

Entrevue avec le Dr Charley Zeanah

(propos recueillis par Normand Carrey MD, Université Tulane, Nouvelle-Orléans, le 9 janvier 2013)

Le Dr Charles Zeanah est titulaire de la chaire de psychiatrie Mary K. Sellars-Polchow, professeur de pédiatrie clinique et vice-président de la pédopsychiatrie au département de psychiatrie et des sciences du comportement de la faculté de médecine de l'Université Tulane, à la Nouvelle-Orléans. Il est également directeur général de l'institut de la santé mentale des nourrissons et des jeunes enfants de Tulane. Il est récipiendaire de nombreux prix, notamment le prix de prévention Irving Phillips (AACAP), la mention élogieuse présidentielle pour sa recherche et son leadership exceptionnels en santé mentale des nourrissons (American Orthopsychiatric Association), le prix d'excellence clinique Sarah Haley Memorial (International Society for Traumatic Stress Studies), le prix de recherche en pédopsychiatrie Blanche F. Ittelson (APA), et le prix Serge Lebovici Award soulignant les contributions internationales à la santé mentale des nourrissons (World Association for Infant Mental Health). Le Dr Zeanah est fellow distingué de l'AACAP, fellow distingué de l'APA et membre du conseil d'administration de Zero to Three. Il est l'éditeur scientifique de *Handbook of Infant Mental Health* (3^e édition) qui est considéré comme étant le manuel de pointe et la référence de base du domaine de la santé mentale des nourrissons.

Q. Parlez-nous un peu de votre famille.

A. J'ai grandi dans ma famille avec une sœur plus jeune, mon père s'occupait des relations publiques dans une grande société, alors nous avons déménagé plusieurs fois, surtout dans le Sud, mais aussi en Nouvelle-Angleterre pendant un certain temps. J'ai grandi avec la certitude que je voulais être médecin, même s'il n'y avait pas de médecins dans ma famille immédiate ou élargie.

Q. D'où croyez-vous que l'idée vous en est venue alors?

A. J'ai toujours cru que l'idée venait de moi. Je crois que très jeune, je voulais être médecin, même bien avant mes six ans. Je crois qu'étant un petit garçon avec une grande famille élargie, ma famille réagissait favorablement à mes ambitions, et je suis certain que cela m'influait. Je tenais à toutes ces personnes, et elles occupaient mes pensées. En grandissant, ma sœur et moi avons passé des mois d'été chez mes grands-parents, en Alabama.

Q. Y a-t-il autre chose qui a pu vous influencer dans votre jeunesse?

A. Après avoir reçu mon diplôme de médecine, j'ai fait un voyage avec mon père et nous avons rendu visite à un de ses copains de l'école secondaire. Il a raconté que mon père lui avait dit qu'après l'université, il allait se marier et avoir un fils qui deviendrait orthopédiste. On peut donc dire que mon père a eu deux de ses vœux exaucés.

Mon père a parlé d'un orthopédiste parce qu'adolescent, il a eu des tas de problèmes orthopédiques sérieux et a passé beaucoup de temps dans les hôpitaux et avec les médecins,

qui lui ont prodigué des soins plutôt médiocres, semble-t-il. Une fois, il est resté neuf mois à l'hôpital dans un plâtre pour une fracture pathologique. Adolescent, c'était un athlète prometteur qui aspirait à devenir professionnel, mais il a subi trois fractures en jouant à des sports en raison d'un kyste non diagnostiqué au fémur droit. Lorsqu'il a été diagnostiqué, les médecins l'ont aggravé en l'irradiant, alors il a fallu une opération nécessitant une résection osseuse et une greffe de son fémur gauche à son fémur droit, ce qui a entraîné une claudication perceptible et la fin de ses aspirations sportives.

Q. Et votre mère?

A. Ma mère faisait partie des femmes qui restaient à la maison, et elle s'occupait beaucoup de ma sœur et moi. Elle a toujours été une lectrice avide, et je crois que mon amour précoce pour la lecture et les livres est l'un des nombreux dons qu'elle m'a légués.

Q. Quelles ont été certaines de vos expériences ou influences ultérieures?

A. À l'université, ma matière principale était la littérature anglaise et, bien que je ne l'aie pas su à l'époque, ce fut ma voie vers la psychiatrie. Ces deux matières avaient en commun de suivre des histoires individuelles au fil du temps, et d'examiner les expériences importantes qui les affectaient. Ce n'est pas la cause de mon intérêt pour la psychiatrie, mais c'était une première manifestation de mon intérêt pour les aspects du développement.

Q. Aimez-vous un auteur en particulier?

A. J'ai beaucoup lu William Faulkner à l'université, et j'ai consacré ma thèse spécialisée à son œuvre. J'ai été frappé par sa capacité de raconter la même histoire selon différentes perspectives, différents personnages relatant la même histoire, démontrant ainsi comment les gens perçoivent et vivent les mêmes événements très différemment.

Q. Alors à quel moment l'idée de la pédiatrie est-elle devenue plus qu'une motivation, dans votre carrière?

A. Même avant la faculté de médecine, j'adorais les enfants et je me voyais devenir pédiatre. Après ma première année, j'ai passé l'été auprès d'un pédiatre qui avait une pratique générale. Nous avons vu beaucoup d'enfants et les consultations étaient très brèves, ce qui m'a convaincu que je ne voulais pas de la pédiatrie générale, alors j'ai cherché une surspécialité.

Quand j'étais à la faculté de médecine, ma mère est malheureusement décédée d'un cancer du sein. Subséquemment, je me suis intéressé à l'oncologie, mais ce qui me fascinait le plus, c'était les aspects psychologiques qu'implique vivre avec la maladie.

En troisième année, j'ai choisi l'option psychiatrie, que j'ai aimée, même si je ne l'avais jamais envisagée auparavant. En quatrième année, durant les stages en pédiatrie, nous avons demandé des consultations en pédopsychiatrie pour des enfants hospitalisés. Ma curiosité était piquée, alors j'ai décidé de prendre l'option de pédopsychiatrie. J'ai eu la chance d'être exposé à du travail auprès de patients hospitalisés, ambulatoires et à des consultations, tout cela le même mois. C'est là que j'ai su avec certitude que la pédopsychiatrie était pour moi.

Q. Quand avez-vous pris conscience de votre intérêt pour la santé mentale des nourrissons?

A. Après la faculté de médecine, j'ai fait une année d'internat en pédiatrie, dont trois mois à une unité néonatale de soins intensifs (UNSI). Cette expérience a incontestablement donné naissance à mon intérêt pour la santé mentale des nourrissons. J'étais curieux de ce qui se passait chez ces enfants et de ce qui pouvait leur advenir à long terme. Il me semblait évident que c'était un environnement de haute intensité technologique, mais tout le personnel subissait un stress énorme et prenait des décisions en raison d'autres facteurs que l'information objective disponible.

Par la suite, après mon internat, j'ai vraiment voulu comprendre et raisonner tous les sentiments qu'avaient suscités en moi mes expériences à l'UNSI. Comme résident de deuxième année en psychiatrie, j'ai commencé mes visites hebdomadaires à l'UNSI. Bientôt, les familles dont les bébés étaient hospitalisés m'ont été adressées. Puis j'ai lu sur la prématurité et ses effets sur le développement. J'étais intrigué par le fait que le facteur pronostique le plus important n'était pas le degré de prématurité, mais les caractéristiques

familiales, c'est-à-dire, l'environnement des soins, ce qui a eu une profonde influence sur moi.

Après la psychiatrie générale, durant mon stage de pédopsychiatrie, j'ai commencé à m'impliquer davantage auprès des bébés prématurés des UNSI. Mon programme de formation comportait une recherche en cours sur les nourrissons. Mon mentor, Tom Anders, avait effectué des recherches d'avant-garde sur le sommeil des nourrissons, mais il s'intéressait à une foule de choses - Stanford comptait un certain nombre de membres du corps professoral qui s'intéressaient à la recherche sur les nourrissons.

Durant mon stage, ma participation clinique était celle de quelqu'un qui s'intéressait aux expériences des nourrissons et de la petite enfance. Zero to Three, une organisation nationale vouée à la promotion de la santé mentale des nourrissons, a créé des bourses en offrant de l'argent aux stagiaires pour concevoir un programme d'études sur les nourrissons à leur université. L'organisation fournissait aussi des fonds pour assister à quelques assemblées nationales chaque année, afin de côtoyer des experts en santé mentale des nourrissons. Outre le fait de rencontrer ces sommités, ces assemblées ont cimenté mon identité de personne intéressée aux bébés et à la petite enfance, et j'ai commencé à me voir de cette façon.

Q. Quelles étaient les qualités du Dr Anders qui en faisaient un bon mentor?

A. Tom est un type épatant. Il est brillant, passionné, inventif, et a une vision extraordinaire en ce qui concerne les grandes idées. Il possède aussi un éventail d'intérêts incroyable. Il est une de ces personnes qui vous inspirent, qui vous poussent à vouloir être meilleurs que vous ne l'êtes. Il a cru en moi avant que je ne lui donne une raison de le faire, et est resté avec moi durant le long processus de l'élaboration d'une carrière universitaire.

Q. À quoi correspondaient vos intérêts de recherche, quand avez-vous réalisé que vous étiez un bon chercheur?

A. Au début, j'ai eu beaucoup de difficulté. Je n'avais aucune expérience de la recherche. J'ai peiné à trouver une question de recherche viable - trouver quelque chose que j'aurais au moins la chance d'aborder, à défaut d'y répondre - ce fut un rude combat pour moi. Tom Anders et moi parlions un jour de ces très jeunes enfants et de leurs parents qui avaient des attributs tellement développés, parfois de façon très négative. Comment passe-t-on de tout petits nourrissons à ces extraordinaires attributs? Tom croyait que c'était une excellente idée pour une étude. J'ai interviewé des femmes enceintes à propos de ce dont elles rêvaient pour leurs futurs bébés. Il a suggéré une méthodologie, que les mères remplissent un inventaire de personnalité durant la grossesse au sujet du bébé qu'elles imaginaient - évaluer les comportements du bébé avant même de le rencontrer. Les femmes que j'ai interviewées étaient disponibles et intéressées. J'ai appris qu'il y avait une stabilité démontrable

entre les perceptions des mères et des pères de leur enfant à naître au troisième trimestre et la façon dont ils percevaient le bébé après la naissance. Il s'en dégageait clairement que les parents imposent à la relation des attentes et des biais quant à la façon d'interpréter le comportement de leur bébé. Je me suis donc lancé dans un volet entier de premières études sur ce point en particulier.

Q. Mary Main était une psychologue du développement qui a aussi étudié les attributs parentaux. L'avez-vous déjà rencontrée?

A. Je n'avais même jamais entendu parler de Mary Main, mais elle a tenu son premier atelier du Questionnaire sur l'attachement chez l'adulte (QAA) en 1985 et Tom Anders m'a suggéré d'y assister. Cette formation m'a vraiment ouvert les yeux sur la possibilité d'évaluer réellement les représentations internes et de porter attention à la qualité narrative des récits des parents sur leurs relations, ce dont les cliniciens tenaient compte depuis longtemps mais qu'ils n'avaient jamais évalué systématiquement. Sa grande découverte était que le fait de porter attention aux qualités narratives de la façon dont les adultes décrivaient leurs propres relations était important pour prédire leurs relations avec leur enfant. C'est vraiment le QAA qui m'a amené à la recherche sur l'attachement avec les nourrissons. En raison du travail clinique que j'effectuais, je voyais beaucoup de très jeunes enfants qui avaient souffert d'abus et qui connaissaient l'adversité, et un point central consistait à observer comment cela affectait la qualité de leurs relations d'attachement avec leurs soignants.

Q. D'où vous est venue l'idée du Modèle de travail de l'entrevue de l'enfant?

A. J'en ai eu l'idée lors de ma première recherche indépendante sur les rêves prénataux des parents à propos de leurs bébés dont j'ai parlé il y a une minute. Dans l'étude, nous demandions aux parents : « Décrivez vos impressions de la personnalité de votre bébé maintenant. » C'était à 34 semaines de gestation, à un mois et à six semaines après la naissance. J'ai été étonné des réponses élaborées qu'ils donnaient, même prénatales. J'avais commencé à élaborer une entrevue pour fouiller cette question en détail lorsque j'ai découvert le travail de Mary Main sur les qualités narratives, ce qui m'a énormément influencé.

Q. Dites-moi comment vous en êtes venu à participer au projet d'intervention précoce de Bucarest ou avec les orphelins roumains?

A. Je m'intéressais depuis longtemps à l'attachement perturbé. J'ai eu la chance d'être invité à faire partie du réseau de recherche de la fondation MacArthur sur « Première expérience et développement du cerveau » que présidait Chuck Nelson, un neuroscientifique cognitif de l'Université du Minnesota. Son collègue, Dana Johnson, était un néonatalogiste qui a ouvert la première clinique d'adoption internationale des États-Unis, au Minnesota. Dana avait

fait de nombreux voyages en Roumanie, et il a suggéré au Dr Nelson qu'il y avait peut-être une possibilité pour les chercheurs du réseau d'étudier les enfants des orphelinats roumains. Chuck ne tenait pas à se rendre lui-même en Roumanie, mais il a dit connaître quelqu'un qui voudrait sans doute y aller, et c'est ainsi que ma participation a commencé. Je faisais partie d'un groupe de quelque dix médecins et psychologues qui a visité des institutions à plusieurs endroits de la Roumanie. Au départ, nous voulions procéder à des évaluations afin de voir si ces enfants pouvaient être adoptés par des familles, et de déterminer les types de problèmes avec lesquels ils pouvaient être aux prises. À la fin de la semaine, nous avons fait part de nos résultats au secrétaire d'État roumain de la protection de l'enfance, Cristian Tabacaru. C'était un réformateur engagé de la Roumanie, intéressé à trouver des solutions de rechange aux institutions pour les enfants abandonnés. Il avait appris qu'il y avait des familles d'accueil en France, qui n'existaient tout simplement pas dans le régime communiste roumain. À Bucarest, il n'y avait qu'un petit nombre de familles d'accueil subventionnées par le gouvernement – la vaste majorité des très jeunes enfants vivait en institutions. De retour aux États-Unis, j'ai communiqué avec le secrétaire Tabacaru et lui ai expliqué que je faisais partie d'un réseau de recherche et que nous voulions faire une étude d'intervention. Je lui ai demandé si une étude de ce genre l'intéresserait, et il m'a répondu qu'il était vivement intéressé, parce qu'il y avait présentement en Roumanie un débat politique sur la meilleure façon de prendre soin des enfants abandonnés. Quand le régime de Ceausescu est tombé, il y avait un grand nombre d'enfants en garde institutionnelle (180 000), et dix ans plus tard, le gouvernement peinait encore à trouver des façons de régler le problème.

Enfin, nous avons pu concevoir une étude qui est devenue le projet d'intervention précoce de Bucarest, dont le premier essai randomisé contrôlé (ERC) comparait les familles d'accueil à la garde institutionnalisée. Afin de mener l'étude, il a fallu d'abord créer un système de familles d'accueil à Bucarest. À ce moment-là, nous nous sommes inspirés de mes expériences auprès de jeunes enfants en famille d'accueil, à la Nouvelle-Orléans.

Q. Quelle fut votre plus grande surprise, dans ce projet?

A. Bien des choses, mais je suis encore étonné que nous ayons réussi à le lancer et à le maintenir. Nous y poursuivons encore l'étude, 12 ans plus tard. Nous avons été très privilégiés au début de recevoir le financement de la fondation MacArthur, parce que nous en tirions la souplesse nécessaire pour faire fonctionner le projet.

Q. Quel a été le choc le plus intense?

A. Ce fut la façon dont les gardiens roumains des institutions transigeaient avec le fait d'être responsables d'un si grand nombre d'enfants. Ils s'adaptaient à leur situation surtout en maintenant un détachement distant; à la récréation,

ils parlaient entre eux plutôt que de jouer avec les enfants. En d'autres temps, ils offraient une aide instrumentale plutôt que de s'investir véritablement avec les enfants. Je me demandais comment ils pouvaient rentrer à la maison et fonctionner différemment avec leur propre famille, et assurément, il devait en être autrement à la maison.

Q. Qu'en est-il de l'éthique d'un ERC avec ce genre de population vulnérable?

A. Nous avons délibéré de l'éthique pendant des années. Après que nous en avons fait la demande, les Comités de protection des personnes (CPP) de trois universités et de deux ministères du gouvernement roumain nous ont accordé la permission de mener l'étude. L'idée de base était qu'après la randomisation, nous ne nous mêlerions d'aucun placement d'enfant – toutes les décisions étaient prises par les autorités gouvernementales. Spécifiquement, aucun enfant ne serait maintenu en garde institutionnelle de façon à être étudié. Nous n'avons également utilisé que des mesures comportant un risque minimal. L'adoption n'était refusée à aucun enfant, peu importe le groupe où il se trouvait. Nous avons publié un certain nombre d'articles traitant précisément de l'éthique du projet, et des bioéthiciens ont fait plusieurs commentaires sur l'étude, qui confirment généralement la fiabilité éthique de l'étude.

Q. Quelles leçons pouvons-nous tirer de ce projet?

A. L'un de nos principaux résultats est que les enfants abandonnés à la naissance qui ont tous les facteurs de risque prénataux, qui sont ensuite placés en milieu institutionnel défavorisé, puis placés de nouveau dans un milieu plus optimal peuvent se rétablir significativement mais pas entièrement. Un rétablissement substantiel dans de nombreux domaines du développement est possible.

Le deuxième résultat principal est que le moment de l'intervention importe. En conformité avec la notion des périodes sensibles du développement du cerveau, plus un enfant était placé tôt dans une famille d'accueil, plus il était susceptible d'avoir un meilleur résultat, bien que seulement pour certains domaines du développement.

Le troisième résultat principal est que l'un des principaux médiateurs des résultats est la qualité de l'attachement que l'enfant forme avec son soignant, ce qui est vrai tant en foyer d'accueil qu'en garde institutionnelle. Cette intervention consistait réellement à procurer des relations avec des soignants à de jeunes enfants défavorisés, mais même dans les institutions, la qualité des soins importe pour prévenir une future psychopathologie.

Q. Vous avez participé à donner forme à la psychiatrie des bébés par votre recherche et votre ouvrage *Handbook of Infant Mental Health* (Manuel de la santé mentale des bébés) – Que reste-t-il encore à faire?

A. Il y a eu des travaux au milieu des années 1980 au sujet de la psychopathologie des jeunes enfants qui réside

dans les relations plutôt que dans les personnes. La spécificité relationnelle des jeunes enfants renvoie au fait qu'ils peuvent exprimer des symptômes dans une relation mais pas dans une autre. À mesure que l'enfant grandit et qu'il internalise le conflit et le problème, il peut manifester ses problèmes dans un certain nombre de contextes. J'ai cru réaliser des progrès en développant des façons de décrire et de définir la psychopathologie relationnelle, mais l'une des grandes déceptions de ma carrière est que les progrès aient été si modestes dans ce domaine de la description de la psychopathologie relationnelle – comme l'a dit Dan Stern, nous avons une psychologie à « une personne » et non à « deux personnes ».

Par ailleurs, il est réjouissant que des domaines fondamentaux comme la neuroscience et la biologie cellulaire se soient vivement intéressés à la façon dont les premières expériences affectent le cerveau en développement, et ces travaux commencent à élucider comment les expériences mènent à divers résultats, bons et moins bons.

Q. Quelle est la réalisation qui n'est pas nécessairement la plus illustre mais qui vous apporte le plus de satisfaction?

A. Il y a deux choses qui m'ont attiré par l'intérêt et le défi qu'elles représentaient : la Tulane Infant Team, une initiative de collaboration entre les professeurs et stagiaires et le ministère des Services à l'enfant et à la famille. Je participe à cette équipe depuis 18 ans, en intervenant auprès de jeunes enfants maltraités et de leurs familles. Je trouve les défis cliniques aussi difficiles et irrésistibles que tout ce que j'ai vécu dans ma carrière. L'intérêt en est qu'ils mettent en jeu tous les autres systèmes, juridique, protection de l'enfance, éducation, santé mentale. Les jeunes enfants et leurs familles sont impliqués au confluent de tous ces systèmes aux différentes valeurs, langues et orientations – c'est ce qui m'a captivé. Et en parallèle, il y a le travail en Roumanie, que je partage avec Chuck Nelson et Nathan Fox depuis 12 ans, et qui est pareillement difficile et irrésistible de maintes façons. Je me dis souvent qu'à Bucarest, je tente d'amener les enfants en famille d'accueil, alors qu'à la Nouvelle-Orléans, j'essaie de les en sortir.

Q. Je crois que des employés sont à votre clinique de santé mentale des nourrissons depuis le début, soit il y a 18 ans, et d'autres, depuis des années. Quel est votre secret pour garder vos employés en poste si longtemps?

A. Oui, Julie Larrieu et moi y avons travaillé ensemble dès le début, et plusieurs autres sont avec nous depuis plus de dix ans. Je crois que le travail en soi, bien qu'intense, est attirant et satisfaisant, et je crois que nous avons reconnu au début qu'il est difficile et que nous devons nous entraider. Même si certaines personnes ne font que leur affaire, il y a une prise en charge collective, alors parfois, c'est la personne responsable du transport ou quelqu'un d'autre qui fait une observation importante dans la salle d'attente, de sorte

que lorsque nous nous réunissons pour des conférences de cas, chacun est écouté et apprécié pour ses idées.

Q. Une question injuste, mais quel est votre article préféré?

A. Durant ma formation, je me suis intéressé à l'article de 1975 de Sameroff et Chandler sur le modèle transactionnel. Dans la sphère clinique, c'était résolument « Ghosts in the nursery », de Selma Fraiberg, parce qu'elle nous apprenait comment interagir et penser aux bébés dans le contexte de leurs familles. J'ai également été plus qu'impressionné – tout à fait émerveillé en fait – par le livre de 1985 de Dan Stern, *The Interpersonal World of the Infant*. Je crois que c'est un tour de force étonnant parce qu'il a été capable d'extraire des données d'expériences obscures et arides, puis d'en formuler une théorie du moi et du développement convaincante, en plus de cette idée que l'on peut utiliser les résultats d'un autre domaine.

Q. La Dre Alicia Lieberman, de l'Université de Californie à San Francisco, est la fondatrice de Child-Parent Psychotherapy, le premier type de thérapie interactionnelle pour la dyade mère-bébé fondée sur des principes de la psychanalyse et de l'attachement; quelle influence a-t-elle eue sur vous?

A. J'ai rencontré Alicia pour la première fois vers 1982. Nous étions des débutants et nous assistions à une petite assemblée à l'UCSF, où Dan Stern commençait à élaborer sa théorie de l'autodéveloppement, qui allait devenir *The Interpersonal World of the Infant*. Je crois que nous étions tous deux carrément fascinés par cette assemblée, mais nous nous sommes ensuite rencontrés à diverses réunions professionnelles, puis nous sommes devenus bons amis et finalement, collaborateurs à distance, avec beaucoup d'intérêts en commun. Alicia était d'abord allée à San Francisco pour travailler avec Selma Fraiberg, qui avait élaboré « Infant Parent Psychotherapy ». Alicia est devenue experte de cette approche, et a mené des essais randomisés contrôlés pour en démontrer l'efficacité. Elle l'a aussi élargie pour inclure les enfants d'âge préscolaire et leurs parents, ce qui est devenu la « Child Parent Psychotherapy ». C'est une clinicienne, chercheuse et enseignante remarquablement douée, qui fait partie de la race en voie d'extinction des véritables universitaires de « triple menace ».

Q. Dans la préface de votre livre *Handbook of Infant Mental Health*, vous mentionnez à quel point les programmes de santé mentale des bébés sont à risque de disparaître en raison des compressions budgétaires publiques

qui sont attribuables à l'idéologie, pour la plupart. Quelle leçon pouvons-nous en tirer?

A. Cette protestation contre les compressions il y a quelques années était prophétique, car nous vivons maintenant à l'ère des compressions. Quatre années de suite, le budget de santé mentale de notre État a été radicalement amputé, ce qui souligne pour moi l'importance de convertir ce que nous avons appris sur les premières expériences et leurs avantages en un impact économique à long terme. Nous avons toujours cru qu'il était logique que si nous réglions nos problèmes tôt dans la vie, alors à long terme, les coûts en seraient réduits. Nous en avons aujourd'hui des preuves irréfutables – le défi actuel est de les communiquer aux personnes qui décident des politiques et de les inciter à investir à long terme, et pas seulement dans les choses qui répondent à un besoin immédiat.

Q. Avez-vous des commentaires sur le DSM-5 contre la DC-0-3R, la classification diagnostique pour les enfants de 0 à 3 ans?

A. Malgré bien des critiques, le DSM-5 est en bonne voie car il a fallu un effort conscient pour le rendre plus développemental. Mais les révisions du DSM reposent sur la recherche, et nombre de domaines ne possèdent pas la base de recherche nécessaire pour nous faire comprendre la manifestation développementale des troubles. J'espère donc que le DSM-5 va provoquer plus de recherche et devenir de plus en plus développemental dans ses futures éditions.

La DC-0-3R a été créée parce que le DSM ne s'appliquait manifestement pas aux bébés et aux jeunes enfants. La DC-0-3R est d'une aide précieuse aux cliniciens, mais il lui faut encore beaucoup de validation empirique.

Q. En rétrospective, qu'est-ce qui fait que vous gardez espoir?

A. Je crois que ce sont les gens avec qui j'ai eu le privilège de travailler au fil des ans. Ils ont fait preuve de patience, de fidélité, de passion et d'humour. Au début de ma carrière, la santé mentale des bébés était un domaine obscur qui intéressait une poignée de sommités et quelques dizaines de personnes. Aujourd'hui, il est accepté bien au-delà du monde universitaire, même dans les organismes gouvernementaux. Une formidable progression dont j'ai été témoin, et c'est ce qui me donne beaucoup d'espoir.

Q. Et pour terminer, quand croyez-vous que les Saints tenteront encore leur chance au Superbowl?

A. L'an prochain, c'est sûr!

Merci Dr Zeanah.