation de l'enfant, une trame organisatrice pour son activité d'évaluation et de diagnostic, ainsi que pour la planification des soins.

Nous avons ajouté, à la liste ci-dessous des diagnostics possibles d'axe I dans la DC 0-3R leur équivalent possible en ICD-10, en sachant que les

critères diagnostiques des catégories ICD-10 mentionnées ici le sont à titre indicatif. Cette équivalence a été établie par le Dr Didier Rabain, Unité Petite Enfance et Parentalité Vivaldi (service du Pr David Cohen, Hôpital Pitié Salpêtrière, APHP, Paris.)

Les différents diagnostics d'axe I de la DC 0-3R

- 100. Syndrome de stress post-traumatique PTSD SSPT (F 43-1)
- 150. Troubles liés à la carence et à la maltraitance RAD (F 94-1 ou F 94-2) (T74)
- 200. Troubles affectifs : cinq sous-catégories
- 210. Réaction de deuil/chagrin prolongée (F 92-0)
- 220. Troubles anxieux de la petite enfance
- 221. Trouble/Angoisse de séparation (F 93-0)
- 222. Phobie spécifique (F 93-1)
- 223. Troubles anxieux généralisés (phobie sociale) (F 41-1)
- 225. Troubles anxieux NAS (non autrement spécifié) (F 41-9)
- 230. Dépression de la petite enfance
- 231. Type 1 : Dépression majeure (F 32-2)
- 232. Type 2 : Trouble dépressif NAS (F 32-9)
- 240. Troubles mixtes de l'expression émotionnelle (F 92-8 ou F 92-9), à utiliser par défaut
- 300. Trouble de l'ajustement (F 43-2)
- 400. Troubles de la régulation du traitement de la sensorialité (F 59) : 5 sous-types
- 410. Hypersensible (F 59)
- 411. Type A : Craintif/Prudent (F 59)
- 412. Type B : Opposant et provocant (F 59)
- 420. Hyposensible/Sous-réactif (F 59)
- 430. Recherche de stimulation sensorielle/Impulsif (F 59)
- 500. Troubles du sommeil : 2 sous-types
- 510. Troubles de l'endormissement (protodyssomnie) (F 51-0)
- 520. Réveils nocturnes (protodyssomnie) (F 51-8)
- 600. Troubles du comportement alimentaire : 6 sous-types
- 601. Troubles alimentaires par difficulté de régulation (F 50-9)
- 602. Troubles alimentaires par difficulté de réciprocité parent-enfant (F 50-9)
- 603. Anorexie infantile (F 50-0)
- 604. Aversion au contact des aliments (F 50-9)
- 605. Troubles alimentaires associés à une maladie actuelle (F 54)
- 606. Troubles alimentaires associés à des traumatismes du tractus gastro-intestinal (F 54 ou F 50-9)
- 700. Troubles de la relation et de la communication (F 84) on utilise ici le diagnostic ICD applicable ou celui de MSDD si les critères ICD ne sont pas présents
- 800. Autres Troubles (DSM-IV –TR ou CIM-10)

Axe II : l'évaluation des relations parent-enfant , axe spécifique de la DC 0-3

L'axe II est consacré à l'examen des relations que l'enfant construit avec les personnes de référence de son entourage. La nouvelle version de l'axe II intègre deux outils permettant au clinicien de qualifier les difficultés relationnelles entre le jeune enfant et l'un de ses donneurs de soin, à la fois en termes d'intensité de ces difficultés et de la forme qu'elles peuvent prendre : il s'agit de l'échelle PIR-GAS et du RPCL. PIR-GAS signifie Parent-Infant Relationship Global Assessment Scale, traduit par Échelle d'évaluation des relations parents-enfant. L'outil intitulé RPCL correspond à la Relational Problem Checklist, traduit par inventaire des difficultés relationnelles.

L'inventaire des difficultés relationnelles (RPCL) : c'est l'évaluation qualitative globale de la relation du bébé avec chacun des parents. Cet inventaire est un ajout de la révision de 2005. Il permet une appréciation qualitative de la relation de chacun des parents avec le jeune enfant. Il doit se baser au mieux sur plusieurs situations d'évaluations, à des temps différents, avec des degrés de stress variés.

En conclusion, la classification DC 0-3R est un outil diagnostique spécifique de la petite enfance. Elle nécessite que de nouvelles validations en assurent la validité, pour que son usage se dissémine et que les spécificités de la psychopathologie précoces et le point de vue du développement soient mieux pris en compte dans les systèmes majeurs de classification. Il existe donc une traduction française (*Médecine et Hygiène*), un *Case book* (livre de cas cliniques cotés en DC 0-3), et aussi un logiciel israélien (PRINCE) qui permet une cotation dans un dossier informatisé.

Références

- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. Washington DC: Author DSM-IV-TR; 2000.(Trad. française: Guelfi JD, et al. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Paris: Masson; 2003.)
- Aoki Y, Zeanah CH, Scott Heller S, Bakshi S. Parent-Infant relationship global assessment scale: A study of its predictive validity. *Psychiatry and clinical neurosciences* 2002;56:493-7.
- CIM-10/ICD-10. Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement. Description clinique et directives pour le diagnostic. Genève: OMS; 1993.(Trad. française: Paris: Masson; 2000).
- Misès R, Quemada N, Botbol M, Burzstein C, Durand B, et al. Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescence. Nouvelle version. *CFTMEA, Annales médico-psychologiques* 2002;160:242-6.
- DSM-IV-TR. Diagnostic standard manual. 4th ed. revised. Washington DC: American psychiatric association; 2003.(Trad. française: Guelfi JD. Paris: Masson; 2004).

- Dunn W, Westman K. The sensory profile: the performance of a national sample of children without disabilities. *American journal of occupational therapy* 1997;51(1):25-34.
- Recueil de données cliniques DC 0-3. Zero To Three; NCCIP; 1994 (Trad. française: Bracha Z., Nicolazzo B., groupe de travail DC 0-3 parisien. Devenir. Genève: Médecine et Hygiène. 2002; Vol 14: 1-28.
- Zero To Three. National center for clinical infant programs, NCCIP. Diagnostic classification of infant mental health and developmental disorders of infancy and early childhood. Arlington: VA; 1994.
- Zero To Three. Diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood. Washington DC: Zero To Three Press; 2005.(Trad. française: Devenir. 2009; Vol. 21[2]).
- The ICD-10. Classification of mental and behavioural disorders. World health organization. Geneva: WHO; 1992.
- Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent (CFTMEA). In: Misès R., Jeammet P. *Psychiatrie de l'enfant*. 1988; 31:67-135.
- Zero To Three, National center for clinical infant programs. Diagnostic classification: 0-3. Diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood. Washington DC: Author; 1994.(Trad. française: Médecine et Hygiène; 1998).
- DC: 0-3 Casebook, by Zero To Three/National center for infant, Toddlers and families. Washington DC; 1997.(Trad. française: Parise D., Guedeney A. Classification diagnostique de 0 à 3 ans. Études de cas. Médecine et Hygiène. Genève; 2000).
- Keren M, Feldman R, Tyano S. A five year Israeli experience with the DC 0-3 classification system. *Infant mental health journal* 2003;24:378-97.
- Guedeney N, Guedeney A, Danon G, Mintz AS, Morales-Huet M, Rabouam C, et al. À propos des systèmes de classification en psychiatrie du très jeune enfant: utilisation de la classification diagnostique. *Zero To Three. Psychiatrie de l'enfant*. 2002;45(2):483-531.
- Scherringa M, Anders T, Boris N, Carter A, Chatoor I, Egger H. Research diagnostic criteria for infants and preschool children: the process and empirical support. *Journal of the american academy of child and adolescent psychiatry* 2003;42:1504-12.
- Skovgaard AM, Houmann T, Christiansen E, Andeasen AH. The reliability of the ICD-10 and the DC 0-3 in an epidemiological sample of children 1 ½ of age. *Infant mental health journal* 2005;26(5):470-80.
- Viaux-Savelon S, Rabain D, Aidane E, Bonnet P, Montes De Oca, Camon-Senechal L, et al. Phenomenology, psychopathology and short term outcome of 102 infants aged 0 to 12 months consecutively referred to community based 0 to 3. Mental health clinic. *Infant mental health journal* 2010;31(1):242-53.