

Les troubles précoces de la relation parents-nourrisson : quelle est la place du médecin de première ligne ?

par Martin St-André et Alain Lebel

Bébé hurle. Bébé refuse de dormir la nuit et de téter le sein. Maman et papa ne dorment plus, eux non plus, et se sentent épuisés. Les conseils fusent, mais rien ne fonctionne... Pourtant, l'image populaire fait de la période périnatale un moment privilégié, de renouveau...

La période périnatale, période de transformations importantes

On dit que la période périnatale est un moment privilégié... on parle de renouveau, d'avenir, de découverte, d'espoirs parentaux. C'est aussi une période de crise pour les familles en raison des transitions importantes qui ont lieu durant cette période : apprentissage de nouveaux rôles, de nouvelles identités, changements importants dans le couple, transformations très rapides chez le jeune enfant dont les signaux peuvent parfois être difficiles à interpréter par les parents.

Pour le médecin de famille, la rencontre avec une jeune famille est souvent une occasion privilégiée lui permettant d'observer ce qui s'y passe et d'infléchir l'évolution des choses en raison du caractère « non menaçant » de l'intervention.

Le D^r Martin St-André, psychiatre au service des consultations et coordonnateur des activités académiques, Programme de psychiatrie, exerce à l'Hôpital Sainte-Justine. Le D^r Alain Lebel, psychiatre, exerce à la clinique des « 0-3 ans » du service de pédiopsychiatrie de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal et est président sortant de l'Association québécoise pour la Santé mentale des nourrissons (AQSMN).

Très souvent, une petite intervention peut, à long terme, avoir des répercussions importantes et modifier de façon durable la trajectoire de la relation d'un enfant avec sa famille. De par sa position en première ligne, le généraliste peut apporter une aide précieuse aux familles qui consultent.

Diagnostic individuel ou diagnostic « familial » ?

Nous savons que la rencontre des familles avec de très jeunes enfants peut susciter de l'inquiétude chez le médecin. Beaucoup d'émotions, trop d'intentions cachées (quel est le vrai patient ?), de nombreuses contraintes de temps. Par ailleurs, ces situations nous forcent à aller vers l'essentiel.

Certaines situations peuvent nous heurter dans nos valeurs de par les similitudes ou les trop grandes différences avec notre quotidien. Il peut alors devenir difficile de garder une distance saine par rapport au problème en cause, avec la conséquence de vouloir en faire trop ou, au contraire, de se sentir totalement découragé et impuissant.

De par leur formation, les médecins savent poser des diagnostics décrivant une maladie particulière chez une personne donnée. Même s'il est vrai que les très jeunes enfants peuvent être présenter de troubles qui leur sont propres, par exemple au niveau du langage, des problèmes somatiques ou, même, du tempérament (comme la réaction

Très souvent, une petite intervention peut, à long terme, avoir des répercussions importantes et modifier de façon durable la trajectoire relationnelle d'un enfant avec sa famille. De par sa position en première ligne, le généraliste peut apporter une aide précieuse aux familles qui consultent.

ENCADRÉ 1

Sécurité de l'attachement

Pour le jeune enfant, la sécurité de l'attachement se construit au fil d'interactions harmonieuses et sensibles avec les parents. Ces schèmes intérieurs permettent à l'enfant de prédire les intentions et les comportements des figures d'attachement, et de mieux s'orienter dans le monde.

La sécurité de l'attachement peut être considérée comme un facteur de protection.

Psychopathologie parentale

La maladie mentale peut contribuer aux problèmes de la relation parent-enfant de façon directe et indirecte. C'est la gravité de la maladie plutôt que la spécificité du diagnostic qui influe sur le devenir des enfants. Parmi les facteurs de protection, on soulignera la qualité des interactions familiales, la présence d'un tiers significatif, la gravité moindre et l'absence de chronicité de la maladie.

Anxiété du jeune enfant

Certains jeunes enfants craignent à l'excès de perdre l'une des figures parentales. Ils s'accrochent au parent ou ont constamment besoin de sa présence, jour et nuit. Ces craintes se manifestent aussi en présence d'étrangers. On remarque souvent une attitude hésitante devant toute nouveauté et une inhibition lorsqu'ils ont l'occasion de manipuler de nouveaux jouets. Cette réaction apparaît souvent quand il y a eu séparation brusque (hospitalisation de l'enfant ou de la mère) ou quand des changements importants sont survenus autour de l'enfant. Des facteurs constitutionnels, tel un tempérament difficile, peuvent assombrir le tableau.

Troubles de l'adaptation

Il arrive fréquemment que le jeune enfant réagisse par de l'irritabilité, des conduites d'opposition ou de la tristesse aux changements significatifs de son entourage : retour au travail de l'un des parents, changement de gardienne ou arrivée d'un frère ou d'une sœur.

Aider la famille à donner un sens aux conduites de l'enfant, en les liant au facteur récent de stress est une démarche bien utile.

Troubles du sommeil

Qu'il s'agisse de cauchemars, de terreurs nocturnes ou de troubles de l'endormissement/réveil, les troubles du sommeil sont fréquents durant les trois premières années, et rendent difficile la vie des parents.

Après avoir éliminé toute étiologie organique (épilepsie, trouble respiratoire, etc.), on constate que le trouble du sommeil a le plus souvent une symptomatologie étroitement liée à l'interaction parents-enfant, interaction dans laquelle tous les partenaires jouent un rôle important.

parent, mais plutôt au niveau de l'interaction, de la « chimie » qu'ils ont développée entre eux. En psychiatrie du nourrisson, nous utilisons très souvent le diagnostic de « trouble de la relation parents-enfant ». Ce diagnostic ne concerne plus seulement l'individu mais les relations que les membres de la famille ont entre eux.

« Des douleurs de croissance »

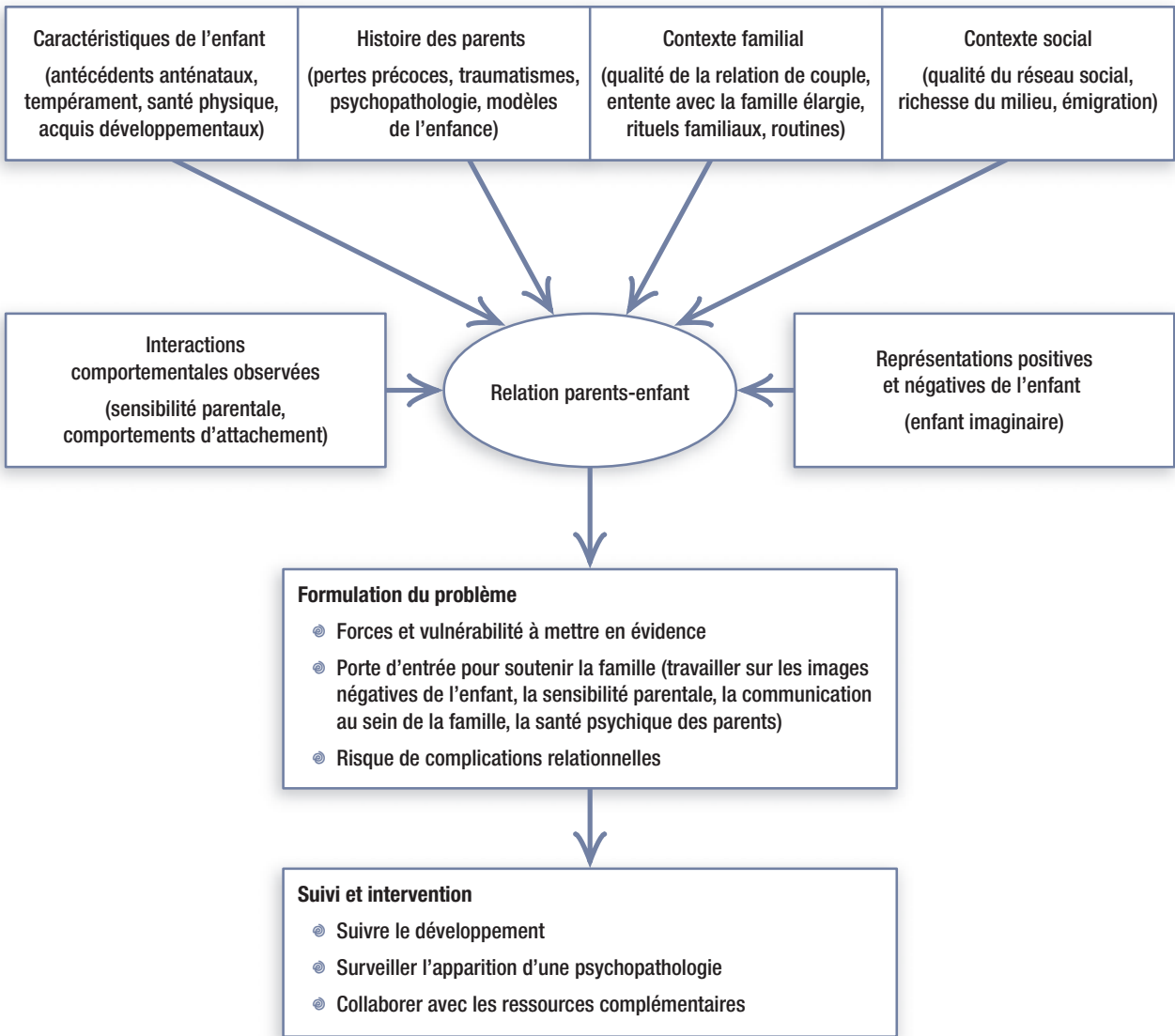
Les familles qui accueillent un nouvel enfant réagissent très fortement aux remarques des proches. Bien sûr, le rôle du médecin est de repérer ce qui est pathologique. En même temps, il est primordial de ne pas se contenter de mettre en lumière les difficultés relationnelles observées, mais aussi de consolider les forces de la famille. En créant une alliance de travail avec la famille, le médecin de famille se trouve dans une position privilégiée lui permettant de reconnaître et de soulager les « douleurs de croissance » repérées au sein de la cellule familiale. Au moment d'une rencontre avec toute la famille ou même d'une rencontre individuelle avec l'un des parents, le généraliste attentif peut reconnaître dans la relation des signes positifs (dévouement, désir de changement d'une génération à l'autre, soucis au sujet de la santé du bébé, sensibilité parentale) et négatifs (surprotection, attitude critique) et sur lesquels il peut ensuite s'appuyer pour améliorer son intervention. Il est normal de se montrer empathique devant les frustrations que les parents peuvent ressentir

à la nouveauté ou aux transitions), il est courant que le problème ne se situe ni du côté de l'enfant ni du côté du parent, mais plutôt au niveau de l'interaction, de la « chimie » qu'ils ont développée entre eux. lors de l'arrivée d'un nouveau bébé, en reconnaissant le défi que représente la création d'une nouvelle famille.

Il est courant que le problème ne se situe ni du côté de l'enfant ni du côté du parent, mais plutôt au niveau de l'interaction, de la « chimie » qu'ils ont développée entre eux.

FIGURE

Facteurs de risque et de protection



Bébé Daniel, « toujours malade »... sa sœur Marie, « manipulatrice »

M^{me} D. a pris rendez-vous pour son bébé de six mois, Daniel, qui pleure « continuellement ». Il ne fait pas ses nuits et présente des infections répétées des voies respiratoires supérieures (IVRS). Elle dit se lever toutes les nuits pour vérifier s'il respire encore. La mère a aussi amené son aînée, Marie, âgée d'à peine deux ans. Elle dit que Marie s'oppose

à elle sans cesse et qu'elle est « immature ». M^{me} D., une femme de 30 ans, demeure à la maison depuis son premier accouchement. Elle se plaint d'épuisement et de fortes tensions entre elle et son conjoint, mais précise qu'il n'y a toutefois pas de violence dans sa famille.

Comment préciser les problématiques et les facteurs de risque en cause (figure) ?

Tout en portant attention aux problèmes somatiques du

bébé, vous constatez que M^{me} D. est dans une situation difficile, qu'elle se sent isolée avec ses deux enfants. Le travail de nuit de son conjoint augmente le stress de la mère, qui cherche à protéger le sommeil du père lorsque les enfants pleurent. De ce fait, elle se montre inconsistante dans la prise des mesures qui visent à discipliner l'aînée, devenant, par le fait même, parfois trop permissive. Vous apprenez aussi qu'il lui a été difficile de quitter son emploi.

Les deux grossesses, rapprochées, n'avaient pas été planifiées de la sorte. La première grossesse s'est déroulée sans complication. La seconde grossesse a été menée à terme, mais a été compliquée par une pré-éclampsie et un diabète de grossesse. De ce fait, la mère a dû être hospitalisée à plusieurs reprises, pendant quelques jours. L'aînée a été gardée alors par une tante.

De quelle façon les parents vous parlent-ils de leur jeune enfant ?

La mère dit que Daniel est « toujours malade », ne fait pas ses nuits et pleure au point qu'elle doit le tenir « constamment » dans ses bras.

De Marie, l'aînée, elle dit que c'est une enfant difficile. Elle a dû être hospitalisée pendant quelques jours lorsqu'elle était âgée d'une semaine. Elle pleure encore souvent, ne fait pas ses nuits et demeure difficile à nourrir. L'arrivée de son frère n'a rien arrangé ; elle réagit en voulant imiter le bébé, en lui arrachant ses jouets ou en refusant de les partager avec lui.

Observer l'enfant et... l'interaction parent-jeune enfant

Vous remarquez que les deux enfants ont les traits tirés, et qu'ils ont l'air un peu négligés. Tous deux sont irritables et cherchent à accaparer l'attention de leur mère. L'examen du développement de Daniel vous révèle un bébé souriant, qui se tient assis. Le bébé Daniel, malgré son IVRS, arrive à vous sourire lorsque vous lui prêtez attention et regarde le nouvel entourage dans lequel il se trouve avec curiosité. En

même temps, vous notez qu'il a tendance à tressaillir lorsque le téléphone se met à sonner dans votre bureau. Quant à Marie, elle s'inquiète dès qu'elle doit se séparer de sa mère, et s'accroche à elle ou pleure dès qu'elle s'éloigne – même à l'intérieur de votre cabinet. Elle se montre timide et inhibée, ne sourit pas et ne cherche pas à établir un contact avec vous. Il est à remarquer que M^{me} D. dit que Marie est « manipulatrice », lorsqu'elle vient vous interrompre durant l'entrevue. Quant à Daniel, vous notez que la mère se précipite anxieusement vers lui dès qu'il se met à pleurer et qu'elle le tient dans ses bras tout en le changeant plusieurs fois de position en l'espace de quelques minutes, ce qui rend le bébé plus irritable au lieu de le calmer.

Formuler une première ébauche de compréhension : ouvrir des pistes, donner espoir

Cette famille se trouve confrontée à de nombreux facteurs de stress qui peuvent contribuer aux difficultés relationnelles rencontrées. La famille est isolée socialement et a peu de soutien de la part des grands-parents, qui vivent loin du centre où vous pratiquez. La mère est déçue par son conjoint, qui ne joue pas son rôle de soutien comme elle l'aurait souhaité. De plus, elle est plus anxieuse depuis ses grossesses. De ce fait, elle a le sentiment d'être débordée et inadéquate, sentiment renforcé par des bébés souvent malades et au tempérament difficile.

Dans cette situation, la répétition des symptômes d'un enfant à l'autre nous met sur la piste de difficultés relationnelles. Celles-ci peuvent être en lien avec un problème psychologique – mauvaise adaptation, anxiété, dépression – chez l'un ou l'autre des parents. Peut-être ce couple a-t-il du mal à s'entendre. Peut-être ces personnes se retrouvent-elles dans un rôle parental difficile à assumer, sans pouvoir trouver en elles-mêmes ou dans leur entourage des sources d'inspiration leur permettant de bien faire. Peut-être sont-elles aux prises, comme c'est souvent le cas, avec des souvenirs douloureux de l'enfance, qui refont surface durant

Peut-être ces personnes se retrouvent-elles dans un rôle parental difficile à assumer, sans pouvoir trouver en elles-mêmes ou dans leur entourage des sources d'inspiration leur permettant de bien faire. Peut-être sont-elles aux prises, comme c'est souvent le cas, avec des souvenirs douloureux de l'enfance, qui refont surface durant cette période.

cette période. Des difficultés actuelles ou des problèmes intergénérationnels complexes peuvent ainsi venir teinter leurs relations avec Marie et Daniel.

Même si les problèmes sont nombreux et entremêlés, vous décidez quand même de proposer à M^{me} D. de revenir avec son conjoint. Vous pourrez observer alors leur dynamique de près, non sans avoir reconnu que la famille traversait une période difficile à cause de l'arrivée des deux enfants et que la vie de ce couple était mise à l'épreuve. Vous vous informez de la possibilité de faire garder les enfants. M^{me} D. demandera à sa mère de venir l'aider cette fois-ci.

Une deuxième rencontre : faire confiance à l'autre

Lors de la deuxième rencontre, le couple vous semble tendu, mais rapidement on vous parle d'une autre grossesse, qui s'est soldée par une fausse-couche, juste avant la naissance de l'aînée. Le père était déçu parce qu'il aurait aimé avoir un garçon à ce moment-là. Par ailleurs, il ne croyait pas qu'avoir des enfants serait pour lui une tâche si exigeante.

En interrogeant M^{me} D. sur ses antécédents personnels, on apprend qu'elle avait déjà fait un « burn-out », s'accompagnant d'agoraphobie, et que ce trouble est revenu en force depuis la naissance de son deuxième enfant. Elle se sent d'ailleurs continuellement fatiguée depuis la naissance de Marie, et il lui est difficile de distinguer les troubles du sommeil dus à son anxiété de ceux qui sont liés aux enfants, qui ne dorment pas la nuit. Ses enfants suscitent chez elle beaucoup d'anxiété. Elle est incapable de faire confiance à son conjoint et pense qu'il n'est pas assez vigilant et qu'il ne saura pas les protéger en cas de danger.

Elle se plaint aussi du peu d'aide que lui prêtent ses parents. Elle se rappelle qu'enfant elle ne se sentait pas désirée, et que dès l'âge de cinq ou de six ans, elle fugait. Sa mère avait perdu un bébé subitement et avait fait une dépression à l'époque. Elle se reconnaît dans la conduite d'opposition de Marie et ne veut pas que sa propre fille devienne comme elle. Après que vous l'avez rassurée un peu pendant qu'elle faisait son récit, elle vous parle du lien qui existe entre ses comportements protecteurs face à ses enfants et sa crainte qu'il ne survienne une catastrophe dans leur vie, un peu comme cela était survenu dans sa propre enfance.

Pour sa part, M. D. parle d'emblée de son impulsivité et de son irritabilité, éveillées notamment par les pleurs des enfants, mais aussi de son manque chronique de sommeil

ENCADRÉ 2

Ressources pour parents en difficulté

Les CLSC ont des services de première ligne Famille Enfance Jeunesse.

Les hôpitaux ayant un service de pédopsychiatrie accueillent des familles avec des jeunes enfants selon leurs modalités d'admission.

Les hôpitaux universitaires ont en majorité des services spécialisés pour les enfants de 0 à 5 ans.

Il peut également être utile de consulter le site Internet de l'Association québécoise pour la santé mentale des nourrissons, à la rubrique « ressources au Québec » ou « ressources sur le Web », pour trouver de nombreuses adresses. Adresse du site : <http://www.aqsmn.iquebec.com>

lié à son travail de nuit. Il veut aider sa femme en la rassurant, mais il s'y prend mal, en la critiquant sans cesse pour ses soucis excessifs. Vous apprenez que M. D. a été élevé par sa mère, après la séparation de ses parents, alors qu'il n'avait que trois ans. Ses contacts avec son propre père ont été très limités. Il aime s'occuper de sa fille et sortir jouer dehors avec elle. Il sait moins comment s'y prendre avec le bébé, qu'il trouve trop fragile et petit.

Que dire à la famille ? Une « recette » à inventer pour chaque cas particulier

Chaque famille est unique et le clinicien doit faire preuve de créativité dans l'élaboration d'un « plan de traitement » familial. La facilité avec laquelle ces parents vous confient toutes leurs difficultés est un signe indéniable de confiance à votre égard. Vous vous appuyez sur cette alliance thérapeutique pour vérifier jusqu'à quel point les craintes de M^{me} D. par rapport à la compétence de son conjoint sont réalistes, compte tenu de sa fatigue et de son « impulsivité ». Monsieur D. la rassure, en lui rappelant les moments qu'il a passés avec Marie et dont tous deux étaient contents. Il dira qu'il pourra faire de même avec Daniel dès qu'il grandira un peu et sera moins souvent « malade ».

Même si Daniel est un peu malade et peut rappeler à M^{me} D. le frère qu'elle n'a jamais eu, ce bébé a l'air costaud et se développe bien. Son père apprendra à s'en occuper sans risque de le « briser ». C'est un bébé un peu nerveux. Pour s'en sortir M^{me} D. devra rencontrer des gens qui vont la soutenir, sans qu'elle ait honte d'être en apprentissage.

Il est normal que de mauvais souvenirs de son enfance la submergent.

Les protestations de Marie peuvent bien être liées à des craintes de « reperdre » sa mère, et l'arrivée de son frère l'incite à régresser. Elle doit aussi apprendre à jouer son rôle d'aînée, en réalisant les avantages que lui donne un statut, avantages dont son petit frère ne pourra jamais profiter. Mais ce genre d'apprentissage ne peut se faire que si elle passe des moments, seule à seuls, avec ses parents.

Nous avons aussi appris que Marie aime jouer avec les autres enfants de son âge, malgré sa jalousie manifeste envers son frère. La famille connaît-elle des lieux qui permettraient à Marie de lier des relations sociales avec d'autres enfants? Une amie de la mère a une garderie chez elle, et elle lui a déjà proposé d'y aller avec les enfants en visite. Vous informez la famille que le CLSC organise des groupes parents-enfants et qu'il y a même une « Maison de la famille » dans leur quartier.

Chacun des deux parents a besoin de repos. Les tensions dans un couple sont fréquentes à l'arrivée d'un bébé et ne conduiront pas nécessairement à une séparation, comme peut le craindre le père à cause de ce qui est arrivé à ses parents. Mais il leur faut trouver un peu de temps à passer ensemble et à développer de nouveaux liens.

Une fois qu'ils semblent détendus, les parents disent qu'il leur manque du temps pour se retrouver ensemble. Les seules personnes de confiance qui pourraient garder leurs enfants demeurent les grands-parents. Bien qu'ils ne soient pas certains de pouvoir passer outre à leurs critiques en ce qui concerne leur façon d'élever les enfants, ils pourraient demander leur aide à l'occasion.

Une fois ces forces et ces ressources de la famille mieux circonscrites, vous vous penchez sur la santé psychologique des deux parents et leur demandez s'ils jugent avoir besoin d'aide à cet égard. Vous apprenez que M^{me} D. a été suivie quand elle était plus jeune par un autre médecin auquel elle faisait confiance. Elle sait qu'elle peut le contacter de nouveau. Quant au père, il consulte rarement. Profitant du contact positif qu'ils ont établi avec vous, vous lui propo-

sez alors de le revoir seul pour discuter de ses difficultés de sommeil et d'irritabilité, ce qu'il accepte.

Quant aux difficultés des enfants, vous recommandez la mise en place d'un programme plus stable et conseillez aux parents de revenir vous voir sous peu pour en parler. Si les difficultés persistent toujours, il sera possible de les adresser à des spécialistes qui pourront regarder ces faits de façon plus détaillée avec eux.

Certains diront que plusieurs de ces interventions sont d'ordre psychosocial, mais elles sont essentielles pour établir une alliance de travail véritable avec une famille. Le *monitoring* pédiatrique est une méthode privilégiée qui permet de voir ce qui se passe – relancer la mère au sujet de la santé de Daniel donne l'occasion de s'enquérir de la relation qui s'est établie au sein de la famille. L'appui sur les ressources internes, familiales ou sociales, déjà disponibles, compte pour beaucoup dans l'intervention. La famille garde le sentiment de se les réapproprier, tout en se sentant entendue. De plus, cela laisse une ouverture s'il devient nécessaire d'orienter la famille vers des ressources complémentaires, une fois la relation de confiance établie.

LE TRAVAIL AVEC les très jeunes enfants et leur famille apporte souvent des changements considérables et rapides malgré des situations fort complexes à première vue. La rapidité des changements est parallèle à une plasticité adaptative de chaque membre de la famille durant cette période si particulière de la vie où tous les espoirs sont permis. Dans les situations particulièrement difficiles, le partenariat avec les autres instances d'aide – CLSC, pédopsychiatrie, protection de la jeunesse – est très important, car il permet à chacun de s'appuyer sur un réseau de soutien des familles en grande difficulté. ☘

Date de réception : 28 mars 2003.

Date d'acceptation : 23 avril 2003.

Mots clés : relation parent-enfant, facteurs de risque et de protection, intervention précoce, troubles relationnels précoces, attachement, intervention familiale.

Le *monitoring* pédiatrique est une méthode privilégiée qui permet de voir ce qui se passe – relancer la mère au sujet de la santé de Daniel donne l'occasion de s'enquérir de la relation qui s'est établie au sein de la famille.

S U M M A R Y

Early parent-infant relationship disorders: the role of the primary care physician. Family physicians are often in the unique position to contribute to an early assessment and intervention in a primary care setting. In this paper, the notion of parent-infant relationship disorder is reviewed. We discuss how this diagnosis is made through careful history taking of risk and protective factors and through some observation of parent-infant interactions in the office. In a case vignette involving a “sickly” 6-month old boy and his “manipulative” two-year old sister, we discuss how the family physician can establish a working alliance with a family “at risk”, formulate treatment recommendations, and provide infant monitoring and support in collaboration with other health care workers.

Key words: Early parent-infant interaction, risk and protective factors, early intervention, early relationship disturbances, attachment, family intervention

Lectures suggérées

1. Gauthier Y, rédacteur. Défis actuels en petite enfance. *PRISME* 2000; 33.
2. Lebel A, rédacteur. Observer les bébés : qu'en retire le clinicien, *PRISME* 2000; 31.
3. Lebovici S, Weil-Halpern F. *Psychopathologie du bébé*. Paris : Presses universitaires de France; 1989.
4. Lieberman AF, Wieder S, Fenichel E, rédacteurs. Classification diagnostique de 0 à 3 ans. Études de cas. Guide pour l'utilisation de la classification des troubles de la santé mentale et du développement de la première et de la petite enfance 2000. Genève : Éditions Médecine et Hygiène; 2000.
5. Lieberman AF, Zeanah CH. Disorders of attachment in infancy. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 1995; 4 : 571-87.
6. St-André M, Mottron L, Gauthier Y. Troubles précoces de l'enfance. Dans : Lalonde P, Aubut J, Grunberg F, rédacteurs. *Psychiatrie clinique : Une approche bio-psycho-sociale*. Gaëtan Morin, éd.; 2001 Tome II : 990-1017.
7. St-André M, rédacteur. Parents en souffrance : répercussions sur les liens précoces. *PRISME* 1996; 6 (1).
8. Zeanah CH. *Handbook of Infant Mental Health*, 2^e éd. New York : Guilford Press 2000.
9. Association québécoise pour la santé mentale des nourrissons (AQSMN). Disponible : URL : <http://www.aqsmn.iquebec.com>
10. American Psychiatric Association. *DSM-IV : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4^e éd. Washington : APA, 1994.



TOUT OREILLES

TOUT YEUX

Le programme d'assurance de la FMOQ, ce sont des protections sur mesure à des taux de groupe avantageux, mais aussi le regard expert et l'écoute attentive d'une équipe de professionnels dédiée au service des médecins et résidents.

- assurance automobile et habitation
- assurances vie, accidents, salaire
- assurance médicaments
- assurance voyage
- assurance juridique



Plus de la moitié des médecins bénéficient des nombreux avantages de ce programme.

Pour obtenir une soumission gratuite, communiquez sans tarder avec un conseiller de l'équipe SANTÉ de Dale-Parizeau LM.



**DALE ·
PARIZEAU
LM**

Cabinet de services financiers

Hull, Jonquière, Montréal
Québec (Poitras, Lavigueur)
Sherbrooke (Dunn-Parizeau)

Sans frais, partout au Québec :
1 877 807-3756

www.dplm.com

**Au service des médecins
omnipraticiens depuis 25 ans.**