

Note de Synthèse

Rapport ONED

Recherche action ESPOIR Bébé Families « ESPOIR Bébé Families : Evaluation et SOin Pour l'Investissement Relationnel des Bébé par leurs Families »

Responsable Scientifique : Dr Sylvie Viaux

Nom : Viaux-Savelon Sylvie

Titre : Pédopsychiatre, PH

Établissement : Groupe Hospitalier Pitié-Salpêtrière

Service ou unité : Service de Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent

Adresse : 47-83 Boulevard de l'Hôpital

CP : 75013

Ville : Paris

Téléphone : 01 42 16 23 63/23 74

Fax : 01 42 16 23 31

Email : sylvie.viaux@psl.aphp.fr

Site internet : <http://speapsl.aphp.fr>

Introduction, état des connaissances

Les conséquences de la négligence sont aujourd'hui bien connues. L'impact à court et long terme, au-delà des maltraitances physiques, des maltraitances émotionnelles et des négligences sur le développement du cerveau de l'enfant (Perry et al, 1995), ses relations interpersonnelles (Crittenden, 1992), sa régulation émotionnelle (Fraiberg, 1982; Egeland et al, 1981; Schneider-Rosen et al, 1991), et le développement psychique, a été très largement démontré dans des études contrôlées. On constate chez le très jeune enfant l'apparition, dans ces situations, de troubles somatiques parfois envahissants (trouble du sommeil, anorexie, dépression du nourrisson, déficit staturo-pondéral, malnutrition, trouble du comportement...). Les conséquences des troubles du développement de l'enfant subissant des maltraitances dans l'enfance ont été clairement soulignées, qu'il s'agisse de l'apparition de pathologies mentales lourdes telles la constitution d'une personnalité borderline, ou bien de difficultés patentes à être en relation, à vivre de façon suffisamment insérée dans la société. De fait, la *nécessité d'intervenir précocement* dans ces situations très carencées est aujourd'hui une évidence (Farber et al, 1987).

Face à un tel contexte familial de négligence émotionnelle et/ou de maltraitance, **les prises en charge précoces et intensives sont régulièrement souhaitées dans la littérature, mais peu réalisées, ni évaluées.** Le jeune enfant et sa famille ont besoin d'une approche thérapeutique intensive précoce, d'une prise en charge quasiment quotidienne centrée sur les comportements, autour des soins à apporter à l'enfant (Greenspan, 1997; Larrieu & Zeanah, 1998).

Toutefois, la plupart des unités de santé mentale dans le domaine de la petite enfance sont ambulatoires, et proposent des prises en charge le plus souvent hebdomadaires, malgré le besoin désormais reconnu de soutien intensif à ces familles à risques multiples.

L'objectif de notre **recherche clinique, est de montrer qu'un accompagnement bi-hebdomadaire intensif du bébé/du jeune enfant et de ses parents permet d'instaurer des interactions familiales de meilleure qualité, garantes d'un bon développement de l'enfant ainsi que de sa qualité de vie ultérieure.**

Nous avons donc mis en place une étude prospective en 3 temps.

Le **recrutement est** réalisé par soit en maternité, soit via le réseau périnatal

La procédure mise en place consiste en **deux premières consultations**, au cours desquelles une **évaluation des familles** est réalisée par le pédopsychiatre à l'aide de la grille d'évaluation informatisée semi-structurée Psychiatric Infant Navigator Chart and Evaluation, PRINCE (Keren et al., 2001).

Le pédopsychiatre consultant pose, à cette occasion, un premier diagnostic de l'enfant à l'aide de la classification diagnostique 0-3 ans et en particulier évalue le PIRGAS (axe II de la classification, Parent-Infant Relationship Global Assessment Scale). Si les critères d'inclusion sont remplis la recherche action est proposée à la famille.

La famille est reçue par un psychologue et un professionnel de la petite enfance pour une première séance de thérapie pluridisciplinaire. Un temps de vidéo d'évaluation de la qualité de l'interaction est proposé autour d'un jeu libre et de jeux spécifiques entre le parent et l'enfant. Par ailleurs, les parents remplissent des **auto-questionnaires**, relatifs à la psychopathologie individuelle (**SCL-90 R**), au Soutien Social (**Cutrona**), aux compétences parentales et au regard qu'ils portent sur leur enfant (**BITSEA**). La seconde séance en co-thérapie en présence d'un des thérapeutes ou de l'attaché de recherche présent au groupe thérapeutique vise à un entretien évaluant leurs capacités de compréhension empathique de leur enfant (**Insightfulness Assessment**, Oppenheim, 2001) qui additionnellement a une vertu d'outil thérapeutique.

Suit une **visite à domicile**, en début de prise en charge, durant laquelle l'observation de l'environnement familial à l'aide de l'outil HOME est effectuée par un des professionnels qui assure le suivi ou a procédé à l'inclusion afin de permettre une meilleure adhésion pour ce temps délicat de l'étude.

Le groupe de traitement intensif (à l'Unité Petite Enfance et Parentalité) vient à l'Unité deux fois par semaine, une fois pour bénéficier d'une **co-thérapie**, et une autre fois pour suivre une **séance de guidance parentale**. Les séances durent chacune une heure.

50 dyades présentant les critères d'inclusion dans l'étude, soit des troubles des interactions sévères (PIRGAS inférieur à 60) ont été sollicitées pour entrer dans l'étude. 30 ont acceptées. Nous disposons actuellement de données pour 24 d'entre elle compte tenu du caractère prospectif de notre étude.

Les résultats sont présentés pour les 24 patientes entrées dans l'étude.

Le premier dépouillement des données permet de confirmer l'hypothèse principale d'amélioration clinique du fonctionnement de la dyade avec une amélioration de 15 à 20 point entre T1 et T2 pour l'EGF et de 20 point pour le PIRGAS, amélioration qui se poursuit à T3.

Le retentissement sur l'insertion sociale reste modéré et surtout axé sur le travail de guidance.
Le développement du bébé est amélioré.

Profil des patientes

Les mères ayant participées à l'étude présentaient des symptomatologies variées avec un taux de pathologies carenciel et limites de 38% (dont 8 % d'état limites sans autres pathologies associées, 13% à pathologies multiples, et 17% carencée), ce taux est proche de celui de troubles de l'humeur : 39% de dépression et 8,7% de bipolaire. 13% présentaient une pathologie psychotique.

30% bénéficiaient d'une prise en charge psychiatrique spécifique dans un service adulte en plus de la prise en charge dans l'unité.

Elles sont de niveau socio économique variable environ 65% présentent des signes de précarité (prise en charge sociale et économique, chômage...). Dans 70% elles ne sont pas en couple ou le couple est en conflit.

56% présentent des antécédents de carence dans leur propre enfance.

Amélioration clinique des enfants

Les enfants inclus sont pour 67% des garçons et 33% des filles. Les enfants sont entrés dans l'étude en moyenne à 17 mois avec un minimum à 1 mois et un maximum à 36 mois. 42% ont moins de 18 mois au moment du consentement.

Une amélioration clinique des enfants a pu être observée à 6 mois avec la poursuite de l'amélioration 6 mois après la fin de la prise en charge intensive.

Ces résultats sont constatés aussi bien avec l'échelle EGF (Evaluation Globale de Fonctionnement) avec en moyenne un score de 48 à T1, 61 à T2 et 73 à T3.

De même à l'échelle CGI (Impressions Cliniques Globales), on note une amélioration notable des scores : 4,57 à T1, 3,77 à T2 et 2,88 à T3.

L'amélioration est nette et se poursuit après la fin de la prise en charge.

Il faut cependant nuancer ces résultats. Les enfants poursuivent leur développement et peuvent donc participer eux même à leur amélioration en s'appuyant sur l'étayage des adultes. Par ailleurs il n'y a pas de groupe témoin au sens stricte sans prise en charge. Cependant un certain nombre de mère n'ont pas été régulière lors des prises en charges ou n'ont adhéré qu'à une partie de la prise en charge, mais on permit cependant une amélioration de la symptomatologie de l'enfant.

Résultats de la dyade

Sur le plan de la dyade, le PIRGAS s'améliore d'environ 15 points entre chaque temps avec une moyenne de 32 à T1 (très sévère), 48 à T2 et 63 à T3. Les dyades restent donc en difficulté mais repassent le seuil choisi pour l'inclusion ou le trouble des interactions n'est plus constant et installé.

Les données du CIB ne sont pas encore disponibles, car les cotations en aveugle n'ont pas pu être toutes réalisées à ce jour.

L'amélioration est cependant bien nette sur le niveau de PIRGAS et se poursuit après la fin de la prise en charge.

Tout comme pour la symptomatologie de l'enfant, il faut cependant nuancer ces résultats. Les enfants s'adaptent plus ou moins aux pathologies parentales et interviennent aussi pour mobiliser ou non leur parents.. L'absence de groupe témoin au sens strict sans prise en charge reste une difficulté, mais cette difficulté pourra être compensées dans un second temps par une pondération selon la présence régulière ou non aux prises en charge qui sera réalisée.

Analyse comparative

Plusieurs hypothèses ont été testées pour les analyses comparatives soit avec des tests de Mann Withney, soit avec des corrélations de Spearman selon la nature des données.

Ainsi on ne retrouve pas de corrélation entre l'amélioration au score de CGI ou d'EGF ou au PIRGAS selon les antécédents de carence de la mère, ni le type de pathologie et leur suivi ou non en service adulte ou au nombre d'événement traumatique pour l'enfant (Axe IV u DC 0 to 3)

Il n'y a pas non plus de corrélation retrouvée selon l'âge au moment du consentement et ces différents éléments.

Cependant on note que le sexe de l'enfant est corrélé à l'amélioration au PIRGAS $p= 0,06$. Les filles présentant une amélioration plus importante que les garçons.

Ces résultats vont être renforcés et précisés par la poursuite de l'augmentation du recrutement et la finalisation des prises en charges des dyades entrées et récemment dans l'étude et pour lesquelles, du fait du caractère prospectif de notre étude, nous ne disposons pas des résultats.

Utilisation du budget

Axes principaux :

Personnel

- Vacances de psychologues pour le soin et la recherche clinique
- Doctorante
- Forfait pour l'analyse des données par le biostatisticien

Matériel

- Caméra numérique, pied
- Ordinateur portable pour manipulation des vidéos et visionnage par les familles lors de la passation de l'IA (Insightfulness Assessment), travail de recherche, échanges avec les collaborateurs israéliens.
- Logiciels de traitement vidéo, statistiques.
- Disque dur pour stockage des données
- Jeux adaptés en fonction de l'âge de développement de l'enfant

Mission et valorisation du projet

- Déplacement et droit d'inscription aux congrès

Budget de déplacement des familles en attendant le relais par les dispositifs sociaux. (Tickets de transport)

Indemnisation en nature des familles participants à la recherche (livre pédagogique pour l'enfant, diplôme de l'enfant chercheur)

Valorisation : Diffusion et Publications

Nous collaborons avec différentes institutions franciliennes, les maternités des CHU de la Pitié Salpêtrière et d'Armand Trousseau et globalement tous les partenaires du réseau Périnatalité de l'EST et du NORD de Paris auquel nous participons.

Notre étude est rattachée à une étude internationale multicentree, chaque équipe ayant son propre financement. L'équipe pilote du projet est basée en Israël (Community Infant Mental Health Unit, Geha Mental Health Center, Tel Aviv University Sackler School of Medicine), et a obtenu un financement de la part de l'Institut Haruv. Une autre équipe basée à Safed (Israël) s'est également récemment intégrée à la recherche.

La valorisation de cette recherche clinique a été réalisée selon plusieurs modalités :

- séminaires et formation de professionnels au cours du protocole
- publications dans des revues nationales et internationales
- congrès nationaux et internationaux : IACAPAP 2012, WAIMH, SFPEADA, JFRN, JFRO, Journées d'actualité en Périnatalogie, etc...

Les résultats et analyses n'ayant pas encore été traités, il est encore trop prématuré d'envisager des publications sur ceux-ci. Cependant un article de validation de la version française du Coding Interactive Behavior est en cours de finalisation avec l'accord des auteurs afin de renforcer les résultats de l'étude. L'échelle et le manuel d'utilisation ont été traduits et les tests statistiques ont été réalisés sur 74 vidéos cotées par l'équipe au cours d'une précédente étude.

Le protocole a été présenté dans plusieurs congrès autour de premiers cas cliniques et de la présentation du protocole.

Congrès SFPEADA, présentation orale, 2011

- « L'impact du traumatisme sur la qualité des interactions précoces », **Journées Nationales de la Société Française de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent**, Limoges, 27-28 mai 2011.

Congrès WAIMH Le Cap, 2012

- “The impact of trauma on the quality of early relations”, **WAIMH**, Cape Town, 17-21 avril 2012

Congrès IACAPAP, Paris, 2012

- “The impact of trauma on the quality of early relations”, **PARIS**, July 2012

Congrès Société Marcé, octobre 2012

- “The impact of trauma on the quality of early relations, ESPOIR Protocol”, **PARIS**, october 2012
- Journée de Périnatalité du réseau EST parisien :
- congress WAIMH 2014 Edinbourg, Ecosse
- Comunication congress IACAPAP, Août 2014, Afrique du Sud

Extensions et poursuite du projet :

Le recrutement aussi bien pour le groupe de prise en charge intensif que le groupe témoin est actuellement poursuivi au moyen des financements qui ont pu s’adjoindre au financement de l’ONED.

En effet la poursuite de l’augmentation de la population est nécessaire pour obtenir des résultats plus précis sur notre population. Le caractère prospectif de l’étude limite, bien sûr les possibilités de recrutement et augmente le risque de perdue de vue. Cependant elle permet une approche qualitative nécessaire à l’intérêt scientifique du projet.

Nous avons, par ailleurs, développé un nouvel axe de notre recherche action ESPOIR qui a reçu un financement dans le cadre d’un Projet ANR (Agence Nationale de Recherche) du nom de ANR Samenta/Synedpsy.

Ce projet consiste, pour notre Workpackage 2 , en l’utilisation d’une dizaine des vidéos des dyades en situation de dyssynchronie sévère du fait du trouble des interactions pour un travail de modélisation de la synchronie de la dyade mère enfant en collaboration avec le laboratoire ISIR (Institut des Systèmes Intelligents et de Robotique) Paris VI.

La rentrée 2012 a ainsi été marquée par le recrutement d’une doctorante sur le projet commun ESPOIR ANR Synchronie.

Ce financement va permettre de poursuivre l’augmentation de la cohorte et la finalisation du projet pour permettre un travail scientifique de qualité permettant à notre étude d’être présenté sur le plan international.

Conclusion

Les premiers résultats de l'étude ESPOIR permettent de conclure en l'amélioration clinique des enfants et de la dyade par la prise en charge intensive précoce. Selon les premiers résultats on peut noter que le genre de l'enfant influe sur le niveau d'amélioration de la dyade.

Cependant le recrutement gagnera à être poursuivi et complété par le recrutement dans les centres maternels.

Le bénéfice de la construction d'un protocole structuré pour la prise en charge de ces pathologies sévères des interactions est très nette pour les équipes et peut à présent être étendu à d'autres structures au moyen des modalités de diffusion et d'information professionnelle (congrès, etc...).

Le nouvel axe de recherche sur l'analyse de la synchronie au moyen de méthode computationnelle permet de développer une nouvelle dimension objective de l'analyse des interactions utile pour le clinicien.