

## INTRODUCTION

### Médecine & Hygiène | *Devenir*

2009/5 - Numéro spécial  
pages 19 36

ISSN 1015-8154

Article disponible en ligne l'adresse:

-----  
<http://www.cairn.info/revue-devenir-2009-5-page-19.htm>  
-----

Pour citer cet article :

-----  
Introduction,  
*Devenir*, 2009/5 Numéro spécial, p. 19-36. DOI : 10.3917/dev.hs95.0019  
-----

Distribution électronique Cairn.info pour Médecine & Hygiène.

Médecine & Hygiène. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'auteur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

# Introduction

La Classification Diagnostique de la Santé Mentale et des Troubles Développementaux de la Petite Enfance (DC:0-3R), publiée en 1994, a été élaborée pour répondre à la nécessité d'une approche développementale des difficultés psychologiques dans les quatre premières années de la vie. La création de la classification DC:0-3R a représenté la première tentative – menée par un groupe de cliniciens expérimentés – pour élaborer un système utile qui complète (sans les remplacer) les systèmes existants, comme le Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux de l'Association Psychiatrique Américaine (DSM-III-R, 1987) et la Classification Internationale des Maladies de l'Organisation Mondiale de la Santé (CIM 9).

Les concepteurs de la DC:0-3 souhaitaient prendre en compte les nouvelles connaissances disponibles concernant : 1) les facteurs qui contribuent aux patterns de développement adaptés et inadaptés ; 2) la signification des différences interindividuelles dans la petite enfance. Leur objectif était de proposer des critères de classification susceptibles d'améliorer leur utilisation clinique, d'améliorer la communication entre professionnels et de guider la recherche. Le présent manuel, publié une dizaine d'années après la parution de la classification originelle, propose une révision qui met à jour les critères de classification utilisés, intègre de nouvelles connaissances issues de l'expérience clinique et tente de clarifier certaines zones d'ambiguïté persistantes dans l'utilisation de ce système.

## Les origines de la DC:0-3R

DC:0-3R a été conçue par un groupe de travail pluridisciplinaire mis en place en 1987 par ZERO TO THREE (le centre national américain pour les bébés, les jeunes enfants et leurs familles), une organisation qui

regroupe des professionnels reconnus, issus de plusieurs disciplines dans le champ du développement du bébé et de la santé mentale. Ce groupe de travail était composé de cliniciens et de chercheurs travaillant au sein de centres spécialisés dans la santé mentale du jeune enfant, en Amérique du Nord et en Europe. Les membres du groupe ont ainsi pu analyser de manière systématique les cas rapportés par chacun des centres de référence, identifier des patterns récurrents de difficultés, et décrire des catégories de troubles. Le processus d'élaboration de la classification était dès lors particulièrement ouvert et sensible aux apports de différentes disciplines.

Sur la base d'un consensus d'experts, un premier ensemble de catégories diagnostiques a pu émerger. Les membres du groupe ont considéré que, compte tenu des limites actuelles dans le domaine de la santé mentale du bébé, les catégories diagnostiques de ce nouveau système de classification ne pourraient être que descriptives, c'est-à-dire représentant des patterns de symptômes significatifs. Certaines catégories incluaient des événements associés (par exemple entre un événement traumatique et un groupe de symptômes) ou des caractéristiques développementales associées (par exemple entre des patterns sensoriels ou moteurs et un groupe de symptômes à une étape particulière du développement précoce). Il en a résulté un système basé sur cinq axes :

- Axe I: Diagnostic Primaire.
- Axe II: Classification des Troubles de la Relation.
- Axe III: Affections Médicales et Troubles du Développement.
- Axe IV: Facteurs de Stress Psychosociaux.
- Axe V: Niveau Fonctionnel du Développement Emotionnel.

Après avoir accompli ce travail, le groupe reconnut que la nouvelle classification des troubles mentaux dans cette tranche d'âge ne pouvait constituer qu'une première étape. L'extrait suivant de l'introduction du manuel est à cet égard explicite.

Dans toute entreprise scientifique, mais particulièrement dans un domaine nouveau, il existe une tension salutaire entre le désir d'analyser les résultats d'une recherche systématique avant d'en présenter les conceptualisations, mêmes initiales, et le besoin de faire connaître ces conceptualisations préliminaires afin qu'elles puissent servir de base à la collecte systématique de données, qui

pourront conduire à des efforts basés davantage sur l'expérience... Le développement de la Classification Diagnostique:0-3 ans constitue un premier pas important: la présentation de catégorisations, basées sur un consensus d'experts, des troubles du développement et de la santé mentale dans les premières années de la vie. En tant que cadre évolutif, cette conceptualisation ne prétend pas inclure toutes les maladies ni tous les troubles possibles. Elle constitue, pour les cliniciens et les chercheurs, un guide initial pour faciliter le diagnostic et les conduites à tenir, ainsi que la communication et la recherche ultérieures.

## **L'utilité de DC:0-3R et le besoin de sa révision**

Les cliniciens qui se préoccupent de la santé mentale des jeunes enfants ont accueilli favorablement la DC:0-3R et l'ont trouvée utile à leurs élaborations cliniques. Des traductions ont été publiées en hollandais, français, allemand, italien, coréen, portugais, serbe et espagnol. Des traductions à diffusion plus limitée ont également été réalisées dans d'autres langues.

Puisque son utilisation était si répandue, on pouvait s'interroger sur la pertinence d'une révision de la DC:0-3R. Plusieurs raisons ont motivé ce travail. Premièrement, tout système de classification diagnostique devrait être revu et mis à jour dix ans après chaque publication, et tout particulièrement s'il s'agit d'un nouveau système. Les auteurs de la DC:0-3R ont conçu ce système pour qu'il évolue. Deuxièmement (et plus spécifiquement), les utilisateurs ont relevé au fil du temps certaines limites dans l'utilisation des critères diagnostiques de la DC:0-3R. Certaines catégories diagnostiques manquaient de critères et d'autres présentaient des critères qui nécessitaient des éclaircissements. Ces critères, qui étaient formulés en des termes très généraux dans la DC:0-3R, appelaient un langage plus «opérationnel», adapté aux activités de communication et de recherche. Troisièmement, dans la mesure où un nombre croissant de cliniciens trouvaient la DC:0-3R utile non seulement pour communiquer sur les troubles, mais également pour l'élaboration clinique de cas individuels et la planification des prises en charges, le système nécessitait d'être revu dans cette perspective. De manière tout aussi importante, une révision de la DC:0-3R permettait d'y intégrer de nouvelles connaissances et expériences cliniques dans le domaine de la santé mentale du jeune enfant.

En envisageant la révision de la DC:0-3R, ses concepteurs se sont accordés sur le fait que la plupart des cliniciens attendraient d'une révision qu'elle intègre les données d'une évaluation du système. L'évaluation de toute classification diagnostique devrait inclure la manière dont elle couvre les problèmes et les syndromes cliniques, de même que son utilité globale en termes de pratique, de formation et de recherche. L'utilisation clinique d'une classification est essentielle pour estimer la fiabilité et la validité de son système. Les témoignages sur l'utilisation de la DC:0-3R rapportés dans la littérature durant les dix ans qui suivirent sa publication ont apporté peu d'information sur la fidélité des diagnostics portés par les cliniciens, ce qui n'est pas surprenant au regard du manque de spécificité des critères de la DC:0-3R. Le numéro spécial de l'*Infant Mental Health Journal* dédié aux essais de la DC:0-3R en est illustratif (Guedeney et Maestro, 2003). Les résumés des essais conduits à Montréal, Tel-Aviv, Paris, Lisbonne et Topeka suggéraient que les trois premiers axes de la DC:0-3R étaient utiles dans la classification des troubles et que l'ensemble des entrées diagnostiques proposées reflétait la diversité des cas cliniques rencontrés sur les sites de référence. La DC:0-3R était également jugée utile pour l'élaboration clinique de ces cas. Cependant, le fait que les chercheurs n'aient reporté la fidélité des diagnostics que dans seulement deux de ces cinq essais signalait la nécessité de porter une attention particulière à cette question.

Si un système de classification doit perdurer, évoluer et être utilisé dans la recherche, sa validité doit être établie. Elle peut l'être en examinant ses liens avec d'autres formes d'évaluation reconnues ainsi qu'avec les évolutions dans le temps des patients. Cependant, comme les chercheurs peuvent l'observer, la fidélité fixe des limites à l'évaluation de la validité. La clarté de la communication dépend dans une large mesure du degré d'accord entre deux cliniciens sur un diagnostic lorsqu'ils sont confrontés aux mêmes données concernant un patient. Ce n'est qu'à partir du moment où les degrés d'accord concernant les catégories diagnostiques peuvent être établis que les chercheurs peuvent entreprendre l'étude de leur validité. Ainsi, bien qu'un nombre croissant de cliniciens, d'éducateurs, et de professionnels de la santé mentale du jeune enfant trouvaient la DC:0-3R utile (et particulièrement en comparaison avec d'autres systèmes), ses auteurs se sont accordés sur la nécessité d'en réviser les critères pour en augmenter la fidélité. C'est à cette condition que les essais cliniques ultérieurs pourraient contribuer à promouvoir son évolution continue.

Après avoir examiné les cinq essais cliniques de la DC:0-3R ainsi que les problématiques de fidélité et validité, Emde et Wise (2003) ont proposé que l'organisation ZERO TO THREE entreprenne une révision circonscrite du système. L'objectif ne serait pas de changer les catégories diagnostiques (du moins en l'absence de raisons empiriques sérieuses de le faire) mais plutôt de fournir les précisions et clarifications nécessaires afin d'augmenter la fidélité diagnostique entre les cliniciens et de progresser un peu plus vers l'évolution empirique du système. De surcroît, cette révision aurait pour objectif d'améliorer l'utilisation de la classification dans le cadre de l'élaboration de cas cliniques.

Fin 2003, ZERO TO THREE a mandaté un groupe de travail pour soumettre une version révisée de la DC:0-3R dans un délai de deux ans. Le groupe a recensé la littérature clinique et les systèmes existants, conduit deux sondages auprès des utilisateurs de la classification à travers le monde, et recueilli l'opinion d'experts reconnus dans certains domaines. Le groupe s'est réuni de manière hebdomadaire par des conférences (à distance et en présence) pour clarifier le texte et les critères diagnostiques. La DC:0-3R est le produit de ces deux années de travail.

## **La DC:0-3R et ses relations avec les autres systèmes de classification**

L'objectif de la DC:0-3R était de fournir un complément – dans le domaine de la petite enfance – aux autres systèmes de classification diagnostique existants. Sa version révisée prolonge cet objectif. La DC:0-3R constituait une réponse à la difficulté pour le DSM d'inclure : 1) une couverture suffisamment large des syndromes de la petite enfance qui nécessitent une attention clinique et ; 2) une considération suffisante pour les spécificités développementales de ces troubles précoces. Il est intéressant de noter que depuis la publication de DC:0-3R (c'est-à-dire de 0 à 3 ans), les cliniciens ont plutôt utilisé le système pour catégoriser des troubles dans les 4 premières années, beaucoup jugeant même le système utile durant toute la période préscolaire. Cette forme d'utilisation nécessitait clairement d'intégrer la DC:0-3R avec les critères du DSM (American Psychiatric Association, 1994) pour des enfants plus âgés.

En 2001-2002, l'Académie Américaine de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent a constitué un groupe de travail sur les critères diagnostiques à visée de recherche chez l'enfant d'âge préscolaire (RDC-PA, pour *Research Diagnostic Criteria: Infancy and Preschool*, 2003). Nous nous sommes efforcés d'intégrer ces critères dans la DC:0-3R chaque

fois que possible. Il convient cependant de noter que les deux groupes de travail poursuivaient des objectifs différents.

- Le groupe RDC-PA a pris comme point de départ les catégories diagnostiques du Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux – Quatrième édition – Texte révisé (DSM-IV-TR, American Psychiatric Association, 2000) et a ensuite spécifié des critères appropriés pour les enfants d'âge préscolaire. À l'inverse, la DC:0-3R et la DC:0-3R comporte des catégories diagnostiques spécifiques, que l'on ne retrouve pas dans le système DSM.
- Le groupe RDC-PA s'est focalisé sur les critères diagnostiques pour la recherche, sans en considérer l'utilité pour les pratiques cliniques. La DC:0-3R et la DC:0-3R portent en revanche une attention centrale à l'utilisation clinique du système, notamment en incluant l'évaluation des relations avec les personnes qui s'occupent de l'enfant et l'évaluation du fonctionnement socio-émotionnel.
- Le groupe RDC-PA a focalisé avant tout son attention sur la période préscolaire. Les classifications DC:0-3R et DC:0-3R sont dédiées aux trois premières années de la vie.

Nonobstant ces différences, les convergences entre les deux perspectives sont importantes. Après avoir recensé les nouveaux arguments en faveur de certaines catégories diagnostiques liées au système DSM-IV-TR, le groupe de travail de la DC:0-3R a adopté les catégories suivantes, issues du travail du groupe RDC-PA :

- Les sous-catégories de Troubles Anxieux après l'âge de 2 ans.
- L'utilisation des Troubles Envahissants du Développement (comme l'autisme ou les Troubles Envahissant non spécifiés) après l'âge de 2 ans (la DC:0-3R maintient les Troubles du Développement Multisystème comme un diagnostic possible pour les enfants avant l'âge de 2 ans).
- Les sous-catégories de Troubles du Comportement de Sommeil.
- Les sous-catégories de Troubles du Comportement Alimentaire.

Comme c'était le cas pour la DC:0-3R, la DC:0-3R encourage le lecteur à se référer au DSM-IV-TR et à la *Classification Internationale des Maladies* de l'Organisation Mondiale de la Santé (CIM 10; 1992), l'un et l'autre décrivant certains troubles de la santé mentale typiquement diagnostiqués dans la petite enfance. Si un diagnostic du DSM-IV-TR

décrit au mieux les difficultés primaires en présence, il devrait être codé sous l'Axe I de la DC:0-3RR. Par exemple, si le diagnostic de Pica, ou de Trouble de la Rumination, ou de Trouble Obsessionnel Compulsif (tous trois non inclus dans le système DC:0-3RR) s'avèrent appropriés, alors le clinicien devrait mentionner ces diagnostics sous l'Axe I. De la même manière, si un enfant d'âge préscolaire présente les signes manifestes d'un trouble du comportement précoce – comme un Trouble Hyperactif avec Déficit Attentionnel, un Trouble des Conduites, ou un Trouble Oppositionnel avec Provocation – le clinicien peut utiliser les critères du DSM-IV-TR tels qu'adaptés par le groupe RDC-PA (2003). Ces troubles peuvent être spécifiés sous la mention «Autres Troubles (DSM-IV-TR ou CIM 10)» de l'Axe I [Code 800].

De multiples maladies ou affections médicales de la petite enfance influencent le développement en général et le développement émotionnel en particulier. Ces situations médicales, décrites dans des classifications comme la CIM 10, devraient être spécifiées sous l'Axe III de la DC:0-3RR. Les professionnels de la petite enfance (éducateurs, orthophonistes, psychomotriciens, etc.) utilisent certaines classifications particulières pour organiser et systématiser les données développementales relatives à la communication, au développement moteur ou encore au fonctionnement sensoriel. Ces éléments devraient également être spécifiés sous l'Axe III de la DC:0-3R.

## **Le processus diagnostique et l'élaboration clinique**

Avant d'examiner les changements dans cette version révisée de la DC:0-3R, il semble important d'envisager les caractéristiques du processus diagnostique en général, ainsi que certaines considérations préalables sur le processus d'élaboration clinique dans le contexte du développement précoce.

### **Le processus diagnostique**

Pour le praticien, le processus diagnostique est continu. Un diagnostic n'est pas produit sur la base d'un tableau «instantané» de symptômes, mais sur la base d'une collecte continue d'informations dans le temps dans le but de comprendre les multiples aspects des difficultés, de même que les variations dans l'adaptation et le développement qui se révèlent en différentes occasions et dans différents contextes.

Ce processus diagnostique intègre deux composantes : la catégorisation des troubles et l'évaluation des individus. Ce sont bien les troubles



qui sont catégorisés, et non les individus. Les troubles sont catégorisés avant tout pour permettre aux cliniciens de communiquer clairement sur les syndromes décrits. Ils peuvent alors mettre en lien leurs observations cliniques avec l'ensemble des connaissances disponibles concernant l'étiologie, la pathogenèse, la trajectoire d'un trouble et les anticipations possibles concernant la prise en charge. Cette utilisation d'un langage commun dans le processus diagnostique facilite la collaboration entre cliniciens et la mobilisation des services de santé appropriés. L'évaluation des individus, elle, précède nécessairement la catégorisation diagnostique; l'une et l'autre sont utilisés dans le processus d'élaboration clinique.

L'élaboration clinique implique la convergence de multiples observations et sources d'informations concernant l'individu, au sein d'un schéma diagnostique général permettant de guider le clinicien dans la suite de la prise en charge. A mesure que les classifications DSM et CIM ont évolué vers des formes multi-axiales, les cliniciens les ont utilisées non plus seulement dans un objectif de catégorisation des troubles mais également pour étayer et guider les processus d'évaluation et d'élaboration clinique. Les trois premiers axes de ces classifications traitent de la catégorisation des troubles alors que les quatrième et cinquième axes sont dédiés à l'évaluation des individus dans leurs contextes de vie. La DC:0-3R et la DC:0-3R suivent un schéma multi-axial similaire. Les axes I (Troubles Cliniques), II (Troubles de la Relation) et III (Affections Médicales et Troubles du Développement) sont consacrés à la catégorisation des troubles. Les axes IV (Facteurs de Stress Psychosociaux) et V (Fonctionnement Emotionnel et Social) reflètent le processus d'évaluation des individus en contexte.

### **Le processus d'élaboration clinique chez le bébé et le jeune enfant**

En évoquant ce processus d'élaboration clinique dans le cas particulier des bébés et des jeunes enfants, les auteurs de la DC:0-3R ont formulé deux remarques centrales :

- L'évaluation et le diagnostic prennent en compte le fait que tous les bébés ont leur propre progression développementale et présentent des différences individuelles dans leur fonctionnement moteur, sensoriel, langagier, cognitif, affectif et interactif.
- Tous les bébés et les jeunes enfants sont des partenaires actifs dans les relations. Les relations les plus importantes pour les jeunes enfants

sont habituellement celles qu'ils construisent à l'intérieur de leur famille. Les familles elles-mêmes construisent des relations au sein d'un environnement communautaire et culturel plus large.

Toute intervention ou programme de prise en charge devrait se baser sur une compréhension la plus complète possible de l'enfant et de ses relations. Contraints par le temps, les cliniciens peuvent être tentés de focaliser leur attention sur un nombre limité de variables en ne portant qu'un regard périphérique sur les autres sources d'influence possible du développement. Ils peuvent également être tentés de faire l'économie d'une évaluation du fonctionnement de l'enfant dans les secteurs où les outils ne sont pas complètement élaborés ou dans les secteurs où leur propre formation est incomplète. Bien que ces phénomènes soient compréhensibles, tout clinicien confronté à l'établissement d'un diagnostic et à la mise en œuvre d'une prise en charge doit prendre en compte toutes les dimensions pertinentes du fonctionnement de l'enfant. De manière autonome ou avec l'appui d'une équipe, le clinicien se doit de mobiliser les connaissances actuelles dans chaque domaine de fonctionnement et d'évaluer à la fois les faiblesses et les ressources d'un enfant et de sa famille.

Dans cette perspective, un clinicien ou une équipe a nécessairement besoin de plusieurs séances pour appréhender comment un bébé ou un jeune enfant se développe dans chaque domaine de fonctionnement. Quelques questions aux parents ou aux donneurs de soins peuvent permettre un premier tour d'horizon mais ne sauraient constituer à elles seules une évaluation. Une évaluation complète implique habituellement un minimum de trois à cinq séances de 45 minutes ou plus chacune. Classiquement, une évaluation exhaustive comprendra :

- Un entretien avec les parents, centré sur l'histoire développementale de l'enfant.
- Une observation directe du fonctionnement de la famille (de la dynamique parentale, des relations parents-enfant, des patterns d'interaction).
- Le recueil d'informations (à travers des observations directes et/ou des témoignages) sur les caractéristiques individuelles de l'enfant, son langage, sa cognition, son expression émotionnelle.
- L'évaluation de son traitement et de sa réactivité sensoriels, de sa tonicité motrice, de ses capacités de planification motrice.

En plus de permettre de repérer les troubles cliniques, cette évaluation devrait permettre une appréhension globale de :

- La nature des difficultés et des forces de l'enfant, incluant son niveau global d'adaptation et de fonctionnement dans les principaux secteurs du développement (social et émotionnel, relationnel, cognitif, langagier, sensoriel et moteur) mis en regard avec les normes développementales habituelles.
- La contribution relative des compétences de l'enfant comme de ses difficultés aux différents domaines investigués (relations familiales, patterns d'interaction, stress, patterns constitutionnels et maturationnels).
- Un premier plan de prise en charge ou d'intervention préventive concernant chacun des deux points qui précèdent.

Sous réserve qu'ils disposent de suffisamment de temps et de ressources, des cliniciens bien formés peuvent conduire ces évaluations complètes dans différents contextes. Un clinicien qui conduit une évaluation diagnostique et planifie une prise en charge devrait avoir une expérience dans l'évaluation des différents secteurs décrits plus haut et dans l'intégration de ces différents éléments au sein d'une élaboration clinique cohérente. Les équipes qui ne disposent d'une expertise que dans certains domaines d'évaluation et d'intervention devraient rechercher la collaboration de collègues spécialisés dans les autres domaines. Par exemple, l'évaluation des troubles de la régulation du traitement sensoriel peut requérir l'expertise d'un ergothérapeute formé à l'évaluation du traitement sensoriel et des capacités d'intégration des bébés et des jeune enfants.

La version révisée de la DC:0-3R préserve le système de classification multi-axiale qui s'est révélé si utile à l'élaboration clinique. L'utilisation de ce système amène le clinicien à focaliser son attention sur les facteurs qui peuvent contribuer aux difficultés du bébé ou du jeune enfant, sur ses ressources adaptatives, et sur les autres secteurs de son fonctionnement pour lesquels une intervention pourrait s'avérer souhaitable. Les intitulés des différents axes sont à peu près identiques à ceux de la précédente version, mais intègrent quelques changement de formulation recommandés par les utilisateurs. Ces intitulés sont les suivants :

Axe I: Troubles Cliniques.

Axe II: Classification des Troubles de la Relation.

Axe III: Affections médicales et Troubles Développementaux.

Axe IV : Facteurs de Stress Psychosociaux.

Axe V : Fonctionnement émotionnel et social.

Chaque axe sera décrit en détail dans les pages qui suivent et l'annexe A fournira des recommandations dans le choix des diagnostics et la sélection des classifications.

## **Un résumé des changements dans la DC:0-3R**

La plupart des changements qui distinguent les deux versions spécifient et clarifient les critères diagnostiques pour des catégories de troubles déjà présentes dans l'Axe I de la DC:0-3R. Bien que le groupe de travail chargé de la révision n'ait pas eu pour objectif de changer les principales catégories, il s'est autorisé à introduire des modifications lorsque de solides arguments permettaient de le justifier. Ces changements sont notamment les suivants :

- La DC:0-3R n'inclut plus le Trouble de l'Identité de Genre parce qu'aucun élément empirique ne justifie finalement l'utilisation de cette catégorie dans les premières années de la vie.
- Nous avons retiré l'expression «Trouble de l'Attachement Réactionnel» de la catégorie Trouble de l'Attachement Réactionnel à une situation de Carence ou de Maltraitance. L'intitulé initial a en effet généré une relative confusion chez certains utilisateurs, qui pouvaient penser que la formulation désignait les caractéristiques qualitatives de la relation d'attachement, lesquelles ont vocation à être considérées sous l'axe II. La description du nouveau Trouble des Situations de Carence ou de Maltraitance inclut des critères qui n'étaient pas précisés dans la précédente version.
- Nous avons renommé l'Etat de Stress Traumatique en Etat de Stress Post-traumatique afin de mettre l'accent sur la congruence de ce trouble avec le syndrome classiquement décrit dans le DSM. De nouveaux critères ont également été proposés.
- Les Troubles de la Régulation ont été renommés Troubles de la Régulation du Traitement Sensoriel afin d'attirer l'attention sur les difficultés dans le traitement sensoriel qui caractérise ces troubles.
- Nous avons inclus des sous-catégories spécifiques de Troubles Anxieux chez le bébé et le jeune enfant.
- La catégorie de Dépression du Bébé et du Jeune Enfant inclut deux types de dépression : Dépression Majeure et Dépression Non Spécifiée.

- Les descriptions des Troubles du Comportement de Sommeil et des Troubles du Comportement Alimentaire intègrent des sous-catégories et des critères, issus du groupe de travail RDC-PA, qui semblent appropriés pour les jeunes enfants. La DC:0-3R précise que le Trouble du Comportement de Sommeil n'est approprié que chez les bébés de plus de 12 mois, âge habituel d'émergence des rythmes de sommeil réguliers.
- En recensant les Troubles de la Relation et de la Communication, nous avons pris en compte la recherche clinique considérable qui s'est développée depuis la publication de la DC:0-3R en 1994. Ces recherches ont démontré que des troubles du continuum autistique peuvent être identifiés chez des enfants dès l'âge de deux ans, rendant la catégorie du DSM-IV-TR Troubles Envahissant du Développement (Non Spécifié ou Autisme) plus applicable aux très jeunes enfants. Ainsi, la DC:0-3R recommande que l'utilisation du diagnostic de Trouble du Développement Multi-système soit restreint aux enfants de moins de 2 ans (il s'agit d'une catégorie qui n'implique pas la totalité des difficultés de relation et de communication observées chez les enfants qui présentent des Troubles Autistiques).

La plupart des utilisateurs de la DC:0-3R s'appuyaient sur l'Echelle Globale d'Évaluation des Relations Parents-Bébé (dite PIR-GAS, pour *Parent-Infant Relationship Global Assessment Scale*) pour évaluer la qualité des relations entre un enfant et les personnes qui s'occupent de lui et formuler un diagnostic sur l'axe II si nécessaire. La DC:0-3R a donné à l'échelle PIR-GAS plus de visibilité en l'intégrant dans le corps du texte et non plus en annexe. Nous avons également étendu l'amplitude de l'échelle et clarifié certains critères. Nous avons retiré les sous-catégories de l'axe II qui apparaissaient dans la DC:0-3R mais avons inclus la description de leurs caractéristiques dans un nouvel Inventaire des Difficultés Relationnelles (dit RPCL pour *Relationship Problem Checklist*). Le format de cet inventaire offre au clinicien l'opportunité d'indiquer dans quelle mesure une relation parent-enfant peut être décrite dans les termes d'une relation sur impliquée, sous impliquée, anxieuse/tendu ou irritée/hostile en fonction des critères spécifiés.

Comme dans sa précédente version, l'axe III de la DC:0-3R fournit un espace pour mentionner les affections médicales, les troubles développementaux, ou les autres situations qui peuvent être décrites par d'autres systèmes.

L'axe IV des Facteurs de Risque Psychosociaux inclut maintenant une checklist psychosociale et environnementale, similaire à celle utilisée dans la CIM10 mais avec des items appropriés aux bébés et jeunes enfants.

L'axe V, maintenant intitulé Fonctionnement Social et Emotionnel, maintient la philosophie de l'axe V de la DC:0-3R mais avec des simplifications visant à améliorer son utilisation. Nous nous sommes efforcés de clarifier les descriptions des six capacités repérées dans la DC 0-3 comme centrales dans le fonctionnement émotionnel et social. Nous avons également souhaité donner plus de place au processus d'évaluation de ces capacités.

Dans la précédente version de la DC:0-3R, l'Introduction proposait des recommandations pour le choix d'un diagnostic approprié. Une révision de ce texte, intitulée «Réflexions diagnostiques et recommandations dans le choix des catégories», est proposée en annexe A. De nombreux utilisateurs ont interprété les recommandations de la DC:0-3R comme décourageant l'utilisation simultanée de plusieurs catégories diagnostiques (ou «comorbidité»). Les experts considèrent aujourd'hui de manière consensuelle que l'utilisation de plusieurs entrées diagnostiques est légitime dès lors que les critères pour chacune d'elles sont pleinement remplis. L'annexe A continue de proposer des recommandations pour: 1) prendre des décisions concernant la priorité de certains diagnostics sur l'axe I et; 2) identifier un diagnostic primaire qui structure la perspective de prise en charge. Par exemple, ces recommandations mettent l'accent sur la nécessité de considérer le diagnostic d'Etat de Stress Post-traumatique comme prioritaire compte tenu de l'urgence d'une prise en charge rapide et adaptée.

## **L'avenir de la DC:0-3R**

La DC:0-3R a été conçue pour une nouvelle période d'application clinique et de recherche concernant la catégorisation des troubles de la santé mentale des premières années de la vie. Les critères diagnostiques proposés représentent les conceptions les plus actuelles des membres du groupe de travail de la DC:0-3R, des chercheurs dans le champ de la santé mentale du jeune enfant et de nombreux cliniciens à travers le monde. Nous espérons que dans le futur, l'expérience acquise avec ce nouvel outil donnera lieu à une révision plus approfondie du système. Anticipant sur cette révision, nous indiquons ci-après quelques domaines particuliers d'incertitude qui peuvent d'ores et déjà être identifiés

dans la DC:0-3R, de même que certains thèmes qu'il semble important d'approfondir dans les études ultérieures.

### **Domaines d'incertitude**

Réviser la version originale de la classification dans un délai relativement court nous a conduits à faire des choix dans la prise en compte des données empiriques disponibles, dans l'intégration de différentes perspectives, et dans l'utilité des conceptualisations proposées pour les essais cliniques et l'application de la classification. Nous espérons que les décisions prises ont pu contribuer à accroître l'utilité et la pertinence développementale de la DC:0-3R originelle. Cependant, nous pouvons tout à fait admettre que certaines de ces décisions puissent, à l'usage, se révéler inappropriées. Comme la première version de la DC:0-3R le notait déjà, il y a dans l'évolution d'un système diagnostique une tension inévitable entre la volonté d'y inclure les syndromes identifiés via un consensus clinique préliminaire et la volonté d'attendre de bénéficier de l'éclairage de recherches plus systématiques.

### **Les critères des sous-catégories**

Une tension comparable existe concernant l'inclusion ou non de sous-catégories au sein d'un trouble. En l'absence de données empiriques claires, devrait-on malgré tout inclure des critères descriptifs spécifiques de certains sous-types afin de promouvoir la recherche et de susciter l'évolution du système ? Etant donné l'accent mis sur la nature développementale de la DC:0-3R, nous étions particulièrement sensibles au risque qu'il pouvait y avoir à rechercher chez le bébé et le jeune enfant (dont les répertoires de comportements se différencient progressivement) l'équivalent des problèmes rencontrés chez des enfants plus âgés. En d'autres termes, lorsque le DSM décrit plusieurs sous-catégories d'un trouble chez l'enfant préscolaire ou plus âgé, la DC:0-3R devrait-elle chercher à repérer un équivalent ou une correspondance à ces sous-types dans la petite enfance ? Ou bien le système devrait-il à l'inverse recommander l'utilisation de catégories plus larges, correspondant à des troubles moins différenciés chez le jeune enfant ?

Le groupe de travail a été confronté à ce type de dilemme concernant les troubles anxieux chez le bébé et le jeune enfant. La DC:0-3R initiale n'incluait pas de sous-catégories ; cependant nous avons décidé d'en introduire dans la version révisée. Nous avons connaissance de données empiriques suggérant que des formes différenciées d'anxiété

pouvaient être identifiées chez l'enfant de moins de 4 ans. De plus, à la fois le DSM-IV-TR et le groupe RDC-PA spécifiaient des sous-types d'anxiété. De la même manière, la DC:0-3R intègre deux sous-types de Troubles Dépressifs chez le bébé et le jeune enfant, issus du travail du groupe RDC-PA : le Trouble Dépressif Non Spécifié et le Trouble Dépressif Majeur. La pertinence de cette distinction chez l'enfant de moins de 4 ans méritera cependant une confirmation par la recherche. La DC:0-3R retient de la DC:0-3R la catégorie de Trouble Mixte de l'Expression Emotionnelle en dépit d'une incertitude et d'un débat chez les cliniciens et les chercheurs : certains considèrent que le trouble ne peut pas être suffisamment spécifié avec des critères objectifs et discriminants. D'autres ont suggéré que le maintien de cette catégorie offrirait l'occasion de nouvelles descriptions par les utilisateurs. La DC:0-3R maintient donc la catégorie de Trouble Mixte de l'Expression Emotionnelle dans l'attente de données concernant sa fidélité et sa validité.

Concernant la catégorie des Troubles de la Régulation du Traitement Sensoriel (« Troubles de la Régulation » dans la DC:0-3R), le groupe de travail a cherché à clarifier les sous-types en cohérence avec les connaissances cliniques actuelles. Nous nous sommes appuyés sur les nombreux témoignages des utilisateurs de la DC:0-3R, et avons pris conseil auprès d'un groupe d'ergothérapeutes et d'un groupe de cliniciens bénéficiant d'une expérience importante dans l'utilisation de la catégorie des Troubles de la Régulation. Les experts n'étaient pas tous convaincus par les données en faveur des distinctions de sous-types et de leur utilité. Comme pour d'autres catégories, seule la recherche future issue des nouveaux essais cliniques permettra d'identifier les catégories qui se révèlent véritablement utiles sur le long terme. La conclusion du groupe de travail était qu'à ce stade de nos connaissances, la DC:0-3R n'était en mesure ni de fournir des critères détaillés pour chaque sous-type de Trouble de la Régulation du Traitement Sensoriel, ni de spécifier le nombre de critères requis pour ce diagnostic. Nous avons donc simplement proposé une description riche des critères disponibles dans l'espoir que les études ultérieures permettent de clarifier les conceptions dans ce domaine.

La DC:0-3R propose des critères pour l'Etat de Stress Post-traumatique qui reposent sur des données empiriques récentes et un consensus d'experts. La description de cette catégorie inclut également une discussion des « Caractéristiques Associées » qui ne figurent pas dans la liste des critères requis pour envisager ce diagnostic. Ce positionnement particulier reflète le fait que certains cliniciens (mais pas tous) prennent



en compte dans les caractéristiques de l'Etat de Stress Post-traumatique chez l'enfant de moins de trois ans la perte temporaire de compétences développementales précédemment acquises et l'apparition d'agressivité ou de peurs qui n'étaient pas présentes avant la survenue de l'événement traumatique.

La catégorie des Troubles du Développement Multisystème (MSDD, pour *Multisystem Developmental Disorder*) représente un autre secteur d'incertitude. De nombreux utilisateurs de la DC:0-3R, de même que des experts dans l'identification des troubles du continuum autistique, ont indiqué au groupe de travail que cette catégorie n'était pas nécessaire. Ils ont mis l'accent sur le manque de données empiriques en faveur d'une catégorie MSDD séparée. Dans le même temps, un nombre important d'utilisateurs ont émis un avis favorable à l'utilisation de la catégorie MSDD et milité en faveur de son maintien. Recherchant un compromis, la DC:0-3R intègre le trouble MSDD comme une forme de diagnostic approprié chez les enfants de moins de 2 ans. Pour les enfants de 2 ans et plus, les données disponibles indiquent que le concept de Trouble Envahissant du Développement constitue le cadre diagnostique pertinent pour identifier et prendre en charge les troubles du continuum autistique.

### **L'évaluation de l'adaptation fonctionnelle**

Une évaluation conduite à partir de la DC:0-3R devrait prendre en compte la capacité du bébé ou du jeune enfant à participer aux activités familiales quotidiennes. La DC:0-3R aborde cette question de l'adaptation fonctionnelle de l'adaptation du bébé ou du jeune enfant à son environnement (indépendamment de la question diagnostique). Sur l'axe I, en fonction des données disponibles, certains troubles requièrent pour être diagnostiqués une diminution de ces capacités adaptatives, d'autres non. L'axe II traite de l'adaptation fonctionnelle dans le contexte des relations avec les personnes qui s'occupent habituellement de l'enfant. L'axe V aborde la qualité de l'adaptation fonctionnelle dans le développement socio-émotionnel. Comme c'est le cas pour d'autres systèmes de classification, ces critères d'adaptation fonctionnelle auraient besoin d'être plus précisément spécifiés avec l'aide de recherches consacrées à cette question.

### **Domaines de recherche ultérieure**

Le DSM-IV-TR comporte une annexe intitulée « Critères et axes proposés pour des études complémentaires ». De la même manière, nous



### ***Pleurs excessifs***

Sur les conseils de certains experts, le groupe de travail a envisagé d'inclure un Trouble de Pleurs Excessifs comme un trouble de la régulation fonctionnel aux côtés des Troubles du Comportement de Sommeil et des Troubles du Comportement Alimentaire. Cependant, ni les données sur les critères ni le consensus clinique ne semblaient suffisants pour justifier encore cette inclusion. Des études développementales et longitudinales seront nécessaires pour comprendre dans quelle mesure les formes habituelles de perturbation observées chez le bébé et le jeune enfant peuvent évoluer – ou non – vers des troubles différenciés chez l'enfant plus âgé.

### ***Un axe consacré à l'Environnement Familial***

Nous proposons le développement et la circulation parmi les professionnels d'un axe consacré à l'Environnement Familial (Axe VI), afin de recueillir des avis et d'engager des études pilotes. Cet axe aurait pour objectif d'encourager le recueil d'informations appropriées dans trois domaines: 1) l'histoire familiale concernant les antécédents de troubles mentaux; 2) la structure familiale et le soutien disponible; 3) la culture familiale. La prise en compte de ces aspects de la vie familiale est importante pour le processus d'évaluation clinique et la planification de la prise en charge.

Il existe d'ores et déjà un consensus parmi les cliniciens spécialistes de la petite enfance concernant l'utilité d'un tel axe. Cependant le groupe de travail n'a pas encore inclus d'axe VI dans la DC:0-3R ni même sollicité de réaction à cette proposition parmi les utilisateurs de la DC:0-3R. Aucun axe consacré à l'Environnement Familial n'existe encore dans d'autres classification et nous avons considéré que son introduction dans la DC:0-3R dépasserait les limites d'une révision mineure. Cependant, nous espérons que les essais cliniques ultérieurs se saisiront de l'idée d'un tel axe.