

Université de Poitiers
Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2014

Thèse n°

THESE
POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE
(décret du 16 janvier 2004)

MEMOIRE
du DIPLOME D'ETUDES SPECIALISEES
DE PSYCHIATRIE
(décret du 10 septembre 1990)

présentée et soutenue publiquement
le 23 octobre 2014 à Poitiers
par Mademoiselle Floriane Brunet

**Du théorique à la pratique collective :
La complexité des représentations sociales de la souffrance
psychique du bébé en périnatalité**

Composition du Jury

Président : Monsieur le Professeur Ludovic Gicquel

Membres : Monsieur le Professeur Jean-Louis Senon

Monsieur le Professeur Olivier Bonnot

Monsieur le Docteur Louis Tandonnet

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur François Medjkane

Université de Poitiers
Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2014

Thèse n°

THESE
POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE
(décret du 16 janvier 2004)

MEMOIRE
du DIPLOME D'ETUDES SPECIALISEES
DE PSYCHIATRIE
(décret du 10 septembre 1990)

présentée et soutenue publiquement
le 23 octobre 2014 à Poitiers
par Mademoiselle Floriane Brunet

**Du théorique à la pratique collective :
La complexité des représentations sociales de la souffrance
psychique du bébé en périnatalité**

Composition du Jury

Président : Monsieur le Professeur Ludovic Gicquel

Membres : Monsieur le Professeur Jean-Louis Senon

Monsieur le Professeur Olivier Bonnot

Monsieur le Docteur Louis Tandonnet

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur François Medjkane



Le Doyen,

Année universitaire 2014 - 2015

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

1. AGIUS Gérard, bactériologie-virologie
2. ALLAL Joseph, thérapeutique
3. BATAILLE Benoît, neurochirurgie
4. BENSADOUN René-Jean, oncologie – radiothérapie (en disponibilité 1 an à compter de janvier 2014)
5. BRIDOUX Frank, néphrologie
6. BURUCOA Christophe, bactériologie - virologie
7. CARRETIER Michel, chirurgie générale
8. CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
9. CHRISTIAENS Luc, cardiologie
10. CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
11. DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
12. DEBIAIS Françoise, rhumatologie
13. DROUOT Xavier, physiologie
14. DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
15. EUGENE Michel, physiologie (surnombre jusqu'en 08/2016)
16. FAURE Jean-Pierre, anatomie
17. FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
18. GAYET Louis-Etienne, chirurgie orthopédique et traumatologique
19. GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
20. GILBERT Brigitte, génétique
21. GOMBERT Jean-Marc, immunologie
22. GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
23. GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion
24. GUILLET Gérard, dermatologie
25. GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
26. HADJADJ Samy, endocrinologie et maladies métaboliques
27. HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
28. HERPIN Daniel, cardiologie
29. HOUETO Jean-Luc, neurologie
30. INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
31. IRANI Jacques, urologie
32. JABER Mohamed, cytologie et histologie
33. JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
34. JAYLE Christophe, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
35. KARAYAN-TAPON Lucie, oncologie
36. KEMOUN Gilles, médecine physique et réadaptation (en détachement 2 ans à compter de janvier 2014)
37. KITZIS Alain, biologie cellulaire
38. KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
39. LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
40. LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
41. LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
42. LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques
43. MACCHI Laurent, hématologie
44. MARECHAUD Richard, médecine interne
45. MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire
46. MEURICE Jean-Claude, pneumologie
47. MIGEOT Virginie, santé publique
48. MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
49. MIMOZ Olivier, anesthésiologie - réanimation
50. MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
51. NEAU Jean-Philippe, neurologie
52. ORIOT Denis, pédiatrie
53. PACCALIN Marc, gériatrie
54. PAQUEREAU Joël, physiologie
55. PERAULT Marie-Christine, pharmacologie clinique
56. PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
57. PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
58. POURRAT Olivier, médecine interne
59. PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
60. RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire
61. RICHER Jean-Pierre, anatomie
62. RIGOARD Philippe, neurochirurgie
63. ROBERT René, réanimation
64. ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
65. ROBLOT Pascal, médecine interne
66. RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
67. SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (surnombre jusqu'en 08/2017)
68. SILVAIN Christine, hépato-gastro-entérologie
69. SOLAU-GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
70. TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
71. TOUCHARD Guy, néphrologie
72. TOURANI Jean-Marc, oncologie
73. WAGER Michel, neurochirurgie

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

1. ALBOUY-LLATY Marion, santé publique
2. ARIES Jacques, anesthésiologie - réanimation
3. BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie - virologie
4. BEN-BRIK Eric, médecine du travail
5. BILAN Frédéric, génétique
6. BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
7. CASTEL Olivier, bactériologie - virologie - hygiène
8. CATEAU Estelle, parasitologie et mycologie
9. CREMNITER Julie, bactériologie - virologie
10. DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie - réanimation
11. DIAZ Véronique, physiologie
12. FAVREAU Frédéric, biochimie et biologie moléculaire
13. FRASCA Denis, anesthésiologie - réanimation
14. HURET Jean-Loup, génétique
15. LAFAY Claire, pharmacologie clinique
16. SAPANET Michel, médecine légale
17. SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
18. THILLE Arnaud, réanimation
19. TOUGERON David, hépato-gastro-entérologie

Professeur des universités de médecine générale

GOMES DA CUNHA José

Professeurs associés de médecine générale

BINDER Philippe
VALETTE Thierry

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

BIRAULT François
BOUSSAGEON Rémy
FRECHE Bernard
GIRARDEAU Stéphane
GRANDCOLIN Stéphanie
PARTHENAY Pascal
VICTOR-CHAPLET Valérie

Enseignants d'Anglais

DEBAIL Didier, professeur certifié
PERKINS Marguerite, maître de langue étrangère

Professeurs émérites

1. DORE Bertrand, urologie (08/2016)
2. FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie – virologie (08/2015)
3. GIL Roger, neurologie (08/2017)
4. MAGNIN Guillaume, gynécologie-obstétrique (08/2016)
5. MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (08/2017)
6. MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (08/2017)

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

1. ALCALAY Michel, rhumatologie
2. BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
3. BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
4. BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex-émérite)
5. BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
6. BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
7. BEGON François, biophysique, Médecine nucléaire
8. BOINOT Catherine, hématologie - transfusion
9. BONTOUX Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
10. BURIN Pierre, histologie
11. CASTETS Monique, bactériologie -virologie – hygiène
12. CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
13. CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
14. CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
15. DABAN Alain, cancérologie radiothérapie (ex-émérite)
16. DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
17. DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
18. DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
19. FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
20. GOMBERT Jacques, biochimie
21. GRIGNON Bernadette, bactériologie
22. GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
23. JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
24. KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
25. KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
26. LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
27. LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
28. MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
29. MARILLAUD Albert, physiologie
30. MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
31. POINTREAU Philippe, biochimie
32. REISS Daniel, biochimie
33. RIDEAU Yves, anatomie
34. SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
35. TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
36. TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
37. VANDERMARCO Guy, radiologie et imagerie médicale

Remerciements

A Monsieur le Professeur Ludovic Gicquel,

Vous m'avez fait l'honneur de présider le jury de ma thèse,

Merci pour vos enseignements, votre approche intégrative de la psychiatrie, votre enthousiasme et votre dynamisme,

Veillez trouver ici le témoignage de mon respect,

A Monsieur le Docteur François Medjkane,

Vous m'avez fait l'honneur de diriger mon travail,

Un profond merci pour votre transmission passionnée de ce métier, votre grande disponibilité, votre bienveillance, votre confiance, votre enthousiasme débordant,

Merci de m'offrir la possibilité de poursuivre à vos côtés,

A Monsieur le Professeur Jean-Louis Senon,

Vous m'avez fait l'honneur de juger mon travail.

Merci pour votre enseignement, votre grande érudition et votre plaisir à partager votre regard clinique aiguisé, riche et pluriel,

Merci de m'avoir appris à réfléchir avec tempérance,

Veillez trouver ici l'expression de mon profond respect,

A Monsieur le Professeur Olivier Bonnot,

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter de juger mon travail,

Merci pour vos enseignements et vos recherches novatrices sur la psychiatrie,

A Monsieur le Docteur Louis Tandonnet,

Vous m'avez fait l'honneur de juger mon travail,

Un profond merci pour votre confiance, vos conseils précieux, riches, construits et toujours très à propos, votre enthousiasme à transmettre votre savoir,

Merci pour nos échanges passés, présents et je l'espère à venir,

Merci aux professionnels qui ont pris le temps de répondre au questionnaire,

Merci au réseau de périnatalité de Bretagne occidentale, au réseau 92-sud et au réseau Ombrel d'avoir permis la diffusion de ce questionnaire,
Merci d'avoir soutenu et enrichi ma réflexion,

Merci aux professionnels de la PMI du Poitou-Charentes pour votre engagement et votre précieux soutien,

Merci à Monsieur Laurent Milland, enseignant chercheur en psychologie sociale à l'Université de Poitiers, de m'avoir accordé de votre temps pour me guider dans l'univers de la psychologie sociale, d'avoir respecté ma naïveté tout en m'éclairant de manière précise,

Merci à Rémi Biscueil pour son remarquable soutien informatique et ses conseils précieux,

Merci à mes relecteurs patients et attentifs,

Merci à mes amis statisticiens d'avoir pris de leur temps pour m'éclairer cette discipline parfois obscure,

Merci aux soignants qui m'ont accompagné durant ses huit dernières années et plus particulièrement le long de mon internat,

Merci de votre confiance, de vos conseils avisés, de vos regards encourageants,

Merci d'avoir guidé mes premiers pas, mes premières réflexions cliniques, mes premières prescriptions,

Puisse cette initiation m'accompagner tout au long de ma pratique,

Merci aux patients qui m'apprennent chaque jour à remettre en question mes idées et mes théories,

Merci pour votre confiance, votre vitalité, votre courage, votre regard aigu sur l'existence,

Merci à mes collègues internes pour les moments partagés, votre écoute, vos conseils et les discussions partagées,

Merci à mon entourage pour votre présence pleine de vie, de possibles, de patience et d'écoute réconfortante,

Merci pour les moments partagés passés, présents et à venir,

Merci à mon père, à ma mère, à mes deux frères,

A ma tante et mon oncle pour leurs exemples,

Une pensée émue à ma grand-mère et mon grand-père,

Merci Victor pour ton esprit, tes yeux, ta patience, merci pour ta présence renouvelée,

A sa famille pour son chaleureux accueil,

A mes amis de longues dates et de moins longues dates,

Merci pour votre présence qui se dérobe aux mots pour se vivre pleinement,

Sommaire

Introduction générale	10
Partie I - Apport des représentations sociales	12
1. Des repères nosographiques au travail pluridisciplinaire : pertinence de la notion de représentation.....	13
2. A l'origine des représentations sociales, un champ transdisciplinaire	13
3. L'apport de la théorie des représentations sociales	16
3.1. A l'interface de la réalité sociale et de la réalité subjective	17
3.1.1. La subjectivité au cœur des représentations	18
3.1.2. Les représentations sociales, une appartenance collective.....	19
3.2. La représentation sociale, un savoir dynamique sur le sens commun.....	20
3.2.1. Fonctions d'orientation, de justification et d'anticipation des actes-pensées	21
3.3. Structure de la représentation sociale	22
3.3.1. Elaboration d'une représentation sociale.....	23
Partie II - La représentation de la <i>souffrance psychique du bébé</i> en pédopsychiatrie	24
1. La construction de la notion de <i>souffrance psychique du bébé</i> en pédopsychiatrie	25
1.1. Le bébé, évolution d'une catégorie sociale dans l'histoire de la société occidentale	25
1.2. Naissance de la question du bébé en psychiatrie infantile.....	29
1.3. Une acception développementale de la notion de <i>souffrance psychique</i>	31
1.3.1. La naissance, un événement déstabilisant l'homéostasie du bébé.....	33
1.3.2. La souffrance psychique au prisme des positions schizo-paranoïde et dépressive.....	34
2. Deux entités cliniques, paradigmes d'une vision de la souffrance psychique.....	37
2.1. L'autisme.....	38
2.1.1. Introduction.....	38
2.1.2. Clinique	39
2.1.3. Etiologie.....	49
2.1.4. Psychopathologie.....	56
2.1.5. Conclusion	62

2.2.	La dépression du bébé	64
2.2.1.	Introduction.....	64
2.2.2.	Clinique	65
2.2.3.	Etiologie.....	73
2.2.4.	Psychopathologie.....	81
2.2.5.	Conclusion.....	88
3.	Conclusion	89
	Partie III - Etude des représentations des professionnels de périnatalité.....	92
1.	Introduction	93
2.	Hypothèses de recherche	93
3.	Matériel, aspect méthodologique, ossature de la recherche.....	94
3.1.	Le questionnaire	94
3.1.1.	Le choix du questionnaire	94
3.1.2.	L'association libre secondairement hiérarchisée	95
3.1.3.	Le questionnaire d'opinion.....	98
3.1.4.	Recueil d'informations de type sociodémographique et professionnel.....	99
3.2.	Élaboration du questionnaire.....	99
3.2.1.	Pré-enquête: le recueil documentaire	99
3.2.2.	Phase de test	100
3.2.3.	Structure finale du questionnaire.....	100
3.2.4.	Conditions de mise en place de l'étude	100
4.	Résultats	101
4.1.	La population	101
4.2.	Les tâches d'évocation libre	105
4.2.1.	La santé du bébé	106
4.2.2.	Les interactions parents-bébé	119
4.2.3.	Une situation à risque psychologique	130
4.3.	Le questionnaire d'opinion	141

4.4. Leur métier.....	146
4.5. Retour sur les hypothèses.....	147
5. Discussion	148
5.1. Limites des résultats	148
5.2. Principaux résultats	150
6. Ouverture et conclusion.....	155
Conclusion générale	159
Bibliographie	161
Table des illustrations	169
Annexes	170
Annexe n° 1 : Évitement relationnel du nourrisson, Carrel (1999).....	170
Annexe n°2 : Alarme de détresse bébé (ADBB) A. Guedeney, 2007.....	173
Annexe n° 3 : Repères de signes de souffrance psychique précoce (Lamour, Barraco, 1998).....	176
Annexe n°4 : L'auto-questionnaire	177
Résumé.....	188
SERMENT	189

Introduction générale

Longtemps délaissé au sein de la psychiatrie, le bébé fut progressivement constitué après la seconde guerre mondiale comme un objet de recherche à part entière de la discipline. Les découvertes qui en résultèrent transformèrent les bases théoriques et l'appréhension clinique de la pédopsychiatrie (Alvarez, 2013). Depuis ces premiers travaux, le champ de la périnatalité et notamment la puériculture est un domaine en perpétuel remaniement (De Parseval, 1979). Si la psychiatrie périnatale s'est construite autour du bébé, de sa vie psychique autonome et de ses différentes formes de souffrance, comment ces conceptions sont-elles aujourd'hui reçues et investies dans le soin en périnatalité ?

Dans cette perspective, notre travail s'intéresse à la notion de *souffrance psychique du bébé* au sein du champ de la périnatalité. En ancrant notre propos au sein d'un cadre théorique se référant aux représentations, nous avons souhaité souligner la complexité de cette notion de *souffrance* fréquemment usitée par les soignants. Dans un contexte pluridisciplinaire, le travail soignant exige un brassage théorico-clinique, des cadres référentiels multiples parfois contradictoires. En effet, la périnatalité est un domaine fondamentalement pluridisciplinaire où les champs médico-social, somatique et psychiatrique s'enchevêtrent. Une diversité de professionnels aux affiliations et statuts variés travaillent de concert : médecins, puéricultrices, sagefemmes, psychologues, éducateurs, etc. Ce questionnement a émergé au cours de notre pratique au sein d'équipes aux horizons parfois divergents : dans le champ médico-social, des soins somatiques ou bien au sein de centres médico-psychologiques. Nous avons pu constater au cours de ces expériences professionnelles que la souffrance psychique du bébé, en tant que catégorie de pensée, a une effectivité réelle puisqu'elle nourrit et justifie l'activité clinique et thérapeutique des professionnels psychiatriques auprès des parents et des équipes soignantes. Cette notion tient une place d'évidence dans l'économie des soignants, elle est au premier plan des enjeux d'intervention et de soins en psychiatrie périnatale. Les professionnels évoquent la souffrance, la détresse, le malaise des bébés comme motifs de recours aux soignants « psy ». Ces différents termes paraissent être employés comme des équivalents. Il s'agit donc ici d'appréhender les réalités que cette terminologie pluri-professionnelle recouvre afin de mieux les circonscrire. Sur quels repères s'appuie-t-elle ? Quels raisonnements sous-entend-t-elle ? A quels diagnostics fait-elle référence ?

Pour aborder ces questions, nous mobilisons le concept de *représentation* développé notamment en psychologie sociale. Définie par Moscovici comme l'exploration des activités

cognitives déterminants notamment les manières d'agir (Abric, 2003), l'étude des représentations permet de concevoir au plus près la manière dont les professionnels donnent sens et forme aux phénomènes de souffrance. Notre étude cherchera à identifier le contenu représentationnel de la souffrance psychique du bébé, les logiques idéelles et pratiques qu'il révèle chez les soignants en périnatalité. En nous appuyant sur l'évaluation des acteurs de terrain de la prise en charge des très jeunes enfants, c'est la nature des liens entre représentations, savoirs théoriques et exercices professionnels qu'il s'agira de mettre en exergue dans le présent travail. Le bébé sera compris dans le cadre de notre étude dans une acception large concernant les âges. En effet, si la pédiatrie délimite le champ de la périnatalité au premier mois de vie, la pédopsychiatrie retient des limites plus floues allant de la naissance à la première année de vie voire aux trois premières années de vie.

Dans une première partie, nous présenterons le concept de représentation de manière transversale dans ses différents domaines d'application. Nous développerons plus particulièrement l'apport de la théorie des représentations sociales, qui constitue le cadre théorique de notre étude. La psychologie sociale insiste sur le rôle médian des représentations entre individuel et corps social, source de connaissances, d'adaptation et d'anticipation de l'action. Dans une seconde partie, nous aborderons les données actuelles concernant la souffrance psychique du bébé au sein de la pédopsychiatrie française, par le biais d'une revue de la littérature pédopsychiatrique centrée autour des entités d'autisme précoce et de dépression infantile. En effet, ces deux diagnostics, forts de l'histoire qu'ils détiennent, nous paraissent contenir des clés révélatrices sur la façon dont la pédopsychiatrie aborde la question de la souffrance. Nous développerons la clinique et les approches psychopathologiques propres à chacune des entités dans l'optique de repérer des caractéristiques de la souffrance psychique du bébé au sein du travail pédopsychiatrique. Notre troisième partie présentera l'étude que nous avons effectuée auprès de 101 professionnels de périnatalité par le biais d'auto-questionnaires. Nous exposerons le protocole mis en place, ses limites ainsi que les principaux résultats recueillis, pistes exploratoires pour identifier le contenu représentationnel de la notion de souffrance psychique du bébé.

Partie I - Apport des représentations sociales

« La connaissance du réel est indissociable de celle des procédés de la pensée qui donnent forme à celui-ci, l'informent et le questionnent. Ce dont "on a besoin" est un procédé pour disséquer la pensée ».

Le désordre, Georges Balandier (1988)

1. Des repères nosographiques au travail pluridisciplinaire : pertinence de la notion de représentation

Notre travail s'inscrit dans une démarche de recherche du sens des soins psychiatriques. La souffrance psychique du bébé est une notion fréquemment utilisée par les différents soignants, elle se présente comme une évidence en psychiatrie périnatale. L'étude des représentations sociales s'intéresse aux univers interprétatifs partagés et propose de cerner les grilles de lectures guidant les comportements des individus. Ainsi, cette méthodologie nous est apparue adaptée au terrain pluridisciplinaire de la périnatalité, permettant d'appréhender les dynamiques sociocognitives du travail collectif : « Il existe une forte interdépendance entre les capacités de compréhension et d'intervention des praticiens sur l'état de santé de leurs patients et leurs représentations. De même, l'interaction thérapeutique s'opère bien souvent autour et par les représentations élaborées sur la pathologie, le traitement ou les soins (...) Les représentations, dans ce contexte, donnent du sens aux pathologies, guident les pratiques professionnelles et permettent également de justifier ces pratiques a posteriori » (Janati Idrissi, 2014).

Dans un premier temps, nous développerons succinctement la notion générique de *représentation*. Puis, nous expliciterons son acception au sein de la psychologie sociale. Cette présentation introduira le cadre de notre réflexion.

2. A l'origine des représentations sociales, un champ transdisciplinaire

La notion de représentation est traitée au sein de corpus théoriques différents : sociologie, anthropologie, philosophie et notamment phénoménologie, psychanalyse, psychologie cognitive et psychologie sociale.

Représenter vient du latin *repraesentare*, *rendre présent*. Les représentations sont définies par le dictionnaire *le Robert* en trois axes : « 1. action de mettre devant les yeux ou devant l'esprit de quelqu'un. En psychologie, la représentation est envisagée comme le processus par lequel une image est présentée aux sens ; 2. Fait d'en imposer ; 3. Fait d'agir à la place ou au nom de quelqu'un ». En somme, une représentation est le fait de rendre sensible quelque chose au moyen d'une figure, d'un symbole, d'un signe, pour produire une action, déterminer une direction.

Les représentations initialement furent pensées par Durkheim, père fondateur de la sociologie française, à travers leur aspect collectif. Ce dernier théorisa les représentations collectives comme « la trame de la vie sociale » : « La vie collective, comme la vie mentale de l'individu, est faite de représentations » (1898). Ciment de la communauté, elles sont productrices d'un discours commun cohérent permettant la pérennité du groupe social en légitimant ses pratiques et ses croyances. Durkheim postula la supériorité des faits sociaux sur les faits individuels, trop labiles pour avoir une quelconque influence sur le fait social selon lui : « Il n'est pas de règne dans la nature qui ne tienne aux autres règnes ; rien donc ne serait plus absurde que d'ériger la vie psychique en sorte d'absolu qui ne viendrait de nulle part et qui ne se rattacherait pas au reste de l'univers. (...) Les représentations se dégagent des relations qui s'établissent entre les individus ». Dans sa conception initiale, la représentation est donc essentiellement un phénomène social interindividuel, dont l'importance pour la cohérence d'un groupe est première.

La définition va progressivement s'étoffer. Les représentations individuelles vont être étudiées en particulier au sein de trois approches : la psychologie cognitive, la phénoménologie et la psychanalyse. Le champ cognitif appréhendera les représentations comme un contenu cognitif compilant de multiples données, sur lequel s'exerce le traitement cérébral. Cet état mental n'acquiert un contenu qu'en raison de sa correspondance avec un réel pensé comme objectif et indépendant. Piaget comprenait les représentations infantiles comme des conséquences du processus de symbolisation issu des boucles sensori-motrices (Lauwe, 2003). L'émergence de la pensée est alors associée à la possibilité de se représenter le réel par l'intermédiaire de signifiants (indices, symboles, signes). La notion de représentation est fondamentale pour le fonctionnement individuel : en extrayant du réel des indications, le sujet se façonne des représentations de ce dernier qui lui permettront d'interagir de manière avertie. La psychanalyse et notamment la conceptualisation freudienne introduisent au sein de la notion de représentation une composante psychique autre. Seconde partie de la pulsion, au côté de l'affect, la représentation peut être de deux types : les représentations de mots et les représentations de choses. Elles ont pour principale fonction la conservation mnésique. Nous développerons plus avant le développement des représentations théorisé par Aulagnier afin de souligner la part de subjectivité au sein de chaque représentation. La phénoménologie portée par les travaux de Husserl notamment, s'intéressa à rompre avec l'idée classique héritée de Descartes d'une « représentation-miroir » simulacre du réel (conception reprise en partie au sein de la psychologie cognitive) pour lui substituer la

problématique de l'intentionnalité. La représentation devient « un acte de connaissance (...) comme une visée, une activité vécue liant indissolublement le sujet et l'objet intentionnel » (Havelange, 2003). Husserl travailla à rendre compte de l'influence de la temporalité dans la constitution même de la connaissance : temporalité fluide entre l'objet en soi, la personne et le corps social au sein duquel les protagonistes s'inscrivent. Nous souhaitons ancrer notre propos dans cette conception de la représentation, passerelle entre l'individuel et le collectif, l'intra-subjectif et l'intersubjectif. La représentation devient une interface entre le collectif et l'individuel, et peut être comprise comme une activité qui met entre parenthèses « le problème du rapport entre l'objet de la représentation (l'objet intentionnel) et la chose en soi » (Havelange., 2003). Nous ne chercherons pas à savoir en quoi les représentations des professionnels de terrain s'éloignent du concept théorico-clinique de souffrance psychique élaboré par les pédopsychiatres, mais discutons des représentations des différents professionnels dans une acception de la notion de représentation comme une activité psychocognitive partagée. Cette démarche se démarque d'une lecture analytique qui « confère un rôle central à des représentations entendues comme mise en correspondance des concepts de l'esprit avec des référents supposés extérieurs » (Havelange, 2003). En poussant plus loin le raisonnement de processus vécu entre l'objet représenté et la personne pensante, la représentation devient une activité relationnelle énative ou transductive : « dans cette perspective, la représentation n'apparaît plus comme un état mental doté d'un contenu linguistique qui tiendrait lieu d'un objet prétendument originaire, mais comme une activité relationnelle où le sujet et l'objet d'une visée intentionnelle co-adviennent » (Havelange, 2003). Le terme de *transduction* est emprunté à Simondon (1989) et met en lumière le caractère réciproque des deux pôles d'une relation, gommant toute question autour de qui précède qui. Quant à l'*énaction*, elle renvoie notamment aux travaux de Varela (1989) qui approfondirent la notion husserlienne d'*intentionnalité* et complexifièrent la compréhension de la représentation : « dans la perspective de l'énaction, cette séquence linéaire (du traitement de l'information des données des sens) est transformée en boucle sensori-motrice, par la prise en considération du fait que les actions produisent des effets en retour sur les sensations (...) l'action n'est pas une simple sortie, elle est constitutive de la perception elle-même » (Havelange, 2003). Cette approche peut être mise en perspective avec les considérations issues de la psychologie sociale qui définissent les représentations comme des processus producteurs de connaissances et inducteurs de pratiques.

Ainsi au sein de notre travail, les représentations sont comprises dans cette perspective. Il n'existe pas de *souffrance psychique du bébé a priori*, mais des actes de pensées, de réflexions et d'actions issues de la rencontre d'un soignant et d'un bébé. Les représentations s'actualisent au croisement d'une "boucle sensori-motrice" entre un bébé agissant et un clinicien pensant. Les représentations ne doivent pas être comprises comme des reproductions d'un objet réel objectif et vrai, mais émergeant de l'interaction et de la condensation de multiples facteurs sociaux, relationnels, psychiques, affectifs et cognitifs appartenant à la fois à l'objet représenté (ici le jeune enfant en souffrance) et au sujet se représentant (ici les soignants habités par leurs expériences, leur vécu mais aussi leurs savoirs et leurs compétences propres).

Laplantine (1989) synthétisa les approches concernant les représentations. Issues de la rencontre des expériences individuelles et des modèles sociaux, les représentations tiennent une part importante comme mode d'appréhension particulier du réel. Elles sont également comprises comme un savoir élaboré au sujet d'une expérience. Enfin, elles offrent une interprétation individuelle en lien étroit avec le discours social, pouvant devenir une réalité en soi.

La diversité des approches rend compte de la polysémie de la notion de représentation et souligne sa richesse conceptuelle. Nous allons maintenant exposer plus en détail la conception théorique des représentations sociales sur laquelle se fonde notre travail.

3. L'apport de la théorie des représentations sociales

La psychologie sociale se définit comme l'étude empirique de la façon dont les pensées, les comportements et les émotions d'un individu sont influencés explicitement ou implicitement par les autres. Elle s'intéresse plus particulièrement à la manière dont se construisent nos pensées, croyances, intentions et buts et comment ces facteurs influencent à leur tour nos comportements et interactions avec les autres. C'est donc le rapport entre individu et société et leurs influences réciproques, qui sont ici questionnés. La psychologie sociale peut être définie comme « une science des interactions » (Palmonari, 2003).

Les premiers travaux de psychologie sociale furent ceux de Serge Moscovici, dont le travail de thèse s'intitula *La psychanalyse, son image et son public* (1961). Il proposa de dépasser la hiérarchie posée par Durkheim entre représentations collectives et représentations individuelles, et introduit le terme de représentation sociale. Ce théoricien proposa d'étudier « comment une nouvelle théorie scientifique ou politique est diffusée dans une culture

donnée, comment elle est transformée au cours de ce processus et comment elle change à son tour la vision que les gens ont d'eux-mêmes et du monde dans lequel ils vivent » (Lahlou, 2007). Analyser une représentation sociale revient à décrire comment un objet – au sens large – est pensé par une communauté et institué comme une réalité. L'ancrage social permet de dépasser les points de vue taxinomiques individualisant en prenant « comme point focal l'unité globale constituée par l'interdépendance, réelle ou symbolique, de plusieurs sujets dans leur rapport à un environnement commun » (Jodelet, 2008a). C'est à partir de cette interface sujet-social-objet dynamique que nous avons pensé notre étude : Quelles sont les représentations de la souffrance psychique du bébé ? Comment une pensée théorique diffuse-t-elle à travers les pratiques professionnelles ? Comment les soignants s'en saisissent dans leur quotidien ? Comment s'articulent exercices professionnels et réflexions théoriques ? Quelle est la "réalité" tissant savoirs théoriques abstraits et expériences vécues concrètes, de la souffrance psychique du bébé ?

Nous aborderons la théorie des représentations sociales au sein de la psychologie sociale autour des trois principaux axes qui nous permirent d'appréhender notre objet d'étude. Dans un premier temps, nous exposerons le processus de constitution d'une représentation qui se situe à l'interface entre la réalité subjective individuelle et la réalité sociale partagée. Puis nous nous intéresserons aux fonctions des représentations et notamment celles permettant l'élaboration d'un savoir dynamique de sens commun. Enfin, nous présenterons la théorie du noyau central éclairant l'organisation des champs représentationnels.

3.1. A l'interface de la réalité sociale et de la réalité subjective

Les représentations sociales sont décrites comme se rapportant à trois sphères d'appartenance : celle de la subjectivité, de l'intersubjectivité et de la transsubjectivité (Jodelet, 2008a). La première se réfère à l'influence de la corporéité du sujet, ses émotions, son histoire personnelle et son identité. La sphère de l'intersubjectivité met l'accent sur les processus de négociation : élaborations discutées et établies au sein d'une communauté de sujets. Enfin, la transsubjectivité renvoie à la dimension de "communalité" : « tout ce qui est commun aux membres d'un même collectif ».

3.1.1. La subjectivité au cœur des représentations

Plusieurs auteurs soutiennent la participation subjective qui rend compte « d'un sujet qui intériorise, s'approprie les représentations tout en intervenant dans leur construction » (Jodelet, 2008a). En pointant l'influence des sujets dans l'élaboration même des représentations, ces auteurs apportent un regard qui complexifie une appréhension de la représentation comme phénomène collectif imposé à l'individu. Dans ce « mouvement de retour vers le sujet », ces derniers sont considérés « non comme des individus isolés, mais comme des acteurs sociaux actifs, concernés par les différents aspects de la vie quotidienne qui se développe dans un contexte social d'interaction et d'inscription » (Jodelet, 2008a). Les représentations sociales s'inscrivent dans une dynamique constituante pour et par les sujets : « une représentation est toujours représentation de quelque chose pour quelqu'un ». L'approche phénoménologique insiste sur l'incarnation du sujet, sa participation au monde, conduisant ainsi à « intégrer dans l'analyse des représentations les facteurs émotionnels et identitaires, à côté des prises de position liées à la place sociale » (Jodelet, 2008a).

De son côté, l'approche psychanalytique et notamment les théorisations d'Aulagnier décryptèrent les représentations par le prisme de leur évolution au cours du développement psychique. La représentation est considérée par la psychanalyse dans une double perspective : à la fois instruite par la pulsion (elle est son représentant psychique) et formée par le système perception/conscience (trace psychique d'une perception sensorielle). Les représentations ou images mentales ont une fonction de liaison pour les affects. Aulagnier propose de travailler sur les représentations psychiques dans la continuité de la pensée freudienne. L'activité psychique est décrite dans une dynamique maturative qui se nourrit des événements quotidiens, du biologique et de l'histoire personnelle, familiale mais également culturelle. L'activité de représentation est présentée en trois déploiements : le processus originaire avec ses représentations pictographiques, le processus primaire et ses représentations phantasmatiques et enfin le processus secondaire et ses représentations idéiques. L'activité dite originaire se caractérise par la production de pictogrammes à partir des expériences sources d'affects. Ces pictogrammes sont indissociablement représentation de l'affect et affect de la représentation. Un fond représentatif se forme. Lors de la reconnaissance de la séparation des corps - et par conséquent des espaces psychiques, le bébé se trouve face à un nouveau besoin : se représenter cette séparation et les phénomènes d'absence. Une nouvelle activité psychique se met en place, l'activité primaire qui permet la construction de

représentations phantasmatiques. Puis vient la mise en place progressive de l'autonomie du jeune enfant, la représentation idéique issue des processus secondaires sert ainsi à la mise en sens des mondes interne et externe. L'instance autonome, nommée Je, construit une image de la réalité du monde en cohérence avec sa propre personne : « cette mise en relation ne vise l'acquisition d'aucune connaissance de l'objet en soi, c'est là l'illusion du Je, mais le pouvoir d'établir entre les éléments, un ordre de causalité qui rende intelligible au Je l'existence du monde et la relation présente entre ces éléments » (Giust-Desprairies, 2002). L'activité de représentation devient activité d'interprétation. Elle rend compte de mouvements d'investissement du monde extérieur. Pour cette auteure, toute distinction au cours du processus de représentation entre monde intérieur et monde extérieur est vaine : « Psyché et monde se rencontrent et naissent l'un avec l'autre, l'un par l'autre ». Ces remarques modèlent notre compréhension : les représentations ne sont pas des faits anonymes imposés issus d'objets extérieurs clairement identifiés, mais sont le fruit d'une lecture subjective où l'identité collective du sujet se mêle à son identité individuelle. L'activité de représentation est un mécanisme nécessaire afin de « métaboliser un matériau hétérogène » appartenant aux registres collectif et subjectif (Giust-Desprairies, 2002). Au sein de notre travail, la notion de *souffrance psychique du bébé* doit ainsi être éclairée comme une signification composite faite de théories et de cliniques, de réflexions et de vécus. Quelle synthèse peut émerger de cet ensemble hétéroclite ?

A cette lecture axée sur la singularité des représentations, s'ajoute une approche collective de la représentation.

3.1.2. Les représentations sociales, une appartenance collective

La représentation si elle est façonnée par la lecture subjective, prend également en compte la dimension sociale. Cette dernière peut être appréhendée à la fois dans le contexte de sa construction dynamique mais aussi dans une perspective fonctionnelle. A quoi servent les représentations ? Comment informent-elles notre lecture du monde ? Influencent-elles notre vision et nos actes ?

Jodelet en situant la représentation au sein d'une triple appartenance, introduit au côté de la subjectivité, les sphères de l'intersubjectivité et de la transsubjectivité. Elle définit un espace commun dit "communalité", à l'image des processus transitionnels de Winnicott au sein desquels l'origine n'est débattue par personne. Ce lieu se compose « d'entrelacs de principes,

d'évidences empiriques, logiques ou morales » (Jodelet, 2008b). Les représentations sont ainsi empruntées « des valeurs correspondant au système socio-idéologique et à l'histoire du groupe au sein de laquelle elle est véhiculée » (Abric, 2003). Cet éclairage ancre notre question dans son contexte socio-historique : la souffrance psychique du bébé en France au début du XXIème siècle. L'Ecole de Genève, dont un des chefs de file est Doise, approfondit cette conception. Les représentations sont décryptées comme un ensemble non consensuel combinant des principes qui permettent des prises de position au sein des rapports sociaux. Cette lecture s'écarte de l'Ecole d'Aix-en-Provence qui postule une construction des représentations sociales autour d'un noyau central stable. Pour Doise et ses collaborateurs, ce sont les phénomènes d'ancrage au sein des différentes réalités collectives qui dominent et orientent les représentations sociales. Les représentations doivent être comprises comme des "réalités vivantes" modulables en fonction des contextes. Doise formalisa sa pensée avec le concept de *dynamique représentationnelle*. Cette dimension processuelle situe les représentations au croisement de références communes partagées, mais aussi comme une production individuelle subjectivante, source de différenciation individuelle : les représentations sociales sont des « réalités collectives » à la fois générées et acquises (Jodelet, 2008).

Enfin, l'ancrage des représentations sociales au sein d'une dynamique intersubjective éclaire les processus d'« élaborations négociées et établies en commun » au sein d'une collectivité (Jodelet, 2008b). De ces "espaces d'interlocution" naissent des représentations, et avec elles un sentiment d'affiliation : « partager une idée, un langage, c'est aussi affirmer un lien social et une identité » (Apostolidis, 2003). Nous nous appuyons sur cette fonction identitaire pour discuter les résultats en fonction de l'appartenance professionnelle ainsi que du lieu d'exercice des professionnels.

3.2. La représentation sociale, un savoir dynamique sur le sens commun

Une représentation sociale se définit comme une réalité sociale partagée. Résultat d'une construction collective et individuelle négociée puis partagée, les représentations rendent compte de processus individuels, interindividuels, intergroupes, idéologiques et culturels. Elles concernent le domaine des conduites et des communications collectives. S'appuyant sur la distinction proposée par Moscovici (1991) entre « les faits nominés » et « les faits anonymes », Kalampalikis (2007) propose une définition des représentations sociales tout à fait à propos pour notre sujet d'étude. Les faits nominés sont des construits objectivés par des

institutions, imprégnés par leur langage, construits par et pour les spécialistes au sein de catégories distinctes et explicites. Les faits anonymes consistent en actions mettant en scène notre existence concrète (les conversations, jugements, souvenirs) : ils contiennent toute « une phénoménologie de notre sociabilité vécue » et influencent notre praxis quotidienne dans un « silence partagé ». Ainsi, les représentations sociales constituent une légitimation du sens commun : ce sont des « programmes de perception, des constructs à statut de théorie naïve, servant de guide d'action et de grille de lecture de la réalité, des systèmes de significations permettant d'interpréter le cours des événements et des relations sociales » (Kalampalikis, 2007). Expression du rapport que les sujets entretiennent avec le monde, les représentations se construisent au contact des échanges interindividuels et s'inscrivent dans le langage et les pratiques du quotidien. L'articulation entre faits nominés et faits anonymes se tisse implicitement au sein des représentations sociales. Cette perspective théorique éclaire notre choix épistémologique. En considérant la souffrance psychique du jeune enfant comme un fait nominé construit par et pour les pédopsychiatres, notre travail consiste à explorer la transformation en faits anonymes de cet objet : « l'étude des représentations ne revient pas à mesurer l'écart entre les connaissances objectives voire les définitions professionnelles, mais à comprendre quel sens peut prendre ce phénomène dans le contexte d'une pratique professionnelle » (Janati Idriss, 2014). Les représentations socioprofessionnelles sont pensées comme « des activités de formalisation et de communication consécutives à des activités intellectuelles » (Frayse, 2000).

3.2.1. Fonctions d'orientation, de justification et d'anticipation des actes-pensées

Abric et Flament insistent sur la nature dialectique de la représentation : pensée constituante et pensée constituée. En tant que pensée constituante, la représentation est une forme de connaissance. En tant que pensée constituée, elle impacte sur la construction de la réalité en tant que système d'accueil déjà-là permettant l'appropriation de nouvelles informations. Les représentations sociales ont une fonction d'intégration des nouveautés. Véritables instruments d'interprétation, elles constituent des systèmes d'orientation de la perception des situations et d'élaboration des réponses, modelant ainsi notre connaissance du réel. Il faut donc penser et comprendre les représentations sociales dans cet aspect processuel. Le savoir contenu au sein des représentations permet d'identifier de nouveaux objets, situations et de les intégrer au sein des connaissances partagées par le groupe : les représentations offrent « des critères de

codification et de classification de la réalité, des instruments mentaux, les répertoires qui servent à construire des significations partagées et constitue l'arrière-fond permettant l'intercompréhension » (Jodelet, 2008b). L'organisation spécifique des représentations leur confère deux fonctions : une fonction génératrice de significations et de sens, ainsi qu'une fonction organisatrice du monde extérieur.

Etudier la souffrance psychique du bébé en tant que représentation sociale permet donc d'appréhender en partie, les pratiques professionnelles et les mises en sens qui en découlent.

3.3. Structure de la représentation sociale

J-C. Abric définit la représentation sociale comme « un ensemble organisé d'informations, d'opinions, d'attitudes et de croyances à propos d'un objet donné » (Abric, 2003). L'approche structurale des représentations sociales postule une organisation des représentations en quatre zones différentes : la zone centrale, les éléments contrastés, la première et la seconde périphérie (Abric, 2003). La théorie du noyau central (1976) souligne l'importance de la hiérarchie entre ses différents corpus. Cette hiérarchie est issue du croisement de deux critères : la fréquence d'apparition d'un terme au sein du champ représentationnel et le rang d'importance moyen attribué à ce terme. Nous reprendrons cette théorie pour l'analyse des résultats de notre étude.

Le noyau central correspond aux éléments déterminant la signification de la représentation : la nature de l'objet représenté, la relation que le groupe social entretient avec cet objet ainsi que le contexte idéologique dans lequel la représentation s'inscrit. Ce peut être des stéréotypes ou des prototypes associés à l'objet. Ils sont stables et non négociables, c'est-à-dire que ces éléments sont indispensables pour identifier l'objet. La majorité des personnes les énonce et les qualifie de très importants. Les éléments contrastés sont les éléments énoncés par peu de personnes mais considérés par ces derniers comme très importants. Certains sous-groupes peuvent ainsi être porteurs d'une représentation différente dont le noyau central comporte des éléments figurants dans cette zone des éléments contrastés. La première périphérie regroupe les éléments fréquents mais d'importance faible. Enfin, les éléments appartenant à la deuxième périphérie sont ceux de faibles fréquence et importance. A l'inverse de la zone centrale, les éléments des zones périphériques sont des croyances dites conditionnelles, c'est-à-dire fréquentes mais non nécessairement associées à l'objet. Ces éléments périphériques plus flexibles facilitent l'adaptation de la représentation aux différents contextes (Tafari,

2007). La théorie du noyau central conditionne l'approche méthodologique : plus que le contenu de la représentation, c'est son organisation et notamment les éléments du noyau central qui donne sens à la représentation étudiée.

3.3.1. Elaboration d'une représentation sociale

Le processus d'élaboration d'une représentation sociale s'explique en deux temps : les mécanismes d'objectivation et les phénomènes d'ancrage. Initialement, un noyau figuratif se constitue. Une sélection s'opère au sein des différentes significations rattachées à l'objet. Ce noyau fournit un système de repères et d'explications permettant de classer et d'assimiler les nouvelles situations, objets et personnes. Puis il acquiert un statut d'évidence par un phénomène dit de naturalisation de son contenu. Ce temps correspond à la décontextualisation des éléments théoriques et permet l'enracinement social de la représentation. Les phénomènes d'ancrage ont valeur d'intégration au sein du collectif des éléments normatifs figurant le noyau central de la représentation : « le processus d'ancrage, situé dans une relation dialectique avec l'objectivation, articule les trois fonctions de base de la représentation : fonction cognitive d'intégration de la nouveauté, fonction d'interprétation de la réalité, fonction d'orientation des conduites et des rapports sociaux » (Jodelet, 2008b).

Cet ancrage théorique permet de développer notre propos : nous étudierons la notion de souffrance psychique du bébé comme un objet complexe au croisement de théories et de pratiques cliniques, évoquant en filigrane des enjeux du travail quotidien. Entendu comme un objet d'attention circulant dans les interactions entre professionnels, elle renvoie à la compréhension commune dans le collectif des soignants, mais aussi au produit de négociations individuelles variables subjectivantes. Au carrefour des processus d'intégration de nouveautés et par là d'appréhension de la réalité, les représentations sont des guides pour les prises de décision des professionnels.

**Partie II - La représentation de la *souffrance psychique du bébé* en
pédopsychiatrie**

1. La construction de la notion de *souffrance psychique du bébé* en pédopsychiatrie

Nous allons maintenant nous intéresser au corpus théorico-clinique pédopsychiatrique, berceau de la notion de souffrance psychique chez le bébé. En érigeant le bébé comme objet de savoir, le regard pédopsychiatrique s'est progressivement attaché, au moyen d'une sémiologie spécifique, à décrire ses formes de souffrance psychique. Des conceptions psychopathologiques de cette dernière furent également générées afin de proposer des lectures analytiques pertinentes pour les besoins de la pratique clinique. L'autisme précoce et la dépression infantile peuvent être compris comme des descriptions princeps de la souffrance psychique dans sa forme pathologique. Nous tenterons d'en dégager les principales lignes directrices.

Nous allons tout d'abord nous intéresser à l'émergence de la personne du bébé au sein de notre société occidentale puis plus spécifiquement à son essor au sein de la psychiatrie. Par la suite, nous questionnerons le concept de souffrance psychique au sein de la clinique pédopsychiatrique. La question de la souffrance sera ici présentée en deux volets : un aspect maturatif dans une acception développementale et un abord pathologique entravant le développement précoce du jeune enfant. Enfin, nous développerons les entités d'autisme précoce et de dépression infantile dans une approche triptyque : clinique, étiologique, psychopathologique.

1.1. Le bébé, évolution d'une catégorie sociale dans l'histoire de la société occidentale

Les représentations de l'enfance et de la petite enfance ont varié au cours de l'histoire : « chaque groupe définit l'enfant selon les normes qui sont utiles au groupe, bien plus que conformes à la réalité objective qu'est l'enfant » (Devereux, 1970¹). Elles diffèrent également à une même époque en fonction notamment des milieux socioculturels. L'étymologie du terme *bébé* rend compte de deux influences: les radicaux onomatopéiques de dialectes locaux (*bab-*, *beb-*) puis un anglicisme dérivé de *baby*. Le terme est d'attestation tardive (1755). Il devient

¹ Citation issue de G.Devereux, *Essai d'ethnographie générale* (1970).

progressivement un terme affectif et trouve sa place au sein du lexique français, au côté de *nourrisson*, accusatif de l'action de nourrir, et de *poupon*, enfant en maillot.

Pendant longtemps, le nouveau-né est associé à l'idée de fragilité soulignant par là, la précarité de sa vie. La mortalité infantile resta longtemps élevée. Dans la tradition aristotélicienne, le jeune enfant est considéré comme une imperfection à éduquer: « créature moralement imparfaite, le bébé était aussi un petit animal inachevé dont on craignait les mouvements naturels. Un être malléable à merci dont il fallait corriger la nature pour qu'il accède à l'humanité (...) le nourrisson est une petite chose ennuyeuse qui prive de leur liberté (ses parents) » (Badinter, 1989). Jusqu'à la fin du XVII^{ème} siècle, le système dominant de représentation est largement influencé par la religion chrétienne et se caractérise par une antinomie forte au sein de laquelle prévaut l'opposition nature-civilisation, système qui recouvre une opposition des valeurs négative-positive : l'enfant est associé à la nature, l'animalité, le péché originel : « cette petite chose entre la vie et la mort qui ne compte pas assez pour être même mentionnée » (Ariès, 1975). Les nouveau-nés sont confiés dès la naissance à des nourrices ; cette pratique est alors très développée et ce quelque soit les catégories sociales.

Le XVIII^{ème} siècle peut être considéré comme "une révolution familiale", notamment sur le plan législatif. L'évolution du droit est révélatrice de la façon de penser et de situer l'enfant dans la société. L'autorité paternelle, instituée dès le milieu du V^{ème} siècle avec la Loi des Douze Tables, ne reconnaît alors aucune vie autonome au jeune enfant. La convention de 1793 fait date. Avant l'enfant était considéré comme la propriété de ses parents. Après ces derniers deviennent responsables de leurs enfants. Ce renversement s'inscrit dans la lignée novatrice de nouveaux penseurs comme Locke et Rousseau. Les systèmes de références sont alors remis en cause : les droits de l'individu et notamment des plus fragiles sont soulignés, le jeune enfant est revalorisé, il devient « le bon enfant » pur, vrai, proche de la nature et des origines. Les premières années de vie de l'enfant, ses sentiments et son éducation deviennent des objets de considération: « le nouveau-né est appréhendé comme un être unique, source de bonheur pour l'entourage et de richesse pour la société. Veiller à sa survie devient un impératif affectif, moral et économique » (Badinter, 1989). Le XVIII^{ème} siècle bouscula profondément les représentations : l'enfant devient un adulte en devenir, son éducation est institutionnalisée valorisant ses spécificités et ses compétences propres : « l'enfant – et même le petit bébé – apparaît non plus seulement comme un être à protéger, mais comme "une personne", comme un sujet à part entière » (Lauwe, 2003). Au cours du XIX^{ème} siècle, la

petite enfance est appréhendée également sous un angle sociétal. Les arts et notamment la littérature explorent et présentent l'enfant comme une personnalité sociale. La figure de l'enfance pervertie - par rapport à l'image idéale de référence de la bonne enfance - est l'objet de nombreux romans (Daudet, Zola, Vallès). L'enfant et notamment le jeune enfant deviennent progressivement porteurs de valeurs : « plus qu'un être en développement, ayant ses caractéristiques propres mais transitoires, l'enfant tend à y être présenté comme doté d'une nature à part, il est figé en une essence et devient le point de départ d'un mythe moderne. L'enfance, monde autre, est investie de valeurs positives, projection des désirs d'une société » (Lauwe, 2003). Les enjeux politiques concernant les jeunes enfants, citoyens en devenir, prennent de l'importance ouvrant la cellule familiale sur l'espace politique. Alors que les relations internationales françaises sont marquées par la défaite de 1870, la notion d'*enfance en danger* apparaît avec la création de lois de protection et notamment la loi du 23 décembre 1874 relative à la protection des enfants du premier âge, en particulier des nourrissons. Dès lors de nombreux textes de loi seront adoptés tant sur le plan national qu'international. En 1924, un texte relatif aux Droits de l'Enfant est accepté par l'ONU. En 1989, une Convention internationale sur les droits de l'enfance est signée, tentant toujours plus de faire valoir le statut spécifique de l'enfant et du nouveau-né.

L'approche médicale fut dominée par une vision héritée de la médecine antique jusqu'au XVIIIème siècle. Simon de Vallembert note dans son manuel *Cinq livres de la manière de nourrir et de gouverner les enfants dès leur naissance* (Poitiers, 1565) : « le nouveau-né n'est qu'un corps excrémental (...) privé de la conscience de soi. Le nourrisson n'est pas capable de sensations, non plus capables d'émotions » (cité par Bensoussan, 1995). Il faut attendre 1828 pour que paraisse le premier traité individualisant l'enfant sur le plan médical *Traité des maladies des enfants nouveau-nés et à la mamelle* de Charles Michel Billard, et 1878 pour que l'enseignement de la pédiatrie soit officialisé en France. Les découvertes scientifiques dont la révolution pasteurienne à la fin du XIXème siècle permirent de nettement diminuer la mortalité infantile. Progressivement, le nourrisson ne fut plus considéré comme un être dominé uniquement par une activité physiologique au détriment de contenus psychiques. La néoténie du nouveau-né fut éclairée d'un nouveau savoir médical. La puériculture s'institutionnalisa. Parallèlement, une psychologie spécifique de l'enfance se développa avec l'instauration de l'école obligatoire – cette discipline est alors fortement influencée par l'héritage évolutionniste. Le début du XXème siècle est marqué par différents travaux expérimentaux : Binet se consacra à l'étude de l'intelligence (*Etude expérimentale de*

l'intelligence, 1903), Piaget au développement cognitif (*Le langage et la pensée chez l'enfant*, 1923), Gesell introduit les notions d'inné et d'adaptabilité au centre des études du développement infantile (*Atlas du comportement infantile*, 1934). La psychanalyse de son côté, prend forme et met en lumière l'importance de la petite enfance et notamment des premières relations mère-enfant pour le développement ultérieur de la personnalité.

Cet aperçu historique des évolutions des représentations du petit enfant dessine une double évolution : les images du bébé passèrent du sacré au profane et de l'adulte en réduction à l'individu à part entière. Morel (2010) conclut son étude historique de la notion de bébé en pointant deux perspectives nouvelles. Le nouveau-né n'est pas seulement un être en devenir à éduquer, il est devenu un être cher, pourvoyeur des désirs parentaux : « S'il fallait résumer la place du nourrisson dans les sociétés modernes, on pourrait dire qu'il s'agit d'un enfant rare, précieux, habituellement désiré, et voulu parfait ; connu, démystifié dès avant sa naissance, il est investi, et parfois chargé d'attentes exagérées, démesurées ». De plus, le développement du savoir scientifique notamment médico-psychologique concernant le très jeune enfant, promeut les parents et principalement la mère au statut de « grande responsable de la santé psychique de son enfant » : « La médicalisation de la petite enfance (...) a entraîné une prise de pouvoir de la médecine sur la prime éducation. Les mères ont été sommées de devenir les auxiliaires dévouées d'un pouvoir médical, assuré de détenir la vérité sur la vie et la mort des tout-petits ». Ces remarques trouvent un écho dans celle de Manciaux : « il faut toutefois se demander si cette évolution dans les conceptions et les images que se font, de l'enfant, les générations successives, n'est pas celle d'une partie seulement de notre société, l'intelligentsia et ceux qui, par profession, s'occupent de l'enfant, l'observent et n'ont aucune peine à le considérer comme un sujet » (1989). Ces critiques soulignent l'importance de garder en mémoire la relativité du corpus scientifique de part notamment sa spécificité socioculturelle, véhiculant des valeurs morales dans un domaine où l'objet d'étude, le bébé, est socialement sensible car très valorisé, porteur de nombreux désirs et attentes tant sur le plan individuel que sociétal.

Après nous être intéressé aux représentations du bébé au sein de notre société, nous allons à présent porter notre attention sur la question du bébé au sein de la pédopsychiatrie.

1.2. Naissance de la question du bébé en psychiatrie infantile

L'intérêt porté au très jeune enfant au sein de la psychiatrie infantile est né de la rencontre de deux courants : d'une part, la description princeps par Léo Kanner du tableau d'autisme (1943) et celle de la dépression anaclitique par René Spitz (1946), d'autre part l'intérêt de la psychiatrie adulte pour les maladies mentales émergeant au cours de la grossesse (Guedeney, 2002).

Initialement, la question des troubles psychiques en périnatalité fut appréhendée au travers de la problématique de la folie maternelle. Au XIX^{ème} siècle, en France, Esquirol (1838) et surtout Louis Victor Marcé (1858) s'intéressèrent aux maladies psychiques spécifiques de la grossesse. Ce dernier publia un livre considéré comme pionnier : *Traité de la folie des femmes enceintes, des nouvelles accouchées et des nourrices et considérations médicolégales* (1858). Il faudra attendre le début du XX^{ème} siècle pour que s'individualise le champ de la psychiatrie infantile en France. En 1925 fut créée la première annexe de neuropsychiatrie dédiée aux mineurs. Georges Heuyer fut nommé à la première chaire de pédopsychiatrie en 1948. Cette même année se tint à Londres, le premier congrès de psychiatrie infantile. Les premières descriptions de tableaux cliniques infantiles spécifiques virent le jour dans les années 1940 : l'autisme infantile précoce est individualisé en 1943 par Léo Kanner, trois ans plus tard, René Spitz propose deux nouvelles entités cliniques : la dépression anaclitique et l'hospitalisme. La première chaire universitaire de psychiatrie périnatale fut créée à Londres en 1980, au Maudsley Institute, pour le Professeur Kumar. Le premier congrès mondial de psychiatrie du nourrisson se tenait cette même année à Cascais au Portugal. Initialement, la psychiatrie périnatale fut très influencée par la prise en charge des pathologies parentales et plus particulièrement maternelles d'apparition soudaine au décours d'une grossesse : psychose puerpérale et dépression postnatale. Ces pathologies contenaient l'espoir de comprendre le déterminisme biologique de la maladie mentale. A partir du milieu des années 1980, l'abord étiopathogénique se diversifie : les facteurs biologiques sont alors pensés comme des facteurs de vulnérabilité en parallèle à d'autres facteurs déclenchants. La grossesse et la naissance sont désormais considérés comme de possibles facteurs de stress pour les parents en devenir. Des liens théoriques et cliniques se tisseront entre les pathologies parentales, maternelles et leurs possibles impacts sur le développement du bébé. Des cliniciens pédopsychiatres, à la suite des descriptions de Kanner et Spitz, poursuivirent les observations et prises en charge de très jeunes enfants malades. Les pathologies parentales

furent ainsi appréhendées par le prisme du vécu du bébé. Les psychologues développementalistes voient dans la dépression post-natale, une valeur heuristique pour mieux appréhender le développement psychique et ses dysfonctionnements au sein de la relation parent-enfant. L'adulte malade devient un parent malade, dont le trouble peut altérer le processus de parentalité, ses capacités de maternage et éducatives. La psychiatrie périnatale acquiert un double objectif : l'abord thérapeutique de l'adulte malade doit se coupler à la prévention des risques de dysfonctionnements au sein des relations parent-enfant. Des unités de prises en charge mère-bébé virent le jour. Un nouveau champ d'investigation s'ouvre autour des interactions parents-bébé et de ses différentes composantes comportementales, affectives et fantasmatiques. Le phénomène de transmission générationnelle des pathologies fut décortiqué en différentes dimensions : biologique, psychologique et éducative. Parallèlement, dès le début du XXème siècle, de nombreuses investigations cliniques se développèrent mettant en lumière les compétences propres du nouveau-né. Ce terme renvoie aux « aptitudes et initiatives du nouveau-né à percevoir et à réagir par tous ses sens » (Kreisler, 1992) : compétences sensorielles, cognitives mais surtout relationnelles. Le nourrisson passif fait place à un bébé actif dans les relations : « Depuis que J. Locke a décrit l'état initial de l'esprit humain comme une *tabula rasa*, la pensée et la recherche psychologiques n'ont cessé d'être influencées par l'image du tout jeune enfant conçu comme un être passif et réceptif, infiniment malléable par le milieu. Or, cette conception ne suffit plus lorsqu'on étudie les interactions mère-enfant et leur influence sur le développement » (Ainsworth, 1961). Le bébé devient une personne que des cliniciens comme T.B. Brazelton, F. Dolto défendent. Winnicott rappellera la complexité du bébé en déclarant « un bébé tout seul, ça n'existe pas » (1957). Il souligne ainsi la boucle interactive au sein de laquelle s'inscrit le développement du tout-petit. La position médiane invite donc à prendre en compte les besoins du bébé et sa dépendance initiale absolue à son environnement au côté de ses compétences propres à respecter (Delion, 2002).

La psychiatrie périnatale s'inscrit dans une dynamique préventive : « C'est là, le rêve des psychiatres d'enfants » s'exclamait L. Kreisler (1992), « rien ne les séduit plus que d'enrayer les processus mortifères des premiers dérèglements psychiques. Ils tentent dès lors d'en expliciter les signes et d'y opposer des thérapies ». En effet, face au constat que « décidément ils (les enfants) nous arrivent bien tardivement, que les choses sont désormais bien nouées et fixées, (...) la nouvelle culture du bébé devient un élément central du dispositif de soin pédopsychiatrique » (Delion, 2002). Dépister précocement nécessite de mettre en place un

dispositif transdisciplinaire décloisonnant la psychiatrie périnatale : il devient indispensable d'informer les professionnels de périnatalité d'autres champs professionnels, de sensibiliser les couples attendant un enfant à ses besoins spécifiques, les difficultés possibles et les recours existants. C'est donc au sein d'un champ d'action couplant clinique, prévention, sensibilisation et activités de recherche que se développent la psychiatrie périnatale mais plus généralement la médecine périnatale, « lieu d'une transdisciplinarité intense et indispensable » (Garret-Gloannec, 2007). La multidisciplinarité est centrale, pivot d'une clinique de la périnatalité – nécessité à considérer lorsque l'on s'intéresse au champ de la périnatalité.

1.3. Une acception développementale de la notion de *souffrance psychique*

L'intérêt pour le bébé en tant que sujet à part entière émergea progressivement des travaux cliniques et théoriques. Le développement psychique fut et demeure l'objet de nombreuses interrogations. Comment émerge le psychisme chez un individu ? De quoi un nouveau-né a-t-il besoin pour grandir ? Psychanalyse, psychologie développementale, neurosciences s'intéressèrent à l'émergence des processus psychiques et leurs dysfonctionnements possibles. En reconnaissant une vie psychique au bébé, les théoriciens introduisaient sa contrepartie : la souffrance psychique. En l'absence de langage², comment le bébé exprime-t-il sa souffrance ? Qu'est-ce qui caractérise la symptomatologie précoce ? Nous ne reviendrons pas sur les difficultés auxquelles se confronta Gauvain-Piquard pour faire admettre et prendre en charge la douleur physique du nouveau-né (1989).

Les professionnels des soins psychiques en périnatalité emploient les termes de détresse, angoisse, peur, souffrance pour décrire ce qu'ils supposent être à l'origine de la symptomatologie du bébé (Houzel, 2013 ; Amar, 2009 ; Delion, 2002 ; Lamour, 1997). Le terme de souffrance nous semble être un qualificatif générique qui rend compte d'hypothèses étiopathogéniques : « En ce qui concerne la souffrance psychique, il s'agit plutôt du résultat de déductions que les chercheurs et les cliniciens ont faites à partir de signes cliniques qui apparaissent tôt dans la vie des bébés, et notamment dans les interactions avec leurs parents. Ces signes marquent une souffrance supportée par l'appareil psychique du bébé et nous sommes amenés à comprendre qu'il se défend et/ou s'en protège par la "production" de la plupart des psychopathologies infantiles connues aujourd'hui. Mais quel est le statut de cette

² Etymologiquement, le terme d'*enfant* dérive du latin *infans*, "qui ne parle pas".

forme particulière de souffrance, quelles en sont les circonstances d'apparition ? » (Delion, 2002).

Un détour étymologique³ rappelle la double valence de la racine latine, *sufferentia* « action de supporter, résignation » et « attente patiente ». L'acception actuelle comprend ses deux orientations : « une douleur physique ou morale » mais également « le délai, l'attente, le répit ». Le terme *douleur* est défini dans le domaine de la vie psychique comme « une souffrance de l'âme, produite par une déception, un deuil, un chagrin, une peine, qui compromet plus ou moins gravement la quiétude, le goût, le bonheur de vivre ». Cette définition souligne d'une part la notion de rupture avec un état antérieur dominé par le plaisir et la tranquillité interne, d'autre part la notion d'attente trompée est convoquée pour expliquer la précipitation dans un état affectif de souffrance. Ricœur (1994) quant à lui, différencie la douleur « affect ressenti comme localisé dans des organes particuliers du corps ou dans le corps tout entier » et la souffrance « affect ouvert sur la réflexivité, le langage, le rapport à soi, le rapport à autrui, le rapport au sens, au questionnement ». Cette distinction positionne le champ de la souffrance au sein du domaine du relationnel, rapport soi-autrui, comprenant les rapports à la réalité extérieure et à autrui. Elle convoque également le domaine de l'herméneutique puisque la souffrance vient questionner le sens existentiel et sa cohérence, recouvert selon Ricœur, par l'axe agir-pâtir. La souffrance (et ses expressions) dans cette perspective serait adressée, véritable signal d'alarme destiné à autrui. Ces définitions dessinent les principaux axes constitutifs de la notion de souffrance : les composantes relationnelle et affective sont premières.

Nous allons maintenant nous intéresser aux principales conceptualisations concernant la souffrance psychique du bébé. Dans un premier temps, nous rappellerons les développements théoriques qui lièrent l'émergence de la vie psychique à de potentielles sources de souffrance. La souffrance psychique entendue comme une « attente trompée » (Marcelli, 1996) est ici envisagée dans une perspective maturative, au cours du développement infantile non pathologique. La naissance déstabilisant l'homéostasie prénatale, propulse le nouveau-né dans une dépendance absolue au monde externe : le bébé se retrouve alors dans "une attente patiente". L'émergence de l'activité de penser est comprise comme intimement intriquée aux interactions parents-bébé et notamment à la perception de la séparation de son corps d'avec

³ Définition issue du TLFi *Le Trésor de la langue française informatisé*

celui de son parent grâce aux micro-manquements parentaux. Dans un second temps, nous nous intéresserons aux propositions de Mélanie Klein. Cette clinicienne décrit le développement précoce dans une perspective dynamique au sein de laquelle s'enchevêtrent deux dimensions : la position schizoparanoïde et la position dépressive. Enfin, nous nous écarterons de ces conceptions maturatives pour envisager la question de la souffrance sous son aspect pathologique.

1.3.1. La naissance, un événement déstabilisant l'homéostasie du bébé

La naissance de la vie psychique chez un être humain polarise de nombreuses réflexions de multiples domaines. La psychiatrie infantile l'aborde par le prisme de la pathologie mentale. Dans un premier temps, la naissance fut considérée comme une césure franche pour le nouveau-né. Le "traumatisme de la naissance"⁴ consisterait en l'augmentation soudaine des flux sensoriels auxquels le nouveau-né était soumis, cette quantité d'excitations non-traitables était source d'une « angoisse originaire » automatique. De ce moment originaire découle l'organisation psychique du bébé : « avec l'expérience qu'un objet extérieur perceptible est susceptible de mettre fin à une situation dangereuse qui évoque celle de la naissance, le contenu du danger se déplace de la situation économique à ce qui en est la condition déterminante : la perte de l'objet. L'absence de la mère est désormais le danger à l'occasion duquel le nourrisson donne le signal d'angoisse avant même que la situation économique redoutée ne soit instaurée » (Freud, 1926). La souffrance psychique évoquée ici est celle d'une angoisse libre issue du traumatisme primaire. Elle se transforme en signal d'alarme afin de prévenir toute situation de perte : « le moi, pour éviter l'apparition de l'angoisse de l'absence se forge défensivement une aptitude à anticiper » (Missonnier, 2008). Cette interprétation se retrouvera par la suite au sein de nombreuses expérimentations dont les travaux attachementistes et permettra d'asseoir ce constat : « la pensée s'organise au travers de l'interaction mère-bébé » (Marcelli, 1996). La vie psychique du nouveau-né est caractérisée, au sein de l'approche psychodynamique, par une extrême dépendance à l'objet. Toute absence acquiert le statut de potentielle menace homéostatique soulignant la précarité de sa situation psychique : « on peut se représenter l'état mental du premier âge comme un état chaotique, oscillant entre des moments de désorganisation, de dissociation, de dispersion, et des moments où le bébé se sent rassemblé dans sa personne, dans son corps, dans sa vie

⁴ Notion introduite par Rank (1924)

mentale » (Ciccone, 2007). Freud avait nommé cet état de détresse fondamentale du jeune nouveau-né, *Hilflosigkeit* : « état du nourrisson qui, dépendant entièrement d'autrui pour la satisfaction de ses besoins, s'avère impuissant à accomplir l'action spécifique propre à mettre fin à la tension interne » (Laplanche, 2007). L'état premier du nouveau-né est donc appréhendé comme un état précaire où la souffrance psychique est quotidienne et maturative. Delion (2002) définit la souffrance psychique en rapport étroit avec cette "incomplétude fondamentale du bébé". Cette dépendance extrême plonge l'enfant dans une attente de réponses à ses besoins physiologiques et relationnels. Si celle-ci venait à être déçue, une souffrance naîtrait. Reprenant les travaux de Winnicott, Missonnier développe une conception de la souffrance psychique étroitement en lien avec la notion de *continuité d'existence* et ses causes de défaillances. Winnicott exposa l'importance primordiale de l'expérience de la continuité d'existence apportée par des soins maternels quotidiens suffisamment bons (Winnicott, 1976). Ainsi est « qualifié *a priori* de "souffrance psychique" le désarroi du fœtus/bébé confronté à la douleur de la discontinuité du soi » (Missonnier, 2008). Le sentiment de discontinuité de soi est très en lien dans les théorisations winnicottiennes, avec des défaillances touchant une des composantes des soins maternels (*holding, handling* et *object-presenting*) (Winnicott, 1958 ; 1949).

La souffrance psychique du bébé est présentée comme un processus maturatif en lien direct avec la naissance et le déséquilibre homéostatique provoqué. La néoténie du bébé le propulse dans une attente envers son environnement. Ainsi si ce dernier venait à être défaillant par son absence ou par une présence discontinue, le bébé éprouverait un sentiment de souffrance.

1.3.2. La souffrance psychique au prisme des positions schizoparanoïde et dépressive

Le champ de la psychiatrie périnatale fut profondément bousculé par la proposition théorique de M. Klein. Cette psychanalyste d'enfants conceptualisa le développement du jeune enfant par le biais des notions de *position* et de *conflictualité psychique précoce*. En proposant les positions dépressive (1934) et schizoparanoïde (1946), elle s'intéressa aux continuités et discontinuités entre phénomènes normaux et pathologies. Une *position*⁵ se caractérise par son

⁵ A. Ciccone (2007) définit ainsi le terme de *position*: « constellation psychique cohérente regroupant les angoisses, les mécanismes de défense qui s'y rattachent et la relation d'objet qui en résulte (...) le développement (est pensé) non pas comme une succession linéaire d'étapes mais comme une oscillation de la psyché ».

type d'angoisse, de relation objectale ainsi que par les mécanismes défensifs dominant. Sa réflexion théorique s'inscrit dans la continuité des travaux de Ferenczi⁶ et d'Abraham⁷.

M. Klein décrit une activité fantasmatique débutant dès la naissance où l'angoisse prend une nouvelle forme, « conséquence de la pulsion de mort libérée à l'intérieur de l'organisme et perçue sous forme d'agressivité, de tendance destructrice primaire » (Parmentier, 2001). La position schizoparanoïde est définie initialement par l'angoisse d'anéantissement du Moi, advenant dès la naissance. Le traumatisme de la naissance bouleverse l'équilibre supposé entre les pulsions de vie et les pulsions de mort du stade anténatal. Ces dernières se désolidarisent ; les pulsions de mort envahissent le Moi archaïque du nouveau-né créant angoisses et détresse. Le Moi tente alors de dominer ses angoisses de persécution grâce à ses défenses primitives : le clivage, la projection et l'introjection. Le clivage permet au bébé de constituer deux zones expérientielles : celle où sont relégués les vécus angoissants, frustrants, douloureux, et celle où sont accueillis les expériences plaisantes, gratifiantes et rassurantes ; « Le clivage consiste à créer une antithèse marquée entre un objet bon et un objet mauvais, l'objet bon, une fois intériorisé, constituant le noyau du moi » (Ciccone, 2007). Ce mécanisme défensif se constitue en lien étroit avec les expériences vécues au sein de la relation maternante et notamment autour du sein (ou son substitut), objet des gratifications ou des frustrations alimentaires primordiales à cette époque de la vie ; « La réalité des soins maternants (tient une place fondamentale) conditionnant la qualité du développement psychique du bébé » (Ciccone, 2007). Les mécanismes de défenses complémentaires, la projection et l'introjection, permettent de traiter les expériences vécues par le bébé : les ressentis déstabilisants sont projetés à l'extérieur pour être réintrojetés après une "désintoxification maternelle"⁸. Les types d'objets caractéristiques de cette position sont l'objet persécuteur et l'objet idéalisé.

La position dépressive advient au cours du deuxième semestre de vie. Elle correspond à la période de sevrage entendue comme l'expérience de la perte du sein. Cette étape coïncide

⁶ Ferenczi développa la place des processus de projection et d'introjection au sein des différents stades développementaux notamment au sein de son écrit *Le développement du stade de la réalité* (1913).

⁷ Abraham étudia la spécificité des dépressions psychotiques notamment des mouvements internes ambivalents de haine et d'amour, au sein de différents articles dont *Préliminaires à l'investigation et au traitement de la folie maniaco-dépressive et des états voisins* (1911), *Examen de l'étape génitale la plus précoce du développement de la libido*, (1916).

⁸ Bion développa plus avant les notions de *fonction alpha* et de *rêverie maternelle* (*Aux sources de l'expérience*, 1962).

avec d'autres élaborations théoriques : la manifestation de l'angoisse de l'étranger au cours du huitième mois proposée comme deuxième organisateur de la vie psychique par Spitz et la constitution d'une figure d'attachement spécifique au cours du développement du lien d'attachement. Elle représente une étape fondamentale dans le développement de la vie psychique : l'intégration des parties clivées, bons et mauvais objets, permet l'organisation en un objet total, unifié. Le renoncement à un objet idéal s'opère au cours d'un mouvement dépressif. Les angoisses caractéristiques de cette position sont des angoisses dépressives et de perte, intimement liées à la naissance de la culpabilité et du souci de l'autre (ou sollicitude) : « Le Moi ne parvient à constituer son amour pour un objet complet et de plus un objet réel, qu'en passant par un écrasant sentiment de culpabilité. Fondée sur l'attachement libidinal au sein d'abord, puis à la personne toute entière, l'identification totale avec l'objet s'accompagne d'angoisses à son endroit, de culpabilité et de remords, du sentiment d'être responsable de son intégrité contre les persécuteurs et le ça, et de tristesse dans l'attente de sa perte imminente » (Klein, 1952). Le Moi rudimentaire du nouveau-né se complexifie : en s'unifiant, il acquiert des capacités nouvelles comme la reconnaissance entre un monde interne propre et un monde externe à lui, où gravitent sa mère (ou son substitut), son père et d'autres personnes tierces.

Les élaborations théoriques de M. Klein seront vivement contestées. Les critiques porteront sur l'importance excessive des manifestations agressives du conflit pulsionnel et sur la place centrale et simplificatrice donnée au sentiment de culpabilité comme source unique de souffrance chez le jeune enfant. Cependant, cette théorisation puise sa richesse dans le désenclavement des processus développementaux au sein de catégories figées du normal et du pathologique : le développement du bébé est présenté comme un processus foncièrement dynamique. D'autre part, l'analyse de la souffrance psychique du bébé comme processus maturatif s'étoffe par la description d'angoisses développementales spécifiques suivant l'âge du jeune enfant.

Au terme de ce développement concernant le jeu dialectique entre vie psychique et souffrance psychique maturative, nous avons abordé l'importance d'une présence suffisamment contenant et continue pour que le jeune enfant puisse faire face à ses angoisses primaires. Mélanie Klein orienta son propos sur la conflictualité précoce de la vie psychique, la perte de l'illusion d'un objet parfait et l'acceptation par le bébé de l'ambivalence du monde externe mais également de son monde interne. La vie psychique du bébé et ses nombreuses situations de souffrance développementales résonnent en étroit lien avec l'indispensable présence d'une autre personne préoccupée pour lui. Ces conceptualisations convoquent la notion de seuil : « à

partir de quelle ligne de partage, le bébé passe-t-il du mal-être constructif le poussant à chercher des solutions créatives à la souffrance délétère et déstructurante ? » (Golse, 2001a).

Nous allons à présent explorer la souffrance psychique du bébé dans son versant pathologique à l'aune des deux premières descriptions princeps de la psychiatrie périnatale.

2. Deux entités cliniques, paradigmes d'une vision de la souffrance psychique

Domaine d'attention large, la psychiatrie périnatale couvre aujourd'hui une période qui va du temps de la grossesse jusqu'à la fin de la première année de vie du jeune enfant, voire des trois premières années. Au fil du temps, la nosographie pédopsychiatrique s'est progressivement organisée autour d'entités diagnostiques distinctes. Cependant, une de ses caractéristiques est sa faible spécificité : un même comportement atypique, un même symptôme peut être le signe de problématiques fort différentes. La clinique du nouveau-né nécessite une appréhension fine conservant la diversité des facteurs étiologiques (Lamour, 1998). Par ailleurs, le bébé, être non parlant, présente aux cliniciens une palette séméiologique essentiellement axée autour de la sensori-motricité : « à cet âge tout passe par le corps pour être peu à peu élaboré dans un espace mental : toutes les grandes fonctions cognitives, affectives, relationnelles, prennent racine et se construisent à partir de ce fonctionnement comportemental sensorimoteur préverbal du bébé » (David, 2002).

Léo Kanner et René Spitz sont considérés comme des précurseurs de la psychiatrie du très jeune enfant. Leur description des tableaux cliniques d'autisme et de dépression anaclitique mirent en lumière une séméiologie propre au nouveau-né : « avec le dégagement de ces deux entités nosologiques (les dépressions du bébé et l'autisme infantile précoce), il était désormais clair que le très jeune enfant pouvait souffrir psychologiquement et qu'il pouvait être gravement perturbé » (Golse, 2008b). La description de ces entités produisit des controverses concernant la compréhension des symptômes en raison d'enjeux étiopathogéniques qui furent et demeurent vifs.

Ainsi, nous aborderons les diagnostics d'autisme précoce puis de dépression infantile par les différents aspects qui les constituent : la clinique, l'étiologie et enfin les hypothèses psychopathologiques. Ce développement permettra de dégager la trame théorique pédopsychiatrique constituant la notion de souffrance psychique du bébé.

2.1.L'autisme

2.1.1. Introduction

La catégorie diagnostique d'*autisme* naît au début du XX^{ème} siècle au croisement des diagnostics de *schizophrénie infantile* et d'*arriération mentale*. Le mot *autisme*, construit par Bleuler (1911) à partir de la racine grecque *auto*, "*soi-même*", fut créé pour souligner le retrait social observé chez des patients schizophrènes adultes. Le concept d'*autisme* peut être éclairé par deux phénomènes ; d'une part les mécanismes d'*autoérotisme* décrits par Freud pour rendre compte du repli sur soi du sujet dans un mouvement de recherche d'autosatisfaction pulsionnelle, d'autre part la notion de *perte de sens de la réalité* développée par Janet (Delion, 2005).

Hochmann (2009) situe l'autisme dans la lignée de l'*idiotisme*. Il explicite les fondements historiques théoriques et cliniques de cette entité, initialement compris au sein du vaste ensemble clinique de l'idiotisme. Figure du vice originel, incurable, de l'homme privé d'intelligence, l'idiotisme devient avec l'ambition métaphysique de certains médecins, un désordre lié à une atrophie des facultés intellectuelles. Des prises en charge rééducatives sont alors possibles. Dans les années 1850, cette entité intègre le champ de l'aliénation et devient l'*idiotie*, délaissant la connotation de monstruosité de la nature au profit d'un diagnostic renvoyant à une tare héréditaire, exemple de dégénérescence de l'espèce humaine. Par la suite, les tableaux cliniques s'affinent et se différencient les uns des autres. Dans la tradition kraepelinienne, De Sanctis, neuropsychiatre, décrit le tableau de *démence précocissime* (1908) chez des enfants âgés de 4 à 10 ans. Cette entité clinique sera rebaptisée *schizophrénie infantile* à la lumière des travaux de Bleuler, dans les années 1910. L'accent est mis sur la symptomatologie silencieuse dominée par le repli sur son monde interne, au détriment des éléments délirants bruyants des tableaux décrits chez l'adulte. Mélanie Klein rapporte son observation du jeune enfant Dick alors âgé de 4 ans (1929). Elle pose le diagnostic de schizophrénie précoce rejetant le diagnostic porté de démence précoce, en justifiant son diagnostic par « une inhibition exceptionnelle du développement du moi et non une régression ». Ce sont les travaux descriptifs de Léo Kanner, psychiatre américain d'origine austro-hongroise, qui introduiront le syndrome clinique d'autisme infantile dans son acception contemporaine, proposant ainsi de rendre compte d'un « trouble inné du contact affectif » (1943). Ce regroupement décrit un détachement de la réalité externe combiné à une prédominance relative ou absolue de la vie intérieure. La description de Kanner intervient à

un moment de l'histoire pédopsychiatrique où les préoccupations sont centrées sur la description clinique d'entités spécifiques. Elle sera par la suite discutée au sein d'un ensemble d'entités séméiologiques : psychopathie autistique d'Asperger (1944) – rebaptisé par la suite syndrome d'Asperger, psychose symbiotique de Mahler (1952), autisme secondairement régressif de Tustin (1986), dysharmonie psychotique déficitaire de Misès (1977). Progressivement, les réorganisations opérées au sein des classifications nosographiques donnent une place grandissante au diagnostic d'autisme au sein de la psychiatrie infantile, jusqu'à devenir aujourd'hui une des principales entités de la psychiatrie infantile sous la dénomination de troubles du spectre autistique.

Le tableau clinique d'autisme s'inscrit dans ce contexte : entre déficience intellectuelle, schizophrénie et psychose infantiles, affection innée ou désordre acquis, perspective relationnelle ou perspective organique. La place de l'autisme dans la psychiatrie du bébé s'est rapidement imposée dans une dynamique de prévention. Si le diagnostic d'autisme ne peut être posé chez un enfant avant ses deux ans, une démarche anticipatrice se développa afin de repérer les bébés à risque autistique et leurs spécificités développementales.

2.1.2. Clinique

Kanner proposa d'individualiser au sein des pathologies psychiatriques infantiles, un tableau caractérisé par un *trouble autistique du contact affectif*. La clinique de cette entité s'organise au sein d'une triade symptomatique : un isolement affectif et social, une altération des capacités de communication et un besoin contraignant d'immuabilité qui s'exprime par des conduites répétitives et des intérêts restreints. Les classifications nosographiques reprennent cette triade et définissent ce syndrome par trois critères principaux : une altération qualitative des interactions sociales, une altération qualitative de la communication et le caractère restreint, répétitif et stéréotypé des comportements, des intérêts et des activités. Par la suite, la conception unitaire du syndrome autistique explosa au profit de syndromes qualifiés d'incomplets ou d'atypiques car associés à d'autres pathologies notamment génétiques ou à des désordres métaboliques. La notion de spectre autistique émergea progressivement. La prise en compte de cette hétérogénéité est donc indispensable, « première étape vers une approche pluridisciplinaire intégrée de ces pathologies polyfactorielles complexes du développement » (Alvarez, 2012).

Après avoir présenté le syndrome autistique précoce, nous nous arrêterons plus particulièrement sur les bébés à risque autistique et leur symptomatologie afin de dégager les grandes lignes directrices de la clinique de cette souffrance psychique particulière du bébé. Nous concluons avec l'évolution des nosographies.

2.1.2.1. Le syndrome autistique infantile précoce

La publication initiale de Kanner regroupe onze observations d'enfants (huit garçons et trois filles) âgés entre 2 ans et 4 mois et 8 ans et 3 mois. Le désordre fondamental tient dans « l'incapacité de ces enfants à établir des relations de façon normale avec les personnes et les situations, depuis le début de la vie » (1943). L'auteur regroupe la séméiologie autour de deux symptômes primaires : l'isolement (*aloneness*) et la recherche active d'immuabilité (*sameness*). Ce tableau se démarque des « faibles d'esprit ou schizophrènes » (1943).

Le comportement spontané de ces jeunes enfants se caractérise par une solitude extrême, dont se dégage une apparente indifférence à leur environnement. L'enfant semble ne pas entendre lorsqu'on l'appelle, ni voir les personnes qui l'entourent. Cependant, des particularités sensorielles peuvent être notées discordantes avec cette attitude d'indifférence première. Son regard semble se caractériser par un évitement actif, une fixation périphérique et de furtifs coups d'œil lorsqu'il n'est pas observé. Si l'enfant peut paraître sourd, insensible lorsqu'on l'appelle ou lors de bruits violents, il peut sursauter à un bruit léger et apprécie volontiers la musique. Des réactions discordantes sont également décrites au contact cutané. Lorsqu'on le touche, le jeune enfant peut s'agiter bruyamment, mettre en place des stéréotypies voire des automutilations. A l'inverse, il peut venir interpeler l'adulte, ou plus exactement une partie de son corps dans une visée qui apparaît strictement fonctionnelle. Cette caractéristique est rapprochée du défaut de pointage retrouvé chez les enfants autistes (Mazet, 1993). On note également une manipulation inhabituelle des objets avec des activités répétitives dans une dynamique exclusivement sensorielle, s'éloignant des explorations ludiques que l'on peut repérer habituellement. La communication est également fortement perturbée avec une absence d'intentionnalité sociale. Le langage semble n'avoir aucune dimension communicative. L'inversion pronomiale fit beaucoup réfléchir les théoriciens. Des particularités de la voix sont décrites : « voix off, l'enfant ne semble pas être la source de sa parole » (Mazet, 1993). Des discordances sont également notées : « avec l'excellence de leur faculté de mémorisation par cœur (...) le langage – que ces enfants n'utilisaient par pour communiquer – a dès le début, été considérablement détourné pour devenir un exercice de

mémoire indépendant, sans aucune valeur sémantique ni conversationnelle, ou comportant de graves distorsions » (Kanner, 1943).

La dimension d'immuabilité se traduit quant à elle par une recherche active de stabilité, « une obsession anxieuse de la permanence que personne ne peut rompre » (Kanner, 1943). La présence de vives réactions comportementales traduit une désorganisation angoissante lors de tout changement ou sensation d'intrusion. Kanner rapporte une série de symptômes dans cette lignée : « un refus d'intrusion » de type anorectique, réactions violentes au bruit. Enfin, les comportements spontanés de l'enfant trahissent des intérêts restreints, répétitifs. Des stéréotypies complètent le tableau. Le tableau clinique s'organise donc autour d'un cortège symptomatique venant traduire une recherche d'isolement et un besoin impérieux de stabilité. Si le diagnostic ne peut pas être posé de manière formelle avant trente mois, le caractère inné des troubles fut souligné dès la description princeps : « Avant cet âge, on parle de risques autistiques lorsqu'on observe des conduites particulières » (Bullinger, 2008). La clinique pédopsychiatrique s'est donc intéressée à décrire les spécificités développementales trahissant un processus autistique.

2.1.2.2. Le bébé à risque autistique

La psychiatrie périnatale fortement ancrée dans une dimension préventive, se pencha sur les berceaux guettant les premières manifestations avant la constitution d'un syndrome autistique caractéristique figé. Un dépistage précoce portait l'espoir de pouvoir inférer sur l'organisation autistique du jeune enfant en proposant une prise en charge plus rapide. Il fallait traquer les premières distorsions communicatives, sociales, les premiers signes d'isolement, de retrait (Delion, 2001).

Kanner décrivait déjà des signes très précoces rapportés par les familles : défaut d'attitude anticipatrice et d'ajustement postural - « toutes les mères de nos patients ont rappelé leur étonnement devant l'échec de leur enfant à adopter une attitude anticipatrice avant d'être pris dans les bras » - troubles des conduites alimentaires à type de restriction - « nos patients qui désiraient anxieusement rejeter le monde extérieur, traduisaient ce rejet par le refus de nourriture » - troubles du comportement à type d'inactivité ou de comportements répétitifs et enfin, un retrait avec des conduites d'indifférence au monde extérieur (1943). La psychiatrie périnatale regroupa les premières manifestations de ces « bébés à risque autistique » (Mazet, 2000 ; Houzel, 2007 ; Golse, 2008a). Les recherches qui mirent en lumière la clinique

spécifique du premier âge font appel à plusieurs sources, chacune ayant des limites spécifiques : anamnèse rétrospective auprès des parents d'enfants autistes, films familiaux étudiés en double aveugle, étude prospective de cohorte et notamment de sujets à risque, dont les fratries d'un jeune enfant autiste.

La première année de vie est essentiellement marquée par une symptomatologie silencieuse : « les premiers signes sont constitués par l'absence de mise en place de certaines fonctions plus que par l'existence de réels symptômes qui eux apparaissent plus tardivement » (Ouss-Ryngaert, 2012). La séméiologie ainsi collectée décrit un « bébé trop sage, qui se fait oublier » (Marcelli, 2009). La régulation du niveau de vigilance et donc la capacité dans les temps calmes à entrer en relation, semble très précocement perturbée et être sous la dépendance quasi-exclusive de l'attention active de l'adulte, laissant penser que « le bébé n'a pas d'inertie qui lui permette de maintenir les moyens de la relation pendant le court instant où le porteur se détourne » (Bullinger, 2008). Une apparente indifférence dénote une diminution de l'appétence sociale aux signes multiples : pauvreté des échanges de regard mais également des vocalisations, des sourires, des prises d'initiatives, des imitations, faible réactivité aux stimuli et notamment au visage maternel et à sa voix. Ces différents indices traduisent une difficulté dans l'intégration sensorielle. Le bébé à risque autistique exprime de manière moindre des affects positifs. Une appréhension fine du regard décrit un regard absent, périphérique, flou ou au contraire hyperpénétrant. Une absence de poursuite oculaire, une attirance privilégiée pour des objets au détriment des visages humains, voire des conduites actives d'évitement du regard dès le second semestre peuvent être retrouvées. Des spécificités tonico-posturales sont également décrites : absence ou retard de l'attitude anticipatrice du bébé à l'approche de son parent, défaut d'ajustement postural, hypotonie, atypies posturales à type d'hyperextension du buste, stéréotypies motrices ou agitation désordonnée. Bullinger explicite les difficultés consécutives au déséquilibre flexion/extension : difficulté à joindre les mains sur le plan médian, perte de la liaison visuo-manuelle, gêne aux rotations du buste. Ces distorsions entravent la constitution d'un axe corporel, support essentiel à la représentation de son organisme. Des troubles de la préhension sont de bons indicateurs à partir du huitième mois. Bullinger et Carel soulignent des particularités en faveur d'une hypersensibilité de toute l'enveloppe corporelle. Des troubles somatiques fonctionnels sont également retrouvés de manière inconstante : troubles du sommeil avec des insomnies bruyants ou calmes, de la sphère oro-alimentaire avec notamment un défaut de succion ou de coordination succion-déglutition, voire des comportements anorectiques (Sauvage, 1989 ; Mazet, 1993 ; Carel,

2008 ; Golse, 2008b ; Ouss-Ryngaert, 2012 ; HAS, 2005 ; Saint-Georges, 2013). Progressivement, un "style relationnel mécanique" peut se mettre en place caractérisé par une absence de mimique, de babillage et de vocalise entre les deux partenaires (Marcelli, 2009). Trois signes spécifiques sont particulièrement retenus au cours de la première année : le manque de regard à autrui, la mauvaise qualité de l'affect et le manque de réponse au prénom.

Au cours de la deuxième année, le clinicien devra être particulièrement vigilant à quatre dysfonctionnements développementaux décrits par Baron-Cohen (1992) : absence du pointage proto-impératif, des processus d'attention conjointe, d'imitation et de jeux de faire-semblant. Le jeune enfant a tendance à s'isoler, il ne recherche pas les câlins, ni les rapports sociaux. Le contact visuel est qualifié de mauvais. Un retard de parole est souvent rapporté avec cependant la possibilité de vocalisations stéréotypées. Des anomalies de la marche peuvent apparaître précocement avec l'apparition de l'évitement de l'appui plantaire, le schéma corporel peut être affecté d'une certaine hypotonie et hypoactivité. Des phobies atypiques (bruits mécaniques) et des conduites auto-agressives peuvent également venir compléter la présentation clinique (HAS, 2005 ; Golse, 2008b ; Ouss-Ryngaert, 2012). Deux tempo d'instauration sont décrits : les tableaux autistiques à début précoce (la majorité des cas) et ceux à début tardif (estimés à 30% des cas). Dans ce dernier tableau, les bébés évoluent normalement au cours de leur première année de vie (regards, sourires et vocalisations adressés, pointage et réponse au prénom présents) puis le développement semble s'arrêter et les troubles autistiques se développent entre 14 et 20 mois. La faible spécificité des signes décrits avant l'âge de 12 mois et l'instabilité du diagnostic avant 24 mois appellent à la prudence diagnostique : « les signes précoces d'autisme sont probablement moins spécifiques qu'on ne le disait au début et pas forcément dans le registre exclusif de l'interaction sociale » (Saint-Georges, 2013). La possibilité de diagnostiquer à un âge si précoce (avant 18-24 mois) est questionnée : s'agit-il de signes autistiques précoces ou de perturbations précoces avec un risque d'évolution autistique ? (Mazet, 1993) Comment considérer les diagnostics différentiels d'une séméiologie si peu spécifique ?

Des outils d'aide au dépistage (ERC-N, CHAT et M-CHAT⁹ à partir de 18 mois) ainsi que d'aide au diagnostic clinique (CARS, ADI-R et ADOS-G¹⁰) furent développés : « le principal

⁹ ERC-N (Evaluation résumée du comportement du nourrisson développée par Sauvage *et al*, 1990) ; CHAT (Check-list for autism in Toddlers développé par Baron-Cohen, 1992) ; M-CHAT (Modified Check-list for autism in Toddlers par Robins *et al*, 2001)

mérite (des grilles) est de solliciter l'attention de l'examineur et de réduire au maximum ses propres conduites d'évitement induites par la pathologie archaïque de ces enfants » (Golse, 2008a). Cependant, aucun instrument n'est disponible pour les enfants de moins de un an (Ouss-Ryngaert, 2012). Ces différents travaux furent repris au sein des recommandations faites par l'HAS¹¹ (2005 ; 2010) dans l'objectif de formaliser le dépistage précoce des troubles autistiques. Des "signes d'alerte absolue" furent retenus : absence de babillage, de pointage ou d'autres gestes sociaux à 12 mois, absence de mots à 18 mois, absence d'association de mots à 24 mois ou toute situation de perte du langage ou de compétences sociales quelque soit l'âge. La prudence est recommandée soulignant la présence au sein du processus développemental dynamique de variabilités et la diversité des présentations cliniques d'autisme.

Face au constat que les distorsions précoces des comportements sociaux ne suffisaient pas à circonscrire le phénotype des bébés à risque d'autisme (avant l'âge de un an), une nouvelle voie d'investigations s'est mise en place : la prise en compte des inquiétudes parentales (Saint-Georges, 2013). Les signes les plus communément rapportés par les parents sont assez similaires à ceux repérés par les travaux cliniques. Ils concernent des perturbations du regard social, une diminution des réponses sociales, des interactions et des activités ludiques, des difficultés de comportement ou de tempérament, des troubles du langage et des troubles fonctionnels (alimentation, sommeil, contrôle moteur). Il est intéressant de souligner que les difficultés précoces repérées par les parents concernent autant des manifestations motrices que le développement social ou la présence de comportements dits autistiques.

Une seconde mutation de l'approche clinique en périnatalité vit le jour. Dans la continuité des données théorico-cliniques nouvelles, le regard pédopsychiatrique se centre plus spécifiquement sur les interactions et notamment sur des critères tels que la synchronie, la réciprocité et les signes d'intersubjectivité : « la qualité de l'interaction (...) devient en elle-même porteuse de messages quant au bon développement du bébé au-delà des signes propres présentés par celui-ci » (Saint-Georges, 2013). L'analyse fine des interactions parents-bébé a

¹⁰ CARS (Childhood Autism Rating Scale développé par Schopler *et al.* 1988) ; ADI-R (Autism Diagnostic Interview-Revised développé par Lord *et al.*, 1994) ; ADOS (Autism Diagnostic Observation Schedule par Lord *et al.*, 1989).

¹¹ La HAS (Haute Autorité de Santé) a publié en 2005 des Recommandations de bonnes pratiques et en 2010 un Etat des Connaissances concernant l'autisme et les autres troubles envahissants du développement.

permis de dégager des spécificités relationnelles : si les sollicitations et réponses parentales lors du premier semestre ne diffèrent pas de celles des parents d'enfants sans particularité, des distorsions apparaissent dès le second semestre caractérisées par une hyperstimulation parentale et notamment une exacerbation de la prosodie émotionnelle, la persistance du toucher jusqu'au troisième semestre – alors que ce canal sensoriel diminue au sein des interactions parents-bébé sain dès le deuxième semestre. Du côté du bébé à devenir autistique, on note l'absence d'explosion des comportements intersubjectifs. Les travaux de Bullinger éclairent le dialogue sensorimoteur des bébés à risque autistique en pointant la difficulté d'une régulation sensori-tonique et la sensibilité exacerbée aux flux sensoriels chez ces jeunes enfants. Des études - dont le consortium BASIS¹² - concluent à la plus forte prédictibilité des critères concernant la qualité relationnelle, sa réciprocité et l'engagement émotionnel, laissant de côté les atypicités développementales (Saint-Georges, 2013). Ces évolutions conceptuelles soulignent l'impact relationnel d'une pathologie : l'autisme précoce interfère dès le second semestre avec les modalités interactives parent-bébé. Par ailleurs, la clinique du nouveau-né bien que peu spécifique révèle dès les premiers temps de vie des atypicités sensorimotrices mais également des distorsions relationnelles. Le bébé à risque autistique anticipe peu le contact avec son parent, s'adapte difficilement lors du portage, son regard est fuyant. Ces signes trahissent la souffrance psychique du bébé. L'intérêt d'une nosographie spécifique au bébé est mis en avant par les particularités soulevées au sein des travaux cliniques, classification qui prend en compte le risque autistique mais ne tranche pas sur l'évolutivité de la symptomatologie. Les travaux de Carel s'inscrivent dans cette perspective.

2.1.2.3. Évitement relationnel du nourrisson

A. Carel présente le concept d'*évitement relationnel* (1996) comme une entité nosographique interactive. Laissant en suspens les questions de l'étiologie et de l'évolution, cette catégorie s'intéresse sans *a priori* au phénomène de retrait dans une tradition théorique interactionniste et psychodynamique : l'évitement relationnel du nourrisson est considéré comme « un ensemble de conduites pouvant préluder parfois à l'instauration d'un syndrome autistique confirmé mais davantage encore à d'autres formes psychopathologiques », indice donc chez des jeunes enfants entre zéro et trente mois de certaines « souffrances relationnelles » (Carel, 2008). L'auteur ici exclut les phénomènes d'évitement et de retrait ayant une dimension

12 British Autism Study of Infant Siblings

ludique et maturative décrits par Stern - lorsqu'il décrit des " faux pas dans la danse interactive" (1977) - ou par Marcelli qui souligne la place des "petits manquements maternels" dans la naissance du psychisme du bébé (2000). Carel propose de penser ces micro-évitements comme des « préludes à la capacité d'être seul du modèle winnicottien » (2002). Il ancre ainsi son propos dans une perspective interactive d'un continuum normal-pathologique. Par ailleurs, Carel s'inscrit dans la tradition clinique des interactions développée par Lamour et Lebovici (1989) et reprend la proposition faite par Kreisler et Cramer (1981) d'une interdépendance psychique de la triade. La séméiologie regroupée relève de différents niveaux d'observation objectivant et interprétatif. L'évitement relationnel regroupe comme des équivalents les phénomènes d'évitement visuel manifeste, l'absence de recherche de consolation, l'inadaptation de l'accordage affectif, les mécanismes physiologiques d'habituation décrits par Brazelton et Cramer (1991) – dont la modification des état de vigilance - mais également des symptômes plus ambigus comme la majoration d'une déficience sensorielle (strabisme, nystagmus), la sensation d'embarras dans le déroulement interactif, une bizarrerie des comportements infantiles voire une perte de cohérence (défaut de couplage entre le regard et la préhension d'un objet, intérêt plus marqué pour des choses inanimées que pour des êtres humains).

La grille d'évitement relationnelle du nourrisson fut présentée initialement en 1996, puis modifiée en 1999 (voire Annexe 1). Elle regroupe un ensemble de conduites observables chez le bébé âgé de zéro à trente mois. Elle organise les différents signes par registres comportementaux : le comportement général, le visage, le regard, l'écoute, la préhension, la vocalité, le toucher, la gestualité, la posture et la locomotion. L'auteur souligne néanmoins l'importance du contexte d'émergence symptomatique rappelant toute sa complexité comportementale, affective et fantasmatique : « c'est rappeler la dimension interactive et intersubjective du symptôme, particulièrement dans les premiers mois de la vie » (Carel, 2002). Ce nouveau concept permet de se dégager d'une perspective pronostique. La faible spécificité de la symptomatologie ne permet pas de distinguer les troubles autistiques précoces proprement dits des autres comportements précoces de retrait plus ou moins transitoires qui s'organisent dans une autre dynamique, comme les tableaux de dépression infantile ou de dysharmonies développementales précoces. Cette échelle permet de repérer un phénomène anormal pour mieux suivre son évolution.

2.1.2.4. Nosographie

La place de l'autisme au sein des systèmes classificatoires évolua en fonction des hypothèses psychopathologiques (Aussilloux, 2007 ; Bursztejn, 2003 ; Golse, 2002). Nous aborderons succinctement l'évolution de la place de l'entité *autisme* au sein des classifications internationales que sont le DSM¹³ et la CIM¹⁴, ainsi qu'au sein de la classification nosographique pédopsychiatrique française, la CFTMEA¹⁵, afin de mieux appréhender les enjeux classificatoires.

Si le terme de *psychose* est fréquemment usité dans le champ européen et notamment français de la psychiatrie infantile, la psychiatrie américaine lui préféra pendant longtemps le terme de *schizophrénie*. Misès, Diatkine et Lebovici justifiaient ce choix conceptuel par une perspective épistémologique rappelant la définition initiale donnée par Bleuler : si la schizophrénie résulterait de processus de dissociation et de régression conduisant à un morcellement de l'image du corps, un certain degré préalable de structuration de la personnalité est nécessaire. Or les tableaux d'autisme de par leur caractère extrêmement précoce, ne rassemblent pas ces conditions. Le terme de *psychose* se définit par une perte du contact avec la réalité dans la perspective des travaux de Janet ou comme une désimplification de la réalité par le Moi dans la lignée freudienne.

En 1975, la CIM-9 intégra le diagnostic d'*autisme*, au sein de la catégorie des *psychoses spécifiques de l'enfance*. De son côté, le DSM-III (1980) retire le terme de *psychose* au profit de *schizophrénie* et de celui de *troubles globaux du développement*. L'autisme intègre alors cette dernière catégorie. Le terme *trouble du développement* inscrit clairement les troubles autistiques dans un processus développemental. Deux sous-groupes sont individualisés au sein de l'autisme : le *syndrome complet* et le *syndrome résiduel*. Sept ans plus tard, la version révisée du DSM-III-R (1987) renomme cette famille diagnostique : les *troubles envahissants du développement*. Cette dernière est définie comme des "déviations du développement de nombreuses fonctions psychologiques fondamentales impliquées dans l'acquisition des aptitudes sociales et du langage". Les troubles autistiques tiennent une place centrale au sein

¹³ DSM : Diagnostic and Statistical Manual

¹⁴ CIM : Classification Internationale des Maladies

¹⁵ CFTMEA : Classification Française des Troubles Mentaux des Enfants et des Adolescents

de cette catégorie. La CIM-10 (1993) individualise progressivement l'autisme au sein du champ des pathologies psychotiques infantiles : cette entité devient le chef de file des *troubles envahissant du développement*, nouvelle appellation empruntée au DSM. Ces deux systèmes nosographiques définissent l'autisme typique comme un trouble du développement caractérisé par des perturbations dans les domaines des interactions sociales réciproques, de la communication et par des comportements, intérêts et activités au caractère restreint, répétitif. La symptomatologie doit avoir débutée avant l'âge de trois ans. L'élargissement de la catégorie nosographique des troubles envahissants du développement donna naissance à la notion de spectre autistique. L'adoption du terme de *troubles du spectre autistique* au sein du DSM-V (2014) souleva des controverses concernant la délimitation des différentes entités diagnostiques.

De son côté, la CFTMEA - dont la première version est publiée en 1988 - conserva le terme de *psychoses infantiles* individualisant en son sein cinq catégories : l'autisme de Kanner, les psychoses précoces déficitaires, les dysharmonies psychotiques, la schizophrénie de l'enfant et la psychose non spécifiée. Cette classification souligne sa volonté d'identifier plus des modes d'organisation psychopathologique susceptibles de se transformer que des entités diagnostiques stables. Lors de sa révision (CFTMEA-R-2000), un axe spécifique est proposé pour les « bébés à risque de troubles sévères du développement ». Cette catégorie syndromique regroupe « des enfants dont le développement semble présenter des zones de vulnérabilité ou de fragilité susceptibles de les faire s'engager dans un fonctionnement ou une organisation de type autistique ou psychotique ».

Il est intéressant de noter que si initialement, l'autisme s'est individualisé du champ des psychoses et schizophrénies infantiles - entité alors considérée comme peu fréquente - elle tient actuellement une place centrale, prototype des troubles précoces affectant sévèrement le développement précoce. Les réaménagements opérés au sein des classifications, et notamment l'introduction de la notion de spectre autistique, pointent la difficulté à délimiter des entités figées : « quels que soient les efforts faits pour déterminer les critères de ces sous-groupes, il y a des formes intermédiaires. (...) Il faut donc admettre qu'il existe un continuum entre les différentes formes de l'autisme » (Aussilloux, 2007). Des travaux actuels développent une approche dimensionnelle au sein de laquelle le diagnostic se ferait en additionnant différents items - envisagés comme équivalents, pour définir un seuil de diagnostic et produire un index de sévérité (Aussilloux, 2007). Ce changement de paradigme s'appuie sur la prise en compte de la variabilité interindividuelle d'une même pathologie. D'entité secondaire, l'autisme est

devenu une catégorie essentielle de la nosographie pédopsychiatrique. Cette évolution, mise en lumière par les modifications nosographiques, appuie notre choix conceptuel de l'autisme comme tableau central d'une souffrance psychique spécifique dans le champ pédopsychiatrique actuel.

Cet exposé de la clinique de l'autisme chez le bébé nous permet de repérer des spécificités. Si ce trouble met en jeu des fonctions complexes telles que la communication et la socialisation, la dimension d'évitement relationnel prime dans la symptomatologie périnatale : évitements sensoriels, évitement postural, anomalies du regard. Sans rentrer dans les détails sous-tendant le diagnostic différentiel d'avec le retrait relationnel – développé dans la pathologie dépressive du jeune enfant par Guedeney (1999) - il nous semble essentiel de souligner la prépondérance au sein de la clinique périnatale d'une symptomatologie silencieuse, en creux et donc difficile à repérer. La dimension relationnelle est également très présente dans les distorsions repérées chez les bébés à risque autistique entraînant des troubles posturaux et sensori-moteurs affectant les mécanismes d'ajustement postural et d'anticipation.

2.1.3. Etiologie

L'autisme identifié comme une entité particulière donna lieu à de nombreuses réflexions théoriques, parfois contradictoires, parfois convergentes. Lorsque Kanner décrit cette entité, le champ de la psychiatrie est alors inscrit dans la révolution freudienne et la question de la causalité psychique. Les premiers modèles de compréhension du mécanisme autistique seront profondément psychogénétiques. Puis suite à des propos réducteurs et monolithiques vécus par les parents comme culpabilisants, des controverses émergèrent et le courant psychogénétique fut remplacé par un courant antagoniste organogénétique. Nous aborderons successivement les principales théories et découvertes scientifiques qui marquèrent la conception étiopathogénique de cette pathologie.

2.1.3.1. Psychogénétique

La psychiatrie de la première moitié du XXème siècle est résolument psychogénétique. La révolution freudienne introduisit la causalité psychique s'opposant à la théorie de la dégénérescence et son parti pris concernant l'hérédité. Elle revendiqua une "éthique de la subjectivité". Le nouveau-né quitte le statut de cire vierge sur laquelle la société doit venir imprimer les bons comportements sociaux, pour devenir un être à part entière : « déchiré par

des conflits entre ses désirs polymorphes et ses identifications structurantes (...) l'enfant malade mental n'est plus considéré comme un dégénéré mental qu'il fallait empêcher de se reproduire mais bien comme un individu en souffrance susceptible d'être soigné sinon guéri » (Hochmann, 2010). Les troubles psychiatriques infantiles deviennent des désordres modulables non pas uniquement par des méthodes éducatives mais également par des pratiques psychothérapeutiques, le symptôme n'est plus seulement la marque d'un déficit fonctionnel, mais une « tentative de communication d'une angoisse, d'une douleur psychique ainsi qu'un mode d'adaptation ou un mécanisme de défense ». A cette époque souligne Hochmann, « il était habituel d'établir une équation entre psychogenèse et curabilité » (2009).

L'approche psychogénétique tenta de répondre à la question de l'origine des symptômes : « sont-ils les causes mêmes du dysfonctionnement interactif ou les défenses engagées à leur rencontre ? » (Golse, 2008b). Bien que l'apport de Kanner fut essentiellement descriptif, il traita les symptômes comme des réactions, plaçant l'angoisse de l'enfant au centre de sa réflexion : « c'est de cette angoisse majeure et de la nécessité où se trouve l'enfant de lutter contre elle que découlent, selon lui, les autres symptômes. Kanner les intégra au sein d'un ensemble organisé de conduites actives par lesquelles l'enfant "dédaigne, ignore, exclut" ce qui vient le déranger depuis l'extérieur, manifestant, au contraire, sa béatitude lorsqu'on le laisse tranquille » (Hochmann, 2009). Dans les années 1940-1950, Margaret Mahler, pédiatre psychanalyste, poursuivit la démarche ouverte par Kanner avec la volonté de mieux comprendre le développement psychique normal au cours de la prime enfance et ses possibles perturbations. Elle proposa un axe développemental qui conduit l'enfant d'un état d'autisme normal à une phase symbiotique avec sa mère, puis à la séparation-individuation. D'autre part, elle chercha à spécifier le champ des schizophrénies infantiles qui regroupaient alors des formes cliniques déviantes très hétérogènes. Elle rejeta le terme de *schizophrénie* impropre selon elle à distinguer les troubles résultant d'une dissociation primaire des mécanismes de dissociation secondaire. Mahler proposa le terme de *psychose infantile* et décrivit deux formes : les *psychoses autistiques* qui reprennent le tableau clinique décrit par Kanner, et les *psychoses symbiotiques* qui correspondent à une désintrinsication plus tardive du psychisme du jeune enfant. Initialement, elle expliqua ces tableaux comme des fixations ou des régressions aux différents stades de la vie archaïque. Puis, elle les envisagea comme des mécanismes correspondant à des organisations pathologiques pouvant coexister dans des proportions distinctes. Elle développera également la notion de facteurs actifs de maintien correspondant au sein de la pathologie autistique en une « conduite hallucinatoire négative » qui annule la

perception du monde extérieur, dont la mère. Cette absence d'investissement maternel comme référence émotionnelle entrave la constitution de l'image du corps du jeune enfant autiste, et le processus de séparation-individuation d'avec le monde extérieur. Les processus pathologiques condamnent ainsi le jeune enfant autiste à vivre replié activement sur son monde intérieur angoissant.

La psychiatrie des années 1950 fut profondément marquée par la seconde guerre mondiale, les regards vides des réfugiés et l'expérience de certains psychanalystes des camps concentrationnaires. La notion de carence affective explosa. L'autisme fut également modelé par ce contexte historique. Les travaux de Bettelheim, éducateur inspiré par la pensée psychanalytique, polarisèrent les vives polémiques qui se levèrent contre une vision du tout psychogénétique. Cet auteur développa une compréhension strictement psychogénétique au sein de laquelle il compara le monde de l'enfant autiste à une forteresse vide faisant face à un désert affectif. Ecartant trop vite la question de savoir si ce monde était réel ou essentiellement fantasmatique, il décrivit un jeune enfant venant au monde avec une volonté de construire son monde propre et qui progressivement se confronte aux frustrations maternelles. L'autisme naît d'un défaut de mutualité entre le bébé et ses parents. De ces interactions complexes, l'enfant autiste progressivement se convint que ses efforts n'ont aucun effet sur le monde environnant et se replie sur son monde interne. La polémique débuta suite aux prises de positions tranchées faisant reporter toute la responsabilité sur la mère : « le facteur qui précipite l'enfant dans l'autisme est le désir de ses parents qu'il n'existe pas » (Bettelheim cité par Hochmann, 2009). La comparaison malheureuse entre le repli des enfants autistes et la résignation mortelle des personnes déportées face à leur impuissance à influencer leur environnement, finit de crispier les débats.

A la faveur des mouvements contestataires de la fin des années 1960, Mannoni, psychanalyste, présente l'enfant psychotique comme victime de l'inconscient maternel, « inclus dans la jouissance de sa mère » et de « ses désirs mortifères » (1964). Elle invite les institutions soignantes à se défaire de tout projet éducatif pour accueillir l'enfant, lui proposer la possibilité de régresser aux stades archaïques où son désir a été stoppé par les contraintes familiales. Les familles étaient vivement exclues des prises en charge, sommées de mettre en place une thérapie pour elles-mêmes afin d'assumer leur désir (Hochmann, 2010). C'est ainsi que naquirent des qualificatifs sans appel : « mère frigidaire » ou « mère schizophrénogène ». Ces dérives psychanalytiques préjudiciables tiennent à l'assimilation abusive des tableaux d'autisme avec d'autres troubles importants du développement et de l'attachement décrits

dans un contexte de carences affectives sévères : « "Cherchez la mère" était devenu un mot d'ordre commode, une paresse de l'esprit, qui évitait de s'interroger sur les autres causalités et d'engager des recherches sur les possibles déterminants génétiques ou métaboliques » (Hochmann, 2009).

L'autisme dans cette perspective psychogénétique est perçu comme un mode de communication déformée par des angoisses archaïques innées inexprimables. Ces dernières sont premières et entravent dès la prime enfance le développement infantile précoce. Envahi d'angoisses archaïques, l'enfant se prive du support extérieur et s'enferme dans son monde interne terrifiant. La souffrance psychique du bébé s'exprime au travers de son retrait indifférent, de son impossibilité à communiquer. Les dérives de cet abord mettent en garde contre toute "paresse de l'esprit" qui dans l'optique de comprendre, réduit et perd de vue la complexité d'un système pathologique.

2.1.3.2. Organogénétique

Pendant plus de trente ans, l'approche psychogénétique psychanalytique domina la compréhension étiopathogénique de l'autisme. A partir des années 1970, la psychiatrie fut marquée par "un grand renversement" (Ehrenberg, 2005) qui bouscula les représentations de la maladie mentale et les rapports entre le normal et le pathologique. Annoncé comme un progrès scientifique majeur, un mouvement de renouveau de la recherche en psychiatrie se démarqua par son langage génétique, son regard tourné vers l'organique, entraînant progressivement un glissement de la conception de maladie vers celle du handicap. Ce renversement condamna fermement le diagnostic de psychose, véhicule d'une étiologie psychogénétique jugée trop culpabilisante pour les parents. L'émergence des associations de parents joua un rôle non négligeable dans ce changement de paradigme scientifique (Hochmann, 2009). La description de pathologies métaboliques¹⁶ et génétiques¹⁷ associées au syndrome autistique renouvela l'approche du trouble. La famille de l'autisme se scinda en deux groupes : les autismes idiopathiques et ceux syndromiques. L'approche théorique en fut bouleversée : si une symptomatologie autistique pouvait être associée à des pathologies dont

¹⁶ Les maladies métaboliques décrites sont notamment les mucopolysaccharidoses, la phénylcétonurie, les troubles du métabolisme des purines et pyrimides.

¹⁷ Les pathologies génétiques recouvrent notamment le syndrome de X fragile, le syndrome de Prader-Willi, les neurofibromatoses, la sclérose tubéreuse de Bourneville et le syndrome d'Angelman

la composante biologique était incontestable, il devenait essentiel d'explorer les anomalies organiques associées à la symptomatologie autistique. Schématiquement, la perspective organogénétique peut être comprise comme un mouvement contestataire du "tout psychogénétique". Il permet de dégager des composantes génétiques, neuro-anatomiques et biochimiques. Nous ne développerons pas les pistes biochimiques qui ne font pas encore consensus (Tordjman, 2008).

2.1.3.2.1. Aspects génétiques et épigénétiques

Les arguments en faveur d'une hérédité génétique proviennent des études familiales et des études de jumeaux. Les premières études datent de la fin des années 1970, avec notamment celle réalisée par Folstein et Rutter en 1977. Elles présentèrent des résultats en faveur d'une forte héritabilité du trouble (les taux de concordance étaient proches de 60% chez les jumeaux monozygotes et 0% chez les dizygotes). Cependant, des obstacles méthodologiques furent discutés limitant la portée des résultats et notamment l'importante hétérogénéité au sein du spectre autistique tant sur le plan étiologique que clinique. L'introduction du concept de *phénotype large* par Bailey (1996) pris en considération les symptomatologies modérées, et permit ainsi d'éviter l'écueil de conclusions hâtives erronées. Les recherches d'anomalies génétiques concernent donc l'étude générique des TSA. Actuellement, on estime à 20% les cas d'autisme pour lesquels des anomalies génétiques sont retrouvées. Ces dernières sont de deux types principalement : anomalies chromosomiques et mutations intragéniques. Les anomalies chromosomiques participent à la formation synaptique. Elles peuvent être liées à trois mécanismes : anomalies constitutionnelles, anomalies secondaires à une exposition in utero d'agents tératogènes et enfin des remaniements de novo. Les remaniements chromosomiques concernent plusieurs dizaines de sites différents. Les principales sont la duplication 15q11-q13 d'origine maternelle, la délétion 2q37.3 et la délétion 22q13.3, chacune concerne moins de 1% des cas. Concernant des mutations intragéniques, plusieurs gènes candidats sont évoqués, la plupart jouent également un rôle dans la formation des synapses : neurologine 4, SHANK 3, neurexine 1. Les données de la recherche génétique sont donc à ce jour contrastées (Philippe, 2012). Aucune n'est spécifique, ni utilisable pour le diagnostic cependant les recommandations préconisent la réalisation systématique d'un caryotype (HAS, 2005) : « A ce jour, aucun facteur génétique directement impliqué dans les troubles autistiques n'a réellement pu être identifié de façon consensuelle » (Tordjman, 2008).

L'hétérogénéité clinique et biologique du syndrome autistique limite la production de résultats homogènes.

2.1.3.2.2. Aspects neuro-anatomiques

La neuroimagerie et l'approche neurofonctionnelle permirent l'exploration des anomalies cérébrales. Les résultats initiaux rapportèrent une atrophie cérébelleuse et une augmentation de certains lobes corticaux. Les résultats étaient cependant inconstants et parfois contradictoires. Progressivement, les études s'intéressèrent aux dysfonctionnements retrouvés au sein du cerveau social. La compréhension des tableaux autistiques évolua d'anomalies localisées vers des troubles de la connectivité. Le cerveau social regroupe de nombreuses régions : cortex orbito-frontal, sillon temporal supérieur, gyrus fusiforme, amygdale. La perception sociale se définit comme le traitement d'informations - tel que le regard, l'expression faciale ou la posture - nécessaires à l'analyse des dispositions et des intentions d'autrui. La région temporale supérieure est constituée de deux structures essentielles au traitement des données sociales : le gyrus temporal supérieur - aire associative unimodale permettant le traitement des informations sensorielles auditives - et le sillon temporo-supérieur - aire associative multimodale. Cette dernière est impliquée dans le traitement de tâches de cognition sociale (comme le traitement de la voix humaine). Elle est en réseau avec d'autres régions que sont le système limbique et les néocortex frontal et pariétal, zones multimodales associatives. Le système limbique est impliqué dans le traitement des émotions. Les néocortex frontal et pariétal servent au traitement des performances cognitives complexes dont la compréhension des méta-représentations. Enfin, des anomalies dans la connectivité anatomique et fonctionnelle entre les régions frontales et temporales sont mises en évidence. Ces régions sont notamment incriminées dans le traitement des informations sensorielles nécessaires à la vie sociale (Boddaert, 2012).

Une des particularités du cerveau social est la présence de neurones miroirs en son sein. Le système neuronal miroir est un support neural à la compréhension automatique des actions et intentions d'autrui, en couplant l'observation et l'exécution. Il joue un rôle central dans les mécanismes d'imitation et d'apprentissage. Outre le registre comportemental, ce système intéresse aussi la compréhension émotionnelle par l'intermédiaire du circuit de la représentation de l'action – circuit qui s'appuie notamment sur une connexion entre le système miroir et le système limbique. Le sillon temporo-supérieur (STS) contient des neurones miroirs impliqués dans le traitement des émotions. Le dysfonctionnement de la

région du STS est pressenti pour expliquer une partie des caractéristiques cliniques de l'autisme (les troubles perceptifs, affectifs et cognitifs).

La recherche s'est donc progressivement orientée vers l'étude du fonctionnement cérébral dynamique et de la connectivité. Des liens interdisciplinaires nourrissent cette approche notamment avec les cognitivistes qui défendent l'hypothèse d'une altération de la théorie de l'esprit¹⁸ dans l'autisme. La base neurale de la théorie de l'esprit se constituerait de trois régions : le cortex préfrontal médial, le sillon temporal supérieur et les pôles temporaux adjacents à l'amygdale. Les études sont en faveur de dysfonctionnements de la connectivité des structures impliquées dans la compréhension des actions et des intentions d'autrui dans l'autisme : le « cerveau social » et le système neuronal miroir. Les troubles affectant les domaines affectif et émotionnel seraient expliqués par des dysfonctionnements au sein du système limbique, les troubles cognitifs par des défauts de connectivité du réseau temporo-pariétal.

Cependant, ces résultats restent à ce jour au stade de la recherche, deux limites principales existent : des échantillons limités et la variabilité du phénotype autistique (HAS, 2005).

La conception du trouble autistique fut considérablement remaniée : d'un trouble généré par des angoisses archaïques, l'autisme devient un trouble de nature neurodéveloppementale, ayant une forte hérédité. L'étiopathogénie de ce syndrome est décrite comme une série processuelle : déterminisme polygénétique, altérations neurobiologiques, déficit neuropsychologique relatif entravant les processus cognitifs et enfin expression symptomatique clinique (Bailey, 1996). La représentation de l'autisme fut enrichie par cette lecture organique : le vécu terrifiant du jeune enfant n'est plus au centre de sa conceptualisation. Des dysfonctionnements génétiques, biochimiques et neuro-cérébraux sont décrits, délaissant la dimension affective au profit d'une lecture organique mécaniciste.

Face à ce grand écart opéré au sein des conceptualisations étiopathogéniques, Golse (2012) revient sur les différentes controverses qui ont alimenté le champ de l'autisme depuis sa description princeps et souligne la variabilité de la clinique autistique, dénonçant la tendance des chercheurs « à généraliser à l'ensemble des syndromes autistiques, malgré leur hétérogénéité, des observations qui ne concernent qu'une partie d'entre eux ». La double

¹⁸ La théorie de l'esprit peut être résumée comme la capacité du sujet à *inférer* chez autrui des intentions, croyances, désirs.

polarité organique d'une part, psychique d'autre part, peut être comprise comme « en résonance avec un état de la réalité clinique, certes complexe, et résistant à une compréhension unifiée selon un seul modèle mais où l'on peut distinguer deux polarités cliniques » (Carel, 2002). Hochmann (1994) décala les débats concernant l'étiologie en soulignant le *processus autistisant* inscrit au sein de la pathologie, cercle vicieux renforçant l'enfermement autistique de l'enfant et la détresse parentale : « les signes classiques de l'autisme ne sont pas donnés d'emblée. Ils apparaissent peu à peu et peuvent être considérés comme une manière qu'a le sujet de se défendre contre des angoisses massives liées, en partie à des défauts cognitifs structurels, notamment à un défaut de la théorie de l'esprit » (2010). Cette vision souligne la dynamique processuelle et intersubjective de la pathologie autistique où les causes premières quelles qu'elles soient, rencontrent nécessairement un environnement au sein duquel évolue l'enfant : « L'autisme reste une énigme, posant et reposant sans cesse la question des rapports complexes de la nature et de la culture, tout en se riant des efforts répétés de la science pour trancher définitivement cette question dans le sens d'une naturalisation » (Hochmann, 2009).

Ce paragraphe permet d'appréhender les différentes représentations constitutives de la notion d'autisme. Si la polarité psychisme-organisme ne peut être unifiée, elle rappelle la nécessité de prendre en compte la complexité du fonctionnement humain. L'autisme est un tableau clinique hétérogène regroupant dès le plus jeune âge des perturbations aspécifiques ayant un fort ancrage corporel. La dimension relationnelle a ouvert un champ d'exploration riche. La souffrance psychique est éclairée dans sa double polarité par des déficits neuro-anatomiques et la mise en place de défenses rigides contre des angoisses archaïques sidérant tout processus développemental. Ce caractère polyfactoriel souligne l'intérêt d'une prise en charge multidisciplinaire au sein de laquelle chaque professionnel pourra apporter sa spécificité.

2.1.4. Psychopathologie

L'approche psychopathologique peut être définie comme une tentative d'approcher « ce qui a trait au sens des symptômes et à la souffrance psychique qu'ils révèlent » (Mazet, 2000). L'autisme est régulièrement présenté comme « paradigmatique de l'ensemble des questions que posent la psychopathologie en général et la psychopathologie infantile en particulier » (Ciccone, 2008). En s'intéressant au sens des symptômes, la psychopathologie se décale des prises de position étiologique et tente de rendre compte des dynamiques à l'œuvre au sein de l'entité clinique : « En mettant entre parenthèses l'étiologie, en s'interrogeant simplement et

sans *a priori* défensifs sur les apports réciproques de la clinique et de la recherche à une étude des mécanismes psychopathologiques et physiopathologiques de l'autisme, (...) on pourra peut-être quitter le terrain des spéculations métaphysiques et des polémiques, et mieux contribuer à améliorer, en même temps que nos connaissances, les manières de corriger ces mécanismes ou de les rendre plus aisément supportables pour l'enfant et son entourage » (Hochmann, 2009).

2.1.4.1. *Abord psychanalytique*

L'autisme est abordé dans le domaine psychanalytique comme « une réaction à une situation d'angoisse majeure, primitive, agonistique (...) mesure de protection devant un danger vécu comme catastrophique » (Ciccone, 2008). Pathologie de la relation à soi, l'autisme se situe à un niveau archaïque. La mise en place de défenses rigides - pour faire face à des angoisses débordant "l'appareil à interpréter" - entrave profondément le développement psychique du petit d'homme. Un défaut de contenance des angoisses est souligné comme favorisant le débordement angoissant chez le nouveau-né en devenir d'autisme. Nous aborderons ici les positions développées par Tustin et Meltzer, dans les années 1970, puis celle de Carel à propos de son concept d'évitement relationnel.

Le basculement dans la pathologie autistique résulte selon Tustin, d'une prise de conscience brutale et prématurée de la part du bébé de sa séparation avec la mère. Ce vécu de perte d'objet crée une rupture avec son mode de fonctionnement primaire caractérisé par l'autosensualité. Ses capacités psychologiques ne sont pas suffisamment matures pour qu'il puisse faire face de manière tranquille. Le jeune enfant éprouve cette *séparabilité* (Houzel, 1991) comme un arrachement d'une partie de lui et est envahi par des terreurs angoissantes primitives : terreurs de chute sans fin, de se vider, d'exploser, d'être anéanti. Tustin rapproche ces expériences terrorisantes de la notion winnicottienne de "dépression psychotique" ; la perte de l'objet vécue par le jeune enfant est vécue comme une perte d'une partie de soi. Le concept de *trou noir* modélise ce vécu archaïque où l'environnement soudainement s'ouvrirait et viendrait menacer le sentiment de sécurité interne. C'est dans une dynamique d'autoprotection que le bébé en devenir d'autisme produit « un délire de fusion avec l'environnement » qui annule toute altérité (Mazet, 2000). Il met en place des conduites sensorielles d'agrippement (agrippement visuel, hypertonicité et des activités répétitives, stéréotypées). Les manœuvres autistiques engendrent une « mise en capsule autogénérée » immobilisant tout fonctionnement psychique et développement cognitivo-affectif. Suite à ce

défaut d'identification avec un objet extérieur rassurant, le monde extérieur et les objets qui le composent sont appréhendés comme des « sensations-objets » étroitement associés à lui. (Ciccone, 2008).

Meltzer de son côté, conceptualise le monde autistique au travers de deux processus : le démantèlement et la dimensionnalité de la relation d'objet. Dans la lignée post-kleinienne, la vie mentale du jeune enfant est donnée comme désarticulée, nécessitant l'intervention d'une « force unifiante capable de rassembler les parties de la personnalité de l'enfant » (Mazet, 1993). Meltzer comprend l'autisme dans ses formes sévères comme une suspension de la vie mentale à « un espace unidimensionnel » fait de sensations unimodales non intégrées. Le démantèlement du Moi cherche à décrire ce phénomène : « que pour une raison ou pour une autre, la convergence (des différents intérêts de l'enfant vers une même force unifiante) vienne à manquer, tout se passe alors comme si chaque sens de l'enfant retombait dans un fonctionnement autonome, sans capacité de liaison avec les autres modalités sensorielles et sans objet privilégié pour le canaliser » (Mazet, 1993). Dans cette perspective, le monde de l'enfant autiste se construit autour de purs tropismes : nourriture, lumière, bruits, etc. Aucun lien ne relie les différents éléments qui l'entourent et le constituent. Le contact de l'enfant autiste avec le monde procède ainsi d'une identification adhésive, relation à l'objet caractérisé par un collage à la surface de l'objet, productrice d'une dépendance anaclitique extrême à une modalité sensorielle. Toute profondeur est exclue (Mazet, 1993 ; Ciccone, 2008). Dans la continuité, Haag formule l'hypothèse que la pathologie autistique se caractérise par l'impossibilité de construire un moi corporel complexe et unifié. Les symptômes d'évitement relationnel et de comportements stéréotypés sont compris comme des tentatives rigides de maintenir à distance autrui. La compréhension des troubles est portée sur un défaut de contenance, défaut qui entrave la constitution progressive chez l'enfant d'un sentiment interne de sécurité et de confiance, dont l'auteure ne récuse pas une vulnérabilité génétique prédisposante (Hochmann, 2009).

De son côté, Carel postule à l'origine de l'évitement relationnel « l'existence d'une inadéquation interactive "élémentaire" qui peut se comprendre comme une rupture dans la chaîne associative interpsychique qui sous-tend les registres comportemental et affectif de l'interaction » (Carel, 2002). Ainsi, la dynamique de l'interaction est influencée tant par le fonctionnement mental de l'enfant que par celui de ses parents. Il importe d'observer le bébé au sein de son environnement afin de guetter le plus précocement les « dysharmonies relationnelles ». Dans cette perspective, « la genèse des comportements pathologiques du

jeune enfant est souvent considérée comme une réponse à "un écart" trop important entre le désir et sa réalisation, entre la capacité psychique de l'enfant et l'épreuve à surmonter. Cet écart peut être réel ou fantasmatique, inhérent à une défaillance de l'environnement ou lié à l'expérience subjective de l'enfant sans que cela remette en question le raisonnement » (2002). La perspective interactionnelle que développe cet auteur conceptualise ces écarts sous le terme de *communication paradoxale* : « la communication paradoxale dans la forme fermée c'est-à-dire pathologique (par opposition avec sa forme ouverte ludique transitoire) pourrait constituer une des circonstances d'activation précoce dès le troisième mois d'un déséquilibre entre les capacités d'élaboration psychique du bébé et la complexité des états mentaux d'autrui qu'il a à traiter. Cette forme de communication pourrait donc soit révéler précocement une faiblesse, un déficit relatif sous-jacent dans le domaine de la théorie de l'esprit, soit contribuer à générer des défenses contre l'angoisse qu'elle occasionne » (2008).

L'approche psychanalytique de l'autisme situe au centre du processus pathologique des angoisses primitives auxquelles doit faire face le jeune enfant par la mise en place de défenses qui l'isolent du monde. La souffrance psychique représentée par ce diagnostic se caractérise par des angoisses archaïques, l'impossibilité d'acquiescer un sentiment de sécurité interne et des défenses rigides excessives. L'environnement est insuffisamment contenant pour l'enfant qui ne peut tolérer cette attente déçue, créant une situation en souffrance.

2.1.4.2. L'approche cognitiviste

L'autisme au sein des théories cognitivistes développementales est compris comme un trouble neuro-développemental résultant de l'atteinte des fonctions cognitives supérieures notamment des capacités sociales. Cet axe de compréhension fut initialement présenté comme en rupture avec l'appréhension psychanalytique de l'autisme. Mais les avancées conceptuelles permettent aujourd'hui des ponts entre ces deux disciplines aux objets et méthodes différents (Georgieff, 2012). L'approche cognitiviste décortiqua les altérations des capacités de représentation, d'imitation, de compréhension sociale, de jeu symbolique et d'attention conjointe. Nous développerons trois hypothèses privilégiant chacune une perspective différente : un trouble perceptif, un trouble des cognitions sociales et notamment de la théorie de l'esprit et enfin un trouble de l'intersubjectivité primaire. Ces positions ne s'excluent pas nécessairement (Georgieff, 2012).

2.1.4.2.1. L'hypothèse perceptive

L'hypothèse perceptive soutenue notamment par Mottron souligne des altérations des processus d'intégration plurimodale des perceptions sensorielles. Si les informations élémentaires sont correctement traitées, ce traitement se fait au dépend des informations de haut niveau. Le sujet autiste appréhenderait le monde par détails plutôt que par des représentations d'ensemble complexes, synthétiques et significatives. Cette perspective s'appuie notamment sur les témoignages de sujets diagnostiqués autistes et les "talents paradoxaux" de sujets hypermnésiques. Des arguments neurocérébraux sont compatibles avec cette hypothèse : anomalies de connectivité entre différentes zones cérébrales assurant les processus intégratifs plurimodaux couplées à une hypoconnectivité entre cortex frontal et d'autres zones dont le cortex pariétal et une hyperconnectivité corticale frontale.

2.1.4.2.2. Déficit de la théorie de l'esprit

Baron-Cohen, Leslie et Frith développèrent un modèle de la pathologie autistique en se référant à la théorie de l'esprit (1985). L'autisme devient alors pathologie de l'empathie ou des cognitions sociales. La théorie de l'esprit développée initialement dans le champ de l'éthologie par Premack et Woodruff (1978) désigne la capacité de se représenter une activité de pensée chez l'autre, et par voie de conséquence en soi-même. Cette capacité cognitive de représentation d'une activité psychique propre à chacun est acquise à l'âge de quatre ans. Elle découle en outre de la capacité de "faire semblant" (Frith). Des observations expérimentales basées sur les fausses croyances pointèrent un déficit de théorie de l'esprit chez les patients autistes. Des objections furent émises considérant notamment la discordance entre l'âge tardif de cette capacité cognitive et la constitution du trouble autistique. Baron-Cohen substitua à son premier modèle, un système cognitif de *mind reading*, "lecture de l'esprit". L'attention conjointe apparaît comme précurseur du langage et de la théorie de l'esprit. Cette notion empruntée aux travaux de Bruner (1975) caractérise la possibilité de deux personnes de porter attention à une même cible visuelle, partageant ainsi un même événement. Cette opération cognitive articule l'identification d'autrui comme un être animé d'une vie propre, la capacité à traiter simultanément le point de vue d'autrui et le sien, et enfin la mise en jeu de ces deux capacités au sein d'un processus de communication. Le regard référentiel et le pointage proto-déclaratif rendent compte de l'acquisition de cette capacité au cours de la première année de vie. Sigman et son équipe proposent de comprendre le trouble autistique comme un déficit d'attention conjointe, rendant compte d'une altération de l'échange affectif réciproque.

Une seconde critique est faite à cette hypothèse, dénonçant son caractère essentiellement intellectuel au dépend des apports émotionnels dans l'acquisition des compétences sociales. Hobson (1993) réfute l'idée de Frith que la théorie de l'esprit serait un mécanisme inné. Pour lui, cette capacité se constituerait progressivement au cours d'échanges émotionnels et affectifs interpersonnels. Le déficit ne serait qu'un effet d'une anomalie plus précoce touchant les processus de partage émotionnel et notamment la construction possible d'un système d'identification à l'autre. Progressivement, la prise en compte des affects au sein du développement précoce vînt bousculer les théories cognitivistes. La découverte de compétences cognitives dès la naissance telles que les capacités de discrimination des personnes et notamment de sa mère, ainsi que la présence d'une appétence relationnelle nette chez le nouveau-né décalèrent la compréhension du développement psychique. La notion d'intersubjectivité primaire se développa, sous l'impulsion notamment des travaux de Trevarthen, proposant une autre compréhension des dysfonctionnements neurodéveloppementaux.

2.1.4.2.3. Trouble de l'intersubjectivité primaire

Cette hypothèse s'appuie sur les intuitions développées au sein de la théorie de l'esprit et notamment le défaut de partage émotionnel. La découverte des neurones miroirs révolutionne l'appréhension des "représentations partagées" d'actions, d'états émotionnels et d'intentions grâce au phénomène de "résonance motrice" mis en jeu lors des interactions sociales (Georgieff, 2012).

La notion d'intersubjectivité intentionnelle ou "état initial psychosocial" fut introduite pour qualifier la motivation innée du nouveau-né pour la conscience d'autrui mais aussi de soi (Trevarthen, 2003). Le bébé disposerait de manière innée d'une représentation d'autrui avant même de le rencontrer dans son environnement et d'interagir avec lui. Cette représentation fut nommée "l'autre virtuel". Elle assurerait dès la naissance la régulation des comportements d'interaction par l'anticipation permanente des réponses de l'autre à ses comportements. L'autisme avec ses troubles de la réciprocité sociale (absence du phénomène d'anticipation, d'attention partagée) peut ainsi être compris comme une altération de l'intersubjectivité primaire. Ce dysfonctionnement en affectant les bases de la relation interpersonnelle entrave le développement du "soi interpersonnel". Cette expérience intime de soi-même par rapport aux autres est explicitée par le contact émotionnel intersubjectif (Trevarthen) et par le développement de l'accordage affectif et des capacités transmodales (Stern). La constitution

du soi se déploie initialement à partir d'une représentation corporelle ; le développement de la subjectivité est étroitement lié à l'expérience de l'intersubjectivité dans une dynamique de réciprocité sociale, de co-partage expérientiel grâce à une activité psychique partagée. Cette conception rend compte d'une convergence des perspectives de la psychologie développementale, des lectures psychodynamiques cliniques dont celles d'inspiration psychanalytique et des avancées des neurosciences concernant l'interaction sociale et l'empathie.

Le jeune enfant autiste semble exprimer l'impossibilité d'exploiter les fonctions innées de "psychologie naïve" qui rendent possible la connaissance d'autrui en orientant tout son intérêt vers les signes émanant de lui (voix, regard, visage et gestes). « Les altérations de la constitution de la représentation de l'autre, donc de la communication et des interactions, découleraient de ce trouble précoce de l'empathie ou de la "cognition sociale" (théorie de l'esprit et ses précurseurs), trouble que S. Baron-Cohen nomme "cécité mentale" c'est-à-dire cécité pour l'activité psychique de l'autre – *mindblindness* – mais que nous définirions plutôt ici comme une sorte de "négligence" – *mind neglect* – au sens neuropsychologique du terme » (Georgieff, 2012).

Les hypothèses cognitives présentent un jeune enfant privé de capacités à interagir avec autrui. Cet état de privation entrave en retour son propre développement engendrant un état de souffrance psychique. La souffrance du bébé ne se situe pas dans le domaine affectif mais dans le domaine cognitif : ce qui est fait souffrance c'est le défaut de partage, l'incompréhension par le bébé de son environnement et par voie de conséquence l'impossibilité de lire en lui-même.

Les modèles herméneutiques issus des champs psychanalytique, cognitiviste et neuro-développemental s'articulent progressivement, chacun éclairant un niveau de fonctionnement particulier. L'autisme est appréhendé dynamiquement par des dysfonctionnements touchant le traitement cognitif des informations sensorielles et sociales, des désordres neuro-développementaux touchant la connectivité des systèmes neuronaux et des conflits émotionnels résultant des relations interindividuelles et intrapsychiques.

2.1.5. Conclusion

Trouble affectant les domaines de la socialisation et de la communication, les tableaux autistiques condensent une variabilité symptomatique au sein d'une triade : altération de la

communication et des interactions sociales, présence de comportements restreints et stéréotypés. Le caractère précoce de cette pathologie se confronte à la clinique non-constante et extrêmement diverse des bébés. Une lecture dynamique de la clinique nous invite à regarder minutieusement les relations parents-bébé pour mieux appréhender les dysfonctionnements interactifs. En effet compris comme un trouble de l'intersubjectivité primaire, l'absence de comportements de réciprocité sociale semble être un des indices les plus spécifiques à ce trouble. L'impossible dialogue au cours des interactions parents-bébé empêche toute rencontre avec une altérité, bloquant le processus de subjectivité. S'éloignant des considérations étiologiques, les comportements d'évitement relationnel trahissent les vicissitudes rencontrées au cours de la construction de l'intersubjectivité primaire.

La description de la pathologie autistique permet d'appréhender la souffrance psychique du bébé au travers de ces différents dysfonctionnements. A la lumière des comportements du bébé à risque autistique, l'évitement relationnel trahit son embarras relationnel et psychique. Les domaines cognitifs, interactifs et émotionnels sont intimement liés. La nature de la souffrance est composite : affective (présence d'angoisses archaïques) mais également cognitive (processus cognitifs en souffrance entravant le processus de subjectivation). Défaut de co-partage émotionnel, explosion d'angoisses archaïques, inconfort corporel, vécu d'intrusion et impossibilité de rassembler ses différents ressentis sensoriels, tous ces éléments engendrent un état de souffrance psychique qui piège le nouveau-né et son environnement au sein d'un processus autistisant. La diversité des représentations de la souffrance psychique du bébé contenue dans le diagnostic d'autisme souligne l'intérêt d'explorer les représentations des professionnels de périnatalité.

Le processus autistisant s'incarne dans l'isolement du bébé suite à un défaut d'intersubjectivité primaire ne permettant pas l'amorce du processus de co-construction subjectivante. L'impossible résonance motrice entrave la formation de représentations partagées puis personnelles. Le corpus psychanalytique décrit une entrave pathologique du processus de contenance parentale dont la fonction première est la décontamination des vécus terrifiants du bébé. Ce défaut de contenance condamne le nouveau-né à vivre seul ses angoisses. Sur un plan institutionnel, cette lecture peut être reprise pour nous permettre d'appréhender le travail pluridisciplinaire. Chaque courant théorique avec sa rhétorique souligne la richesse du travail de partenariat : nécessité de parfaire la prise en charge thérapeutique en développant différentes approches rééducatives complémentaires ou nécessité de considérer "l'enveloppe partenariale comme un contenant institutionnel"

(Lamour, 1998). L'importance de la cohésion de l'équipe pluridisciplinaire accueillant les bébés en souffrance et leurs parents est soulignée par les travaux de Lamour et Barraco (1998). Cette continuité bienveillante est sécurisante enrayant le processus confusionnant de la souffrance. L'institution devient un lieu réconfortant, contenant, premier temps d'un accueil thérapeutique. Chaque professionnel contribue de part son expertise, à l'élaboration d'une compréhension complexe au plus près de l'expérience sensible du patient. Or il faut bien admettre que si cette position est *a priori* partagée par l'essentiel des professionnels, la pratique révèle des difficultés certaines à l'articulation des fonctions de chacun. Dans la continuité des travaux de Lamour, Golse (2012) s'interroge : « Peut être faut-il reconnaître l'impact du processus autistique même sur les fonctions de liaison des soignants ? Ainsi les situations de clivage entre partenaires de soin sont-elles fréquentes, aboutissant à des ruptures thérapeutiques brutales ». Il est donc nécessaire de travailler à maintenir son attention conjointement aux autres professionnels au plus près des jeunes patients et de leur famille.

Nous allons maintenant nous intéresser à un deuxième tableau clinique central dans le champ de la psychiatrie périnatale : la dépression du bébé. Ce deuxième exposé permettra d'approfondir l'appréhension de la souffrance psychique du bébé dans le corpus pédopsychiatrique. Nous exposerons successivement l'historique de cette entité clinique, ses spécificités cliniques, les mécanismes étiologiques ainsi que la compréhension psychopathologique.

2.2. La dépression du bébé

2.2.1. Introduction

L'entité *dépression du bébé* s'est construite progressivement au fil des observations cliniques et des abords théoriques parfois divergents (Barker Schaerer, 2000 ; Golse, 2011 ; Golse, 2001b ; Marcelli, 1999, Guedeney, 1999). Décrite initialement par R. Spitz en 1943 au décours de la seconde guerre mondiale, la symptomatologie dépressive sera retravaillée notamment par les apports de l'école de psychosomatique de L. Kreisler (Kreisler, 2004a ; 2004b). La clinique s'est construite autour d'un trépied symptomatique : inertie motrice, atonie affective et pauvreté interactive. Dans un premier temps, les descriptions de dépression anaclitique étaient profondément marquées par la problématique du manque quantitatif des soins maternels. Progressivement, les travaux ultérieurs nuancèrent le contexte étiologique en introduisant comme élément nouveau, le vécu subjectif de perte du bébé au coté des situations objectives de manque. Porté par le souci d'une description clinique au plus près du vécu du

bébé et de ses comportements, l'équipe de Guedeney (1999) proposa la notion de retrait relationnel. Cette conceptualisation souhaitait se dégager des vicissitudes théoriques qui pensent le phénomène dépressif au sein du psychisme naissant du bébé.

La clinique de la dépression du bébé met au premier plan le vécu subjectif du bébé face à une réalité externe. Cette pathologie questionne la dynamique interactionnelle et la qualité des liens entre le bébé et son environnement. Cette deuxième approche de la souffrance psychique du bébé complète celle sous-tendue au sein du spectre autistique, en se centrant plus spécifiquement sur les situations de souffrance résultant de la dynamique interactionnelle entre le bébé et son entourage.

2.2.2. Clinique

Nous avons déclinée la construction de la clinique de la dépression du bébé en quatre apports : la description princeps de Spitz, la lecture psychosomatique de Kreisler, la notion de retrait relationnel et la nosographie actuelle.

2.2.2.1. *Les trois temps de Spitz*

Spitz proposa en 1943 deux tableaux cliniques qui bousculèrent la conception de la pathologie infantile. Ses publications synthétisèrent ses minutieuses observations auprès de 170 nourrissons placés au sein d'une pouponnière annexe à un centre pénitentiaire, sur une durée de dix-huit mois. Ces jeunes enfants avaient été séparés de leur mère après avoir vécu en moyenne six mois auprès d'elles. Ils étaient âgés entre 6 mois et 24 mois. A la suite de cette séparation, il observa des présentations caractéristiques de « privations affectives vitales ». Il les isola au sein de deux tableaux : la *dépression anaclitique* - tableau évoluant sur une durée de trois mois - et l'*hospitalisme* ou *marasme affectif* - concernant les séparations prolongées au-delà de quatre mois. « A cause de leur similitude avec les états mélancoliques chez les adultes » (1948), il rattacha ses descriptions au champ de la dépression.

La dépression anaclitique et l'hospitalisme sont deux tableaux de dépression chez le très jeune enfant qui font suite à des séparations brutales, précoces et prolongées. L'auteur propose une description clinique basée sur une séquence prototypique en trois phases : détresse – désespoir – détachement. Chacune évolue approximativement sur un mois : « ce syndrome du comportement dura approximativement trois mois en empirant graduellement » (1968). Le temps de la détresse est une phase d'angoisse, de recherche active d'un adulte par des

comportements d'accrochage : « l'enfant présente une attitude exigeante avec des tendances pleurnichantes. Il se cramponne à toute personne qui s'approche » (1948). Ces manifestations bruyantes sont en rupture avec le comportement antérieur qualifié de « heureux et extraverti » (1968) et s'associent à une avidité relationnelle. Pour l'observateur, les manifestations de colère et de désespoir sont en apparence disproportionnées aux circonstances. Mais ces mécanismes qualifiés de lutte s'épuisent. Une phase de désespoir-retrait advient : « l'enfant se met en retrait et manifeste de l'anxiété à l'approche des personnes adultes (...) il devient impossible de calmer les glapissements de l'enfant » (1948). L'auteur note un arrêt du développement, une régression des acquisitions motrices et intellectuelles, l'apparition de troubles fonctionnels divers tels que des insomnies et des dysfonctionnements somatiques intercurrents. Au cours du quatrième mois de séparation, la présentation clinique empire vers un état d'apathie et de refus de contact. Le bébé adopte « une espèce de rigidité glacée de l'expression » et du comportement : « ces enfants restaient étendus ou assis, ouvrant grands dans un visage immobile et glacé des yeux perdus dans le vague et dépourvus d'expression, comme hébétés, et apparemment sans voir ce qui se passait autour d'eux » (1968). Les pleurs cessent et sont « remplacés par des vagissements ». Les enfants refusent activement tout contact : « établir un contact avec les enfants qui avaient atteint ce stade devint de plus en plus difficile et finalement impossible. Au mieux, on réussissait à les faire crier » (1968). Le niveau de développement psychomoteur « commence à régresser en dessous du développement atteint avant la séparation ». Cette période est résumée par une « position pathognomonique » : « couché à plat ventre pendant la plus grande partie de la journée, il se désintéresse de son entourage et refuse de réagir à tout essai de prise de contact » (1948). Ces enfants « semblent être pris dans une espèce de stupeur qui rappelle une confusion mentale » (1948). Si la séparation se prolonge au-delà de cinq mois, les enfants s'aggravent plongeant dans un tableau d'*hospitalisme* au pronostic sévère : « le retard moteur devint pleinement évident et les enfants devenus complètement passifs restaient étendus sur le dos dans leur berceaux. Ils ne réussissaient pas à acquérir le contrôle moteur nécessaire pour se mettre sur le ventre et gisaient le visage vide d'expression, la coordination oculaire déficiente, l'expression souvent imbécile. Lorsque après un temps la motricité réapparaissait, elle se manifestait sous forme de *spasmus nutans* chez certains, de mouvements bizarres des doigts rappelant les mouvements athétosiques ou décérébrés chez d'autres » (1968). A cette présentation clinique s'associait une augmentation significative du taux de mortalité.

Ces descriptions spectaculaires reléguées par des films¹⁹ influencèrent la communauté scientifique. Elles furent approfondies par d'autres cliniciens. Bowlby et Robertson décrivent la même réaction infantile en trois temps suite à la perte d'un parent proche : la protestation - réponse active cherchant à rétablir la proximité - puis la tristesse-désespoir - marquée par le vécu d'impuissance et de perte d'intérêt pour l'environnement - et enfin un comportement marqué par un détachement apparent a. Ces descriptions attirèrent l'attention des cliniciens sur une symptomatologie réactionnelle à un évènement de vie manifestant douloureux pour le jeune enfant. Ces manifestations adaptatives se présentaient en rupture totale avec le développement habituel du jeune enfant. L'évolution en trois temps offrait une présentation dynamique de la clinique dépressive.

Ces descriptions nous révèle une représentation de la souffrance psychique du bébé porteuse de nombreuses émotions : détresse, angoisse, colère et protestations, désespoir, vécu d'impuissance, retrait et enfin détachement, confusion mentale. Elle est également comprise comme une symptomatologie réactionnelle à un évènement extérieur.

2.2.2.2. *La triade de Kreisler*

Kreisler s'intéressa aux phénomènes dépressifs chez le nouveau-né. Il définit la dépression du nourrisson comme « un désordre thymique d'évolution aiguë ou subaiguë, dont le déterminisme électif est une rupture prolongée du lien maternel et la composante mentale essentielle une atonie affective qui prive le bébé de ses appétences vitales » (1992). La symptomatologie est regroupée autour de l'absence patente de tonalité affective, présentation "en creux" d'un affect dépressif par des symptômes négatifs. Il compare cette clinique au tableau de *dépression essentielle*²⁰ décrit par P. Marty : « Le propre de la symptomatologie dépressive du jeune enfant est d'être négative. Elle présente en creux l'essence même des appétences vitales de l'enfant en bonne santé : l'appétit non seulement de se nourrir, mais à regarder, écouter, sentir, exercer son sensorium dans tous les domaines, se mouvoir,

¹⁹ Son premier film muet en noir et blanc paru en 1947, *Grief: A peril in Infancy*, il présentait le cas de Jane, une jeune enfant joyeuse et sociable qui en l'espace de quelques semaines, se dégrade de manière magistrale, devenant fuyante et distante.

²⁰ La dépression essentielle fut décrite initialement par P. Marty en 1968 chez des adultes, comme étant à l'origine de nombreuses désorganisations psychosomatiques : « Par le qualificatif *essentiel*, il veut indiquer l'absence d'expression mentalisée positive, à l'encontre des états dépressifs classiquement décrits où le sujet offre une riche symptomatologie mentale dans une tonalité affective de douleur, de tristesse, d'inquiétude, d'abattement, de culpabilité » (Kreisler, 1992)

connaître, fonctionner, progresser » (Kreisler, 1992). Il nomme ces tableaux *dépression froide* ou *dépression blanche du nourrisson*. La diversité des expressions est organisée autour d'un noyau de trois symptômes principaux : l'atonie thymique, l'inertie motrice, la pauvreté de la communication interactive. La vulnérabilité psychosomatique complète cette triade.

L'atonie, l'inertie et la pauvreté interactive constitue le trépied symptomatique. L'atonie affective se manifeste par « une indifférence molle, sans plaintes ni larmes ». L'inertie motrice est caractérisée par une mimique pauvre, des comportements monotones, englués, répétitifs qui contrastent avec « la flexibilité des conduites du bébé normal dans leur infinie variété mouvante ». Les rares activités ludiques sont dépourvues de dimensions imaginaire et fantasmatique, empreintes d'une « monotonie mécanique ». Une des caractéristiques de ce figement est qu'il « touche davantage le tronc et les racines des membres que les extrémités manuelles et digitales, relativement mobiles ». La pauvreté interactive inclut la rareté des prises d'initiatives et des réponses aux sollicitations, le bébé paraît indifférent. Le regard du nourrisson est particulièrement informateur par « la fixité impressionnante sans clignement des paupières, le détournement fuyant à l'approche ou à la prise dans les bras, l'expression perçante, glaçante, et l'instant d'après, le retour à la vacuité dépressive, étrange et inquiétante, la vigilance apparente qui contraste avec la lenteur gestuelle et corporelle ». Le parent découragé peut nourrir une spirale interactive dysfonctionnelle faite d'évitements interactifs. Enfin, ce tableau regroupe une vulnérabilité à des désorganisations psychosomatiques variables (infections de la sphère ORL banales mais répétées, troubles digestifs à type de diarrhées, voire des pathologies psychosomatiques sévères : asthme, spasme du sanglot, insomnie). A cette description sémiologique, l'auteur ajoute la disparition de l'angoisse de l'étranger ainsi que l'intérêt gardé pour des objets inanimés au détriment semble-t-il des personnes humaines. Ces deux derniers éléments ont selon l'auteur, une forte valeur diagnostique.

Cette présentation en creux combinant vigilance et lenteur de la symptomatologie dépressive du bébé sera reprise au sein du *syndrome d'hypervigilance* décrit par Marcelli (1999) au cours des discontinuités interactives parent-bébé. L'auteur décrit un bébé « sage et hyper-attentif ».

Cette description dessine une sémiologie de la souffrance psychique marquée par l'absence des "appétences vitales" habituelles d'un nouveau-né en pleine santé. Il n'exprime plus ses besoins instinctuels, ses désirs relationnels. Le désordre intéresse la sphère affective et se

répercute sur son comportement. Enfin, l'enfant est souffrant suite à une rupture du lien qui l'unissait à son environnement, situation relationnelle qui le précipite dans cette symptomatologie d'évolution aiguë.

2.2.2.3. *Le retrait*

Les descriptions de ses mécanismes pathologiques silencieux amenèrent certains cliniciens à s'intéresser plus spécifiquement au comportement de retrait relationnel. Ils semblaient regrouper différentes potentialités cliniques.

Fraiberg contribua à l'observation et la théorisation du retrait comme phénomène de défense pathologique. Elle travailla auprès de jeunes enfants et de leurs parents, adressés pour des troubles relationnels précoces. Dès 1972, elle formalisa en collaboration avec d'autres chercheurs dont Stern, un programme de recherche concernant les signes précoces de dysrégulation relationnelle au sein de ces dyades parent-enfants. Inspiré des travaux de Spitz, elle s'intéressa plus particulièrement à de jeunes nourrissons âgés entre trois et dix-huit mois, victimes de négligences, de mauvais traitements ou ayant des mères gravement dépressives ou schizophrènes. Elle délimita cette période de vie pour les caractéristiques suivantes : prédominance du développement sensori-moteur, absence de langage verbal et donc impossibilité d'avoir recours aux souvenirs. Cinq mécanismes précoces de défense furent ainsi décrits : l'évitement (*avoidance*), le gel (*freezing*), la lutte (*fighting*), la transformation de l'affect (*transformations of affect*) et l'inversion des attitudes (*reversal*). Le terme de *défense* est compris comme un "phénomène", un « comportement servant un but défensif à n'importe quel stade du développement. (...) A partir du moment où un enfant est capable de discerner un danger ou une atteinte touchant son fonctionnement, il peut réagir face à un danger par un comportement défensif » (1982). L'évitement peut être observé dès le troisième mois de vie. Il est sélectif et discriminatoire : le bébé peut n'éviter que sa mère : « le bébé évitait sa mère en inhibant tous les systèmes interactifs dont il disposait, inversant strictement les patterns relationnels normalement utilisés au cours de son développement » (regard, sourire, vocalises puis lorsque son développement moteur lui permet, les recherches de proximité et les demandes adressées de réconfort) (1982). Les réactions de gel observées dès les premiers mois, consistent en « une immobilisation complète, gel de la posture, de la motilité et des vocalises » mais également du regard. Ce mécanisme comme le précédent, est temporaire. Les phénomènes de lutte sont observés chez des enfants plus âgés - lorsque la motricité leur permet. Ils consistent en deux aspects *a priori* contradictoires : « petits monstres

la journée, et des enfants terrifiés la nuit, réveillés par des crises aiguës d'angoisse et incapables de se rendormir ou d'être réconfortés » (1982). Ils sont compris comme « une lutte contre le danger du désespoir et de la dissolution des ressentis face à un danger extrême ». Observé à partir de neuf mois de vie, le quatrième mécanisme défensif est nommé "transformation de l'affect". Il consiste à exprimer des émotions inverses à celles attendues pour la situation, comme rire quand l'angoisse et la tristesse envahissent l'enfant. Les traces d'angoisses sont alors imperceptibles. Enfin, l'inversion des attitudes consiste à retourner l'agressivité contre soi. Ce mécanisme apparaît dès la fin de la première année. L'explication de ce comportement reste floue pour l'auteure : à supposer que ces enfants appréhendent la réaction parentale face à leur élan de colère et qu'ils puissent inhiber leur comportement, comment expliquer qu'ils le retournent contre eux ? Fraiberg rapproche les trois premiers comportements défensifs - le retrait, le gel et la lutte - au modèle biologique de « la fuite ou la lutte » développé par Kaufman (1977).

En décrivant ces différents phénomènes défensifs, Fraiberg contribua à l'affinement de la clinique du nouveau-né et à sa meilleure compréhension. Travaillant sur les dysrégulations relationnelles mère-bébé, elle élargit considérablement le cadre des situations à risque de souffrance pour le jeune enfant : la présence physique d'un parent ne suffit pas au développement harmonieux de l'enfant, la relation doit être de qualité. La clinique dépressive est appréhendée dans une dynamique défensive où l'on retrouve les trois temps de la clinique décrites par Spitz et Bowlby, le retrait, le gel et les phénomènes de lutte.

De ces observations, naquit une réflexion particulière autour du dépistage. Les pédopsychiatres constataient une réelle « difficulté à se représenter la dépression précoce (ce qui) n'en facilite pas le diagnostic » (Guedeney, 1999). Un travail de formalisation des données cliniques vit le jour, soutenu par la dynamique de dépistage précoce. L'équipe d'A. Guedeney proposa d'introduire la notion de *retrait relationnel durable* (1999) prenant ainsi en considération le « continuum entre la réaction précoce de retrait et la dépression du bébé, la première étant la forme d'entrée dans la seconde ». Guedeney souligne la pluralité des circonstances étiologiques dégageant le diagnostic de dépression précoce des seules circonstances de carences relationnelles. La douleur, l'asthénie, des troubles sensoriels, le syndrome pré-autistique, l'anxiété, la dépression, le syndrome post-traumatique, les troubles de l'attachement, des troubles de la régulation peuvent également être à l'origine d'un retrait relationnel durable. La dépression est comprise comme « la réaction de protection de l'enfant pris dans un schéma relationnel pathogène spécifique ». Le retrait durable est un signe

clinique précoce aspécifique de défense devant être considéré comme « un des fils rouges de l'évaluation, puisque sa présence indique que les possibilités d'adaptation du bébé à la situation sont dépassées durablement ». L'équipe de Guedeney, en collaboration avec l'équipe de la PMI de l'Institut de Puériculture de Paris, développa l'échelle d'ADBB, Alarme détresse bébé (ou « Aider Bébé ») (Guedeney, 2001). L'objectif est de proposer un outil d'évaluation standardisé de la réaction durable de retrait chez les jeunes enfants âgés entre deux et vingt-quatre mois, lors de l'examen pédiatrique de routine. L'échelle comprend huit items respectant la chronologie de l'observation du professionnel : l'expression faciale, le contact visuel, le niveau général d'activité, les gestes d'autostimulations, les vocalisations, la vivacité de la réponse à la stimulation, la qualité de la relation à l'autre et l'attractivité – c'est-à-dire l'effort nécessaire pour rester en contact avec l'enfant (voire Annexe 2). Cette observation standardisée permet notamment de reproduire la démarche à quinze jours d'intervalle afin d'évaluer l'évolution du comportement. Une brève réaction de retrait relationnel peut être observée dans un contexte de régulation des interactions. Brazelton décrit les compétences du bébé et notamment ses facultés d'habituation : le retrait est décrit comme une « possibilité de diminuer son niveau de réactivité lorsque ces stimuli négatifs sont dispensés de façon répétitive » (2011). D'autre part, il est important d'explorer le maintien du retrait lors de diverses circonstances.

Cette échelle constitue selon nous, un exemple formalisé de définition clinique de la souffrance psychique du nourrisson pour les professionnels de périnatalité. Rappelant la diversité des situations étiologiques, le retrait relationnel est décrypté en plusieurs modalités expressives. Défini comme un des types de défenses mis en place face à un sentiment de danger, le retrait relationnel durable participe à la représentation de la souffrance psychique du bébé au sein du corpus pédopsychiatrique. Nous reprendrons cette échelle au sein de notre étude explorant les représentations des professionnels de périnatalité.

2.2.2.4. La nosographie

La dépression précoce sera individualisée pour la première fois en 1994 au sein de la classification diagnostique « Zero to Three ». Elle est introduite au sein de la catégorie des "Troubles de l'Affect". L'édition de 1998 décrit « une humeur déprimée ou irritable, avec un intérêt ou un plaisir réduit dans les activités appropriées par rapport au développement, capacité de protestation réduite, pleurnichements excessifs, et interactions et initiatives sociales réduites ». Une évolution sur deux semaines minimum est nécessaire pour envisager

le diagnostic, ainsi que la stabilité de la symptomatologie dans le temps et au sein de différents contextes relationnels (Guedeney, 2009). La CIM-10 (1993) et le DSM-V (2014) considèrent la dépression du bébé comme un trouble réactif et transitoire, au côté des troubles de l'ajustement et des troubles réactifs de l'attachement. C'est essentiellement sur le caractère congruent au développement ou pathologique que repose la différenciation entre les troubles émotionnels apparaissant spécifiquement dans l'enfance et les troubles qualifiés de névrotique. Enfin, la CFTMEA reconnaît une spécificité à la clinique périnatale depuis 2001 et propose un axe spécifique "axe I Bébé" pour les jeunes enfants âgés entre 0 et 3ans (Golse, 2002). La particularité de cette clinique est motivée par l'observation triptyque du bébé, de la nature des liens existant entre le bébé et ses personnes ressources et de son environnement relationnel. Le diagnostic de *dépression du bébé* reprend le noyau décrit par Kreisler : l'atonie psychique, le retrait interactif, le ralentissement psychomoteur, l'absence de structuration de l'angoisse de l'étranger et des troubles psychosomatiques d'appel ou d'épuisement. « L'organisation dépressive » est liée « à des situations de carence relationnelle quantitative ou qualitative ». Le codage peut être complété par l'axe II afin de spécifier l'environnement dans lequel évolue le bébé.

2.2.2.5. *Une conférence de consensus*

La question de la dépression précoce fut également traitée au sein d'une conférence de consensus remise à l'ANAES²¹, intitulée *Les troubles dépressifs chez l'enfant : reconnaître, soigner, prévenir, devenir* (1995). Cette conférence de consensus est issue d'un travail pluridisciplinaire²². Nous aborderons ici seulement les parties concernant le bébé. Les experts soulignèrent la spécificité de la présentation clinique insistant sur les variations cliniques et le contraste apparent entre une hypervigilance et une lenteur gestuelle et corporelle. Le trépied symptomatique présenté est celui de Kreisler : atonie thymique, inertie motrice et repli interactif : « Il s'agit d'un bébé sans pleurs ni larmes, avec une mimique pauvre, des conduites répétées et monotones, un affaiblissement des réponses aux sollicitations, une pauvreté interactive, une altération de la communication qui est amplifiée par le désarroi de l'entourage face à ce bébé qui ne répond pas ». A ces symptômes, s'ajoute une désorganisation

²¹ ANAES : Agence National d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

²² La conférence de consensus fut écrite par la Fédération Française de Psychiatrie, la Société Française de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent, l'Association des Psychiatres d'Intersecteur, la Société Française de Pédiatrie et fut soutenue par la MGEN.

psychosomatique « en rupture avec le développement antérieur du bébé : troubles des conduites alimentaires, arrêt de croissance, retard du développement psychomoteur, troubles du sommeil, troubles du transit ». Les facteurs étiologiques sont appréhendés prudemment : « cette dépression du nourrisson est attribuée le plus souvent à la rupture des liens d'attachement spécialement avec la mère à la suite d'expériences de séparation ou de perte. Cette situation peut se voir lorsque la mère, pour des raisons diverses, est rendue indisponible pour son bébé. Dans d'autres cas, des conditions somatiques semblent être au moins partiellement en cause, notamment la douleur physique, certaines infections, des troubles nutritionnels, des complications périnatales ». Ce texte a pour vocation d'informer et d'encadrer les pratiques professionnelles.

La clinique de la dépression précoce permet de dégager plusieurs composantes de la souffrance psychique du bébé. Le registre affectif de la souffrance est au premier plan : détresse, angoisse, protestation, retrait, vécu d'impuissance, détachement voire confusion mentale. Cet état d'affliction entrave les "appétences vitales" habituelles du nouveau-né : besoins instinctuels mais également relationnels. Si le désordre est d'origine thymique, le comportement de l'enfant est également touché : inertie motrice, désorganisation psychosomatique. Un autre élément de cette représentation est son caractère hautement défensif : cette clinique touchant les domaines affectif, comportement, somatique et relationnel est mise en place lors d'un sentiment de danger. Par ailleurs, son évolution est décrite comme aigue, réactionnelle à des situations relationnelles. Nous allons maintenant expliciter les situations à risque pour le bébé.

2.2.3. Etiologie

Les cliniciens s'intéressèrent aux contextes d'apparition des tableaux dépressifs. Les tableaux de Spitz se référaient à une rupture brutale et totale des liens entre la mère et son jeune nourrisson de six mois. Par la suite, de nombreuses contributions étoffèrent les situations pathogènes. Bowlby s'intéressa aux séparations précoces mère-bébé. Le regard du clinicien se déplaça des situations de carences quantitatives de soins vers le vécu infantile de perte définitive de sa figure d'attachement. Parallèlement, des travaux au sein d'institutions accueillant de jeunes enfants placés comme ceux de Aubry, Appel et David, mirent en lumière la dimension qualitative des carences : les soins prodigués aux enfants devaient être soutenus par une attention bienveillante particulière. Les travaux de David et Lamour développèrent d'autres situations propices à l'émergence de tableaux dépressifs : les discontinuités

relationnelles au sein des interactions entre un bébé et son parent schizophrène, carencé ou souffrant d'une dépression sévère. Enfin, le recoupement effectué par Guedeney au sein de son concept de retrait relationnel durable ouvre le champ aux affections somatiques et à d'autres troubles psychiques. Ainsi, au fil des explorations, la catégorie des carences de soins explosa laissant émerger en son sein de nouvelles notions : des carences qualitatives, le vécu subjectif de perte, les discontinuités relationnelles. Cet exposé enrichira notre appréhension de la souffrance dépressive en renseignant les différentes situations à risque pour le bébé. Il décomposera les facteurs étiologiques en reprenant la classification proposée par Ainsworth (1961) : carences quantitatives, carences qualitatives et discontinuités interactives.

2.2.3.1. Carences quantitatives

A la sortie de la seconde guerre mondiale, le regard des soignants se concentra sur les jeunes enfants accueillis en orphelinat, mais également sur les enfants hospitalisés au long cours. Des pédiatres et psychiatres tels Lowrey, Bakwin, Goldfarb et Winnicott, observèrent une surmortalité dans leur service malgré les conditions hygiéniques optimales. De plus, les jeunes enfants présentaient divers comportements atypiques : comportements hostiles et caractériels envers les adultes, retard développemental touchant les domaines de la motricité, du langage, arrêt de la croissance staturo-pondérale, troubles fonctionnels variés sans cause organique retrouvée. Ces cliniciens firent l'hypothèse d'une origine psychologique liée au manque d'un maternage chaleureux et quotidien. Ils insistèrent sur l'impact de l'absence de stimulations affectives, d'échanges réciproques entraînant un sentiment de rejet ou d'insécurité chez le jeune enfant. C'est dans ce contexte scientifique en pleine effervescence intellectuelle que les publications de Spitz parurent (Horst, 2008).

Les tableaux de dépression anaclitique et d'hospitalisme furent mis en relation directe avec la situation de carences quantitatives dans les soins nourriciers et maternants que subissaient ces jeunes enfants. Elevés auprès de leur mère pendant leurs six premiers mois de vie, ces derniers étaient soudainement séparés de ces dernières pour se retrouver dans des espaces aseptisés, recevant essentiellement des soins nourriciers fonctionnels : « priver des nourrissons de relations objectales pendant leur première année constitue un facteur nocif de premier ordre qui conduit à des troubles émotionnels graves. Les enfants dans ce cas présentent un tableau clinique frappant : ils donnent l'impression d'avoir été privés de quelque élément vital de survie » (Spitz, 1968). Sa conclusion est sans appel : l'absence de soins maternels équivaut à une « privation affective totale aussi dangereuse pour le nourrisson

que la privation alimentaire » (Spitz, 1948). La notion de dépression anaclitique est initialement liée à la situation relationnelle de carences quantitatives de soins faisant suite à l'absence physique de la personne proposant ses soins au nourrisson. Par ailleurs, ces descriptions mettent en lumière l'aspect affectif primordial des soins maternels, cette dimension sera progressivement développée par les différents cliniciens.

2.2.3.2. Carences qualitatives

Dans la continuité des écrits de Spitz, le regard clinique s'intéressa aux relations mère-bébé de manière plus fine. Winnicott (1958) décomposa les soins maternels²³ en trois composantes : le portage maternel, *holding*, les manipulations, *handling* et l'aspect de présentation d'objet, chacune illustrant une dimension particulière de l'étayage parental. Les interactions parent-enfant furent elles aussi décortiquées. Lamour, Lebovici (1989) décrivent trois niveaux d'interactions : comportemental, affectif et fantasmatique. Ces apports théoriques éclairant les conditions favorables au développement du jeune enfant, renseignaient en miroir les conditions d'émergence de pathologies chez le nouveau-né.

J. Aubry-Roudinesco, M. David et G. Appel travaillèrent auprès de jeunes enfants placés en institution. Elles mirent en lumière l'impact du fonctionnement institutionnel sur les jeunes enfants, au travers notamment de la qualité affective des soins prodigués. Bowlby croisant les découvertes éthologiques avec ses observations cliniques, mit en lumière l'importance majeure du besoin affectif chez le jeune enfant. L'absence de prise en considération de ce besoin entraîne un sentiment vif de perte chez le jeune enfant provoquant une réaction dépressive. Enfin, dans la continuité des travaux de Fraiberg, David, Lamour s'intéressèrent aux discontinuités relationnelles vécues par le jeune enfant au sein de relations chaotiques et décrivent une symptomatologie spécifique proche des tableaux dépressifs du bébé.

2.2.3.2.1. La prise en compte du contexte institutionnel

En France, trois cliniciennes, Aubry, Appel et David travaillèrent sur les effets de la séparation et des placements en institutions chez des tout-petits (Dugravier, 2007 ; Guedeney, 2006). J. Aubry-Roudinesco pédiatre s'intéressa au développement psychique du jeune enfant

²³ « Bien entendu, l'expression « soins maternels » recouvre ici l'ensemble des attitudes maternelles susceptibles non seulement d'assurer la satisfaction des besoins physiologiques mais aussi d'apporter détente, sécurité et bien-être à l'enfant » (Mazet, 1993).

dès 1948, sous l'impulsion de A. Freud. Au début des années 1950, elle fut nommée à la direction de la Fondation Parent de Rosan, « lieu de dépôt » qui accueillait 60 enfants âgés de 0 à 3 ans séparés de leur famille suite à des difficultés socio-économiques ou de mauvais traitements. Avec M. Geber, M. David et G. Appel, elle travailla en collaboration avec l'équipe de J. Bowlby. Elles décrivent des états cliniques désastreux : « les regards sont vides, aveugles. Les plus jeunes restent couchés ; parfois, ils sont attachés (...) Les enfants, une fois levés, déambulent sans but, gauches, atones, plutôt silencieux. D'autres fuient discrètement le contact. D'autres, enfin, demeurent inertes ou absorbés dans des balancements sans fin. Au fil de la journée, ils passent sans cesse d'une pièce à l'autre, pour être lavés, nourris pour jouer. Ils sont peu stimulés (...) le personnel paraît négligent voire maltraitant » (Dugravier, 2007). Tests de développement et films à l'appui, elles montrèrent que ces troubles ne sont pas « des troubles réactionnels cédant aux bons soins, mais des troubles structurés nécessitant un traitement pour permettre une amélioration ». Leurs conclusions concernant l'impact néfaste de l'institution furent alarmantes. M. David et G. Appel travaillèrent par la suite à la pouponnière Amyot, « lieu conçu avec le souci de bien faire, comme un lieu de stage pilote ». Les enfants accueillis sont placés dès la naissance pour trois mois suite à la maladie tuberculeuse de leurs parents. Elles mirent en place avec le soutien de Bowlby et de l'OMS une recherche clinique fondamentale sur « les effets immédiats et lointains d'une séparation à la naissance pour une durée de trois mois ». « Dès le groupe pilote, l'étude des soins dans ce lieu si différent de Parent de Rosan montre que les mêmes facteurs de carence affective sont à l'œuvre ». Elles dégagèrent alors plusieurs facteurs explicatifs : l'instabilité du personnel auprès d'un enfant donné et la pauvreté des stimulations en dehors des soins. Ces conditions entraînent l'extinction des comportements spontanés des enfants (sourires, gazouillis, bras tendus). S'engage alors toute une réflexion²⁴ sur les motivations sous-jacentes aux soins institutionnalisés, dépersonnalisés et routiniers, comme « réponse inconsciente aux besoins des soignants pour se protéger de leurs émotions ». Les travaux de Pikler au sein de l'Institut Lóczy influencèrent leurs réflexions : ils proposaient comme ligne directrice la prise de conscience par l'enfant lui-même de son environnement. G. Appel et M. David diffusèrent ce travail en France en publiant l'ouvrage *Lóczy ou le maternage insolite* (1973). Leurs travaux connurent le même accueil que ceux de Spitz et ceux de Bowlby, scepticismes et résistances de la part des professionnels et des politiques. En

²⁴ Elles synthétisèrent leur travail au sein de l'ouvrage *La carence de soins maternels* (1955)

déplaçant l'étiologie des carences quantitatives de soins maternels vers des carences de soins affectifs, elles remettaient en cause l'organisation de soins pensés autour des nourrissons.

2.2.3.2.2. Le vécu subjectif du bébé

Bowlby marqua un tournant dans la compréhension des troubles psychiatriques du jeune enfant et notamment des tableaux dépressifs infantiles. En décortiquant les situations pathogènes, la variabilité des tableaux et des réponses des jeunes enfants face à une même circonstance de séparation, il souligna l'importance du vécu subjectif chez l'enfant. La perte ressentie semblait dominée par un vécu de déprivation affective intense, premier déclencheur d'un tableau dépressif.

Les premiers travaux de J. Bowlby au côté de Winnicott, concernèrent des adolescents délinquants²⁵ (1944). Cette clinique marquée par la forte fréquence des pertes affectives influença fortement son approche théorique des tableaux de dépression précoce. La perte affective d'un proche pouvait avoir un aspect potentiellement traumatogène. Parallèlement, Bowlby s'intéressa aux travaux éthologiques concernant des situations de privation de soins maternels chez les jeunes singes (Harlow). Les conséquences étaient troublantes de part leur similitudes avec les conclusions de Spitz. Il en tira d'importantes conclusions et développa la théorie de l'attachement (1969). La conception d'*attachement* rend compte des comportements de rapprochement et de recherche de proximité avec un adulte observés chez les très jeunes enfants. Ces attitudes lui apparurent spécifiques, systématiques et de nature innée (Atger, 2006 ; Guedeney, 2009). Ce développement théorique s'inscrit dans une lignée contestataire portée notamment par H. Hermann et M. Balint défendant la reconnaissance d'un besoin primaire d'attachement. Ces conceptualisations allaient alors à l'encontre du courant de pensée dominant psychanalytique au sein duquel primait la théorie de l'étayage. De nature polysémique, le terme *attachement* évoluera au cours du temps : « être attaché à quelqu'un signifie qu'en cas de détresse ou d'alarme, on recherche la proximité et la sécurité qu'elle apporte, de la figure spécifique à laquelle on est attaché » (Guedeney, 2007). Les comportements d'attachement sont multiples. Bowlby (1969) les regroupe au sein de trois catégories : ceux aversifs (les pleurs et les cris), ceux de nature à signaler (le babillage, le

²⁵ Il publia son étude *44 jeunes voleurs, leur personnalité et leur vie de famille* (1944). Dans ce travail, il souligne l'influence de la perte d'une personne importante et ses conséquences sur le développement psychologique, les « personnalités dépourvues de tendresse » chez ces jeunes ayant perdu leur mère. Il introduit notamment la notion d'*exclusion défensive des affects*.

sourire) et enfin les comportements dits actifs ; bien qu'immatures à la naissance, ils permettent l'orientation des comportements vers les humains (agrippement, tendre les bras, succion).

Le terme de carence de soins qui expliquait initialement la notion de dépression n'est plus suffisante : c'est « l'insuffisance d'interaction entre l'enfant et une figure maternelle » qui provoque en cascade un vécu infantile de perte puis un tableau de dépression précoce. Le vécu infantile sera alors au centre des observations et des théorisations. La terminologie se modifie, le terme usité désigne les *carences maternelles* au détriment de la notion de *dépression précoce*. Reprenant les données de la littérature, Ainsworth (1961) souligna²⁶. Elle souligna l'importance pronostique de trois paramètres : l'histoire antérieure du bébé comprenant les prédispositions génétiques et « les conditions du milieu », l'importance de la frustration caractérisée par la durée de l'expérience, l'absence lors de la séparation d'un substitut adéquat et l'âge du nourrisson, et enfin les expériences faisant suite aux carences notamment la stabilité de la relation retrouvée et les capacités propres du jeune enfant. En effet, un fréquent "enchaînement en spirale" des difficultés relationnelles est décrit : « les processus déclenchés par la carence font que l'enfant a de la peine à répondre d'une manière satisfaisante aux sollicitations ultérieures d'une figure maternelle ».

La demande par l'OMS d'une deuxième synthèse de la littérature scientifique concernant les carences de soins maternels renseigne nous semble-t-il de l'importance de la question à cette époque. Les carences de soins maternels et le vécu dépressif du jeune enfant sont devenus un enjeu de santé publique. Cette effervescence se retrouve du côté des chercheurs qui tentèrent par des observations systématisées d'appréhender au plus près la clinique du nouveau-né.

La notion de dépression du bébé se complexifia : c'est la privation précoce d'un lien affectif stable qui déclenche le processus morbide. L'impact développemental dépend de l'histoire de l'enfant, de ses compétences et des expériences ultérieures. De la notion de carence quantitative de soins, le regard se déplace vers le vécu infantile de perte affective en lien étroit à la qualité de l'attachement préexistant. La clinique du bébé prend en considération le besoin relationnel vital du bébé au même titre que ses besoins instinctuels. Les circonstances entraînant une privation de ce besoin peuvent précipiter l'enfant dans un marasme affectif

²⁶ Le travail de Mary Ainsworth (1961) répond à une demande du comité scientifique de l'OMS concernant les situations de carences de soins maternels. Il s'inscrit dans la continuité du travail princeps de Spitz (1952), également commandité par l'OMS.

dépressif. La dépression infantile devient une « pathologie aigüe du lien d'attachement en cours d'établissement » (Guedeney, 1999).

2.2.3.3. La dépression précoce une réaction face aux discontinuités interactives

Dans la continuité des travaux de Bowlby, Appel et David, les observations cliniques s'intéressèrent plus particulièrement à la dynamique des interactions. En introduisant la dynamique affective au sein des relations parent-bébé et le besoin d'attachement de ce dernier, les théoriciens affinèrent leurs observations des dysrégulations relationnelles. Appel et David formalisèrent les spécificités relationnelles de chaque dyade. Le concept de *pattern d'interaction* rend compte de l'organisation cohérente et spécifique des « attitudes fondamentales qui s'expriment à travers toutes les interactions » d'une dyade. Ce pattern est « formateur de la personnalité de l'enfant ». Les travaux de Lebovici poursuivirent ces observations en montrant que les interactions parents-bébé sont influencées tant par les attitudes maternelles et son fonctionnement mental que par les caractéristiques propres de l'enfant (Lebovici, 2009).

Le champ des discontinuités interactives regroupent différents patterns interactifs potentiellement pathogènes : famille carencée, mère schizophrène, mère souffrante de dépression sévère, mère borderline. La figure d'attachement du jeune enfant est présente physiquement mais psychiquement absente une partie du temps, le jeune enfant se sent alors subitement lâché. La notion de *discontinuités interactives* caractérise des relations au sein desquelles coexistent des mouvements d'engagement relationnel fécond et des périodes de vide interactif. Leur impact semble lié à l'imprévisibilité des interactions pour l'enfant (David). Les études sont nombreuses. Nous n'aborderons ici que quelques conclusions soulignant les spécificités de chaque situation pathogène.

Concernant les familles carencées, Lamour, proche collaboratrice de David, décrit la constitution progressive d'une « sous-alimentation narcissique primaire du nourrisson en rapport avec l'ignorance par ses parents, de ses manifestations spontanées, auxquelles ne sont apportées ni regard, ni sens, ni réponse, en même temps qu'il est à certains moments inondé par des stimulations résultant des projections parentales, qui sont inintégrables dans la mesure où elles se produisent au hasard des pulsions de ses parents, sans rythme ni rapport avec ses besoins » (1998). Les relations au sein de ces familles sont marquées par une grande

proximité physique contrastant avec des périodes d'abandon macroscopique et microscopique au sein même des interactions.

Un travail similaire auprès des mères psychotiques et de leur jeune enfant rapporta des relations dominées par du chaos, « avec des rapprochés intenses et dévorants, suivis de longs moments de mise à distance et d'abandon ». La relation entre la mère et le bébé tend à s'inverser ; « les nourrissons sont d'une extrême vigilance tentant ainsi de répondre à l'incohérence maternelle » (Soulé, 2004).

Les dépressions maternelles et leur impact sur le développement infantile précoce tiennent une place centrale au sein des travaux contemporains. L'émoussement affectif et la lenteur cognitive de la mère affectent la dimension interactive des échanges, entraînant une réduction de la communication corporelle, verbale et ludique. Ces dysfonctionnements interactifs entraînent une diminution des modulations transmodales dynamiques (Guedeney, 1999). La mère est moins réceptive aux signaux d'appétence relationnelle de son jeune enfant. Des interprétations théoriques tentèrent d'explicitier les soubassements. A. Green travailla autour de ce qu'il nomma le *complexe de la mère morte* (1980) : le tragique de la situation pour le bébé tiendrait à la perte d'amour donné par l'objet ainsi qu'à la perte de sens : « La "mère morte" (psychiquement) met en scène un objet présent mais absorbé par le deuil » (Ciccone, 2007). Le setting expérimental du *Still-Face* (Main et Tronick, 1978) connu un vif intérêt. Le comportement de l'enfant après une rapide période pendant laquelle il sollicite activement sa mère, se modifie : son visage devient grave, son regard se détourne, il s'agite fébrilement, suce ses doigts, balance sa tête, et accentue son retrait de la relation. Les trois temps décrits par Spitz puis par Bowlby furent ainsi expérimentalement reproduits, laissant supposer que l'on avait reproduit l'entrée dans un syndrome dépressif du nouveau-né.

Enfin, de récents travaux se sont intéressés aux discontinuités au sein des relations entre des mères borderline et leur enfant. Là encore, le style interactif est chaotique : les interactions peuvent être vivantes, chaleureuses et dynamiques puis brutalement coupées, la mère s'absente alors psychiquement happée par sa problématique interne marquée par une dépressivité voire par des éléments persécutifs subdélirants. L'environnement interactif proposé à l'enfant est ainsi peu sécurisant (Lenestour, 2007).

Ces nouvelles orientations cliniques modifièrent la compréhension étiopathogénique de la dépression du nouveau-né. Les perspectives contemporaines interactionniste et développementale envisagent la dépression précoce comme résultante des

dysfonctionnements interactifs précoces : « dans ces familles, la souffrance psychique du bébé est le plus souvent l'expression d'une souffrance relationnelle » (Lamour, 1998).

Ce développement souligne la forte intrication des notions de dépression infantile et de situations carencielles. L'idée de carence fut modelée au gré des observations cliniques. Initialement, on envisageât les soins maternels dans une optique quantitative (présence versus absence de soins). Puis la dépression du nouveau-né résulta d'une « relation soudainement vidée de sa plénitude affective, dans le cours de la vie d'un enfant jusque-là souvent sans histoire » (Kreislner, 1992). Enfin, l'observation décrypta la notion même de plénitude affective, ses aléas microscopiques de rupture et d'imprévisibilité ; les discontinuités interactives virent le jour. Cependant, une constance demeure : la dépression infantile est appréhendée par le prisme de la perte. La souffrance dépressive est une souffrance relationnelle.

Nous allons maintenant développer les principaux mécanismes psychopathologiques développés pour appréhender la dépression précoce.

2.2.4. Psychopathologie

Si les descriptions cliniques se présentent avec une certaine homogénéité (clinique silencieuse évoluant en trois temps, détresse-désespoir-détachement), les lectures psychopathologiques diffèrent. Décrite et conceptualisée initialement chez l'adulte, la dépression est présentée comme une organisation issue d'un travail psychique (Freud, 1915). Spitz présentait ces tableaux cliniques dans cette tradition, comme une carence d'étayage. Le psychisme du nouveau-né étant considéré comme immature, la complexité du travail psychique dépressif remet en cause la dénomination de dépression précoce. De plus, la mise en évidence d'un besoin relationnel fondamental nourrira les conceptualisations psychopathologiques. Les tableaux dépressifs du bébé seront pensés comme des réactions biologiques innées : « cette conception de l'affect se rapproche des conceptions de Darwin : l'émotion est comprise comme un résidu d'un comportement ayant une finalité adaptative chez les animaux » (Mazet, 1993). Nous avons regroupés les principales conceptualisations au sein de trois paragraphes : la dépression comme phénomène biologique, puis comme résultant d'une désintrication pulsionnelle et enfin, comme organisation psychique élaborée.

2.2.4.1. *La dépression, une réaction biologique*

« La dépression anaclitique ne peut-elle pas être considérée comme une réponse innée à une situation catastrophique qui vient désorganiser l'ensemble des schèmes d'activités et d'échanges qui se développent normalement à partir des interactions précoces entre la mère et l'enfant ? » (Mazet, 1993). Dans la continuité des observations de Fraiberg, trois positions éclairent le processus dépressif comme étant une réaction instinctuelle.

2.2.4.1.1. *La dépression, un mécanisme physiologique de conservation*

L'observation d'un tableau de retard développement global chez une jeune enfant âgée de 15 mois hospitalisée pour une atrésie œsophagienne donna à réfléchir à Engel (1962). L'atypicité de ce retard développemental tenait à l'importance du retrait dans le sommeil de cette jeune enfant. Les travaux éthologiques de l'époque (Darwin, Kaufman, Harlow) influencèrent Engel et Schmale. Ce phénomène dépressif pouvait être compris comme une réaction défensive de base. En effet, ils décrivent deux réactions défensives basales : une réaction active de recherche et de lutte (*flight-fight*) et une réaction passive (*conservation-withdrawal*) (1972). Ces deux réponses à un danger étaient comparables aux observations chez l'animal, mécanismes biologiques régulateurs de l'homéostasie de l'organisme, héritage phylogénétique et ontogénétique : « processus physiologique et biochimique, incluant des manifestations comportementales » (Guedeney, 1999). Le mécanisme de conservation-retrait s'instaure suite à une faillite du mécanisme de lutte, afin de protéger l'individu. Trois comportements lui sont associés : une immobilité relative, une attitude calme et une absence de réponse aux stimulations environnementales. Les situations favorisant ce phénomène défensif sont de deux types : soit les stimulations externes s'avèrent excessives débordant les capacités adaptatives du bébé, soit elles sont inadaptées à ses besoins.

Les auteurs souligneront l'association au phénomène biologique de conservation-retrait, d'une réaction psychologique de *dépression-retrait*. En effet au processus physiologique comportemental s'ajoutent des manifestations psychologiques d'abandon et de désespoir (*giving-up*). Un dernier élément est précisé concernant l'activation du pattern comportemental de retrait : la nécessaire inscription cognitive au préalable de la mère comme source potentielle de menace : « il existe un élément d'attente, d'anticipation d'un danger dans le retrait, et puisque l'anticipation est basée sur l'expérience mémorisée, il ne peut plus être compris comme une réaction instinctive isolée (...) c'est d'une importance considérable de

penser que l'évitement au cours de la toute petite enfance peut également permettre de se retirer des affects douloureux » (Guedeney, 2001). Cette nuance souligne la fonction adaptative de la réponse dépressive.

Cette conception présente la dépression comme une réponse adaptative médiée par des mécanismes physiologiques hérités de la phylogénétique.

2.2.4.1.2. La dépression, une réponse psychobiologique fondamentale

Sandler et Joffe proposèrent le concept de *réaction dépressive* (1967) comme réaction possible à un vécu de perte. Ils conceptualisent le développement de l'individu et ses dynamiques de fonctionnement comme activement « rattachées au maintien d'états affectifs de bien être ». Ce qui crée la souffrance psychique est « l'état de décalage entre un état existant du monde représentationnel et l'état souhaité nommé état idéal ». Cet état idéal de bien-être fondamentalement affectif est directement lié aux « sentiments de sécurité et de sauvegarde ». Face à une situation déstabilisant le sentiment de bien-être, le Moi peut réagir de différentes manières : l'individuation, la protestation ou la réaction dépressive. L'individuation représente une élaboration psychique analogue au deuil permettant le renoncement des idéaux perdus et le remplacement par de nouveaux idéaux syntones au Moi et à la réalité. Une seconde réponse est la protestation, « se battre plutôt que fuir ». Une réaction dépressive signe « la capitulation devant la douleur (...) l'inhibition globale des pulsions et fonctions du Moi », et ce dès le plus jeune âge. Cette réponse affective doit être comprise comme « un état psychophysiologique primaire (...) d'impuissance, de désespoir et de résignation en face de la souffrance mentale ». Ainsi si l'expérience de perte est centrale dans le déclenchement de la réponse dépressive, c'est le vécu douloureux de décalage entre l'expérience réelle de perte et le vécu subjectif de cette perte qui précipite la réaction dépressive : « Notre concept central n'est pas le facteur de perte de l'objet en tant que tel mais plutôt un état subjectif de souffrance et sa réponse dépressive (...) si la présence de l'objet est une condition à l'état de bien-être, l'objet perdu signifie la perte d'un aspect du soi ». Le vécu de perte d'un objet vient se confondre avec le vécu d'une perte d'une partie de soi qu'était le sentiment de bien-être procuré par cet objet et crée une souffrance mentale.

Cette conception élabore la réaction dépressive comme une réaction primaire de capitulation face à un sentiment d'incapacité à retrouver un état antérieur de bien-être affectif.

2.2.4.1.3. Le retrait relationnel durable, un comportement défensif biologique

Le terme de *retrait relationnel durable* se situe sur le plan théorique dans la continuité des réflexions de Sandler, Joffe, Engel et Schmale : « il ne s'agit pas, au sens propre, d'un mécanisme de défense issu du moi, mais de comportements défensifs mis en jeu précocement, sur la base d'un répertoire biologique, face à des circonstances exceptionnelles ». Si le retrait relationnel bref tient un rôle important de régulateur au sein des l'interaction parents-bébé, sa durabilité signe un processus pathologique. Guedeney articule la conception de réponse innée dépressive au paradigme de l'*impuissance apprise* (Seligman, 1975) : ce modèle « assigne aux processus cognitifs de la perte d'espoir un rôle central dans l'étiologie des états dépressifs » (1999).

Ces trois développements présentent chacun avec des particularités la dépression comme une réponse adaptative biologique à une situation vécue comme menaçante.

2.2.4.2. *La dépression anaclitique, une désintrinsication pulsionnelle*

Spitz justifia l'emploi du terme *dépression anaclitique* par sa racine grecque *anaclinein* : "s'appuyer sur". Il ancre ainsi son propos dans le champ de la psychopathologie freudienne : « le choix anaclitique de l'objet est déterminé par la dépendance du nourrisson vis-à-vis de la personne qui le nourrit, le protège et le dorlote. Freud déclare qu'au début, la pulsion se déploie anaclitiquement, c'est-à-dire en s'appuyant sur une satisfaction du besoin essentielle à sa survie » (Spitz, 1968). La compréhension psychanalytique de la dépression naît des réflexions de K. Abraham²⁷ sur la situation de deuil et de l'éclairage de la mélancolie par le processus psychique de deuil par S. Freud²⁸. La mélancolie est décrite comme « une dépression profondément douloureuse, une suspension de l'intérêt pour le monde extérieur, la perte de la capacité d'aimer, l'inhibition de toute activité et la diminution du sentiment d'estime de soi ». C'est ce dernier point, souligne Freud, qui différencie la mélancolie du deuil : « l'aversion morale du malade à l'égard de son propre moi ». Si le travail psychique de deuil consiste à retirer toute la libido des liens qui la retiennent à l'objet aimé perdu pour investir un nouvel objet, cette étape est profondément bouleversée dans le tableau de mélancolie : la libido ainsi libérée se retire dans le moi du sujet établissant alors « une

²⁷ *Contribution à la psychogenèse de la mélancolie*, 1912

²⁸ Le texte *Deuil et mélancolie* fut rédigé en 1915

identification du moi avec l'objet abandonné ». Cette identification apparaît possible pour Freud seulement si « le choix de l'objet procède d'un choix narcissique ». Le processus mélancolique est ainsi résumé par Freud : « l'ombre de l'objet tomba ainsi sur le moi qui put alors être jugé par une instance particulière comme un objet, comme un objet abandonné ». Cette lecture éclaire par contiguïté la dépression : le mécanisme dépressif procède d'une entrave au double travail de détachement et de déplacement du deuil : « Les choses semblent s'arrêter à mi-chemin. On a le sentiment que le processus se répète pendant tout l'épisode dépressif et qu'il ne parvient pas à son terme : l'objet est encore recherché » (Roussillon, 2007). La dépression procède d'une blessure narcissique selon Freud. Les descriptions de dépressions précoces virent questionner l'existence d'une narcissique chez le nouveau-né. Spitz proposa une lecture psychopathologique de la dépression anaclitique basée sur la théorie de l'étayage pulsionnel. Postulant l'existence d'une vie psychique initiale d'emblée conflictuelle, la théorie de l'étayage pulsionnel souligne l'importante dépendance du jeune enfant à son objet d'étayage, sa mère. Cette dernière soutient son enfant dans sa construction psychique au sein d'une relation anaclitique, relation qui permet au jeune enfant de se dégager de ses mouvements pulsionnels agressifs : « la relation de l'enfant avec son objet d'amour lui permet de trouver dans les activités provoquées par l'objet une issue à sa pulsion agressive » (1948). Les tableaux dépressifs sont compris comme le résultat d'une désintrinsication des pulsions libidinales et agressives, un retour contre soi de ces dernières, à défaut d'objet libidinal à investir : « Privés de la possibilité de former des relations objectales, (les enfants) n'ont pas été en mesure de diriger la pulsion libidinale et la pulsion agressive sur le même objet unique – condition indispensable pour réussir l'intrinsication des deux pulsions » (1968). La dépression anaclitique signe pour Spitz une désintrinsication pulsionnelle primaire chez le nouveau-né. Ce dernier se désorganise progressivement dans un état de marasme affectif.

Cette compréhension situe la dépression dans un autre champ que celle de la réponse biologique adaptative, et la présente comme un état dépassé de souffrance. Le nouveau-né est assailli par ses pulsions agressives.

2.2.4.2.1. La dépression blanche, une désorganisation psychosomatique

Kreisler situe la clinique dépressive du jeune enfant dans le champ de la psychosomatique : « Le propre de la pathologie psychosomatique est d'engager la réflexion et la pratique thérapeutique sur les manques, les défaillances, les vides de la pensée affective et, quand il s'agit d'un bébé, sur les modalités interactives génératrices de trous relationnels ou de

distorsions introduisant des failles objectales » (Kreislner, 1992). La dépression est ici entendue comme une atonie dépressive, un « abaissement du tonus libidinal, abaissement des tonus des instincts de vie, (...) comme une disparition de la libido tant narcissique qu'objectale » (Kreislner, 1992). Cette atonie affective est comprise comme la manifestation clinique de l'existence des instincts-pulsions de mort. Il n'est donc plus question de désintrinsication pulsionnelle mais de manifestations cliniques de l'instinct de mort.

Ces deux conceptualisations présentent la dépression comme une défaillance psychique du traitement des instincts de mort ou pulsions fondamentales agressives de la vie psychique du tout jeune enfant.

2.2.4.3. *La dépression, une réaction élaborée*

P. Denis (1987) est le principal représentant de cette position théorique. La dépression précoce peut être comprise comme une organisation psychique élaborée.

Au début de sa vie, le nourrisson ne se perçoit pas comme un être autonome, il ne possède pas d'objet interne permanent : « l'objet est investi avant d'être perçu » (Lebovici, 1954). Cette formule rappelle le caractère anaclitique de la relation existante entre la mère et son jeune enfant, relation également qualifiée de narcissique. La situation de carence plonge ainsi le très jeune enfant dans une situation de crainte de désorganisation de son Moi naissant. Un mouvement dépressif se met alors en place consistant en l'élaboration d'un nouvel objet, l'*objet dépressif* comme substitut de cet objet perdu. S'organise alors une nouvelle relation d'attente, contre-investissement de la perte, permettant une dénégation de cette nouvelle situation. Tout processus de désengagement permettant un deuil et ainsi un nouvel investissement est donc profondément entravé. L'auteur souligne « l'investissement considérable et continu de la représentation de la mère absente, soutenue par le déroulement du scénario désiré, investissement dont le maintien exclusif et constant empêche tout autre investissement et transforme de fait une économie objectale en économie narcissique ». Il se rapproche alors de la position freudienne. Selon cet auteur, la dépression ne peut être comprise comme une réaction adaptative puisque le jeune enfant refuse activement sa mère à son retour. La tendance à pérenniser cet état ainsi que l'absence de satisfaction nouvelle signent une organisation psychique particulière. La douleur psychique naît d'un hyperinvestissement libidinal de l'objet perdu, fétichisé, qui vide en partie le Moi du jeune enfant.

La dépression infantile est ici envisagée comme une réponse élaborée pour faire face à la situation désorganisée de carence de soins. Une telle représentation présente un bébé capable d'élaborer des stratégies défensives face à une absence d'étayage.

2.2.4.4. La dépression, un processus en deux temps

Les conceptualisations de Klein présentant différentes phases au sein du développement psychique précoce du bébé permettaient de complexifier l'approche psychopathologique de la dépression. Les changements opérés lors de l'assomption de la position dépressive, les descriptions de Spitz d'organismes psychiques (sourire réponse et angoisse de l'étranger), le développement progressif d'un lien d'attachement spécifique obligèrent les cliniciens à prendre en considération la configuration intrapsychique du bébé lors d'une situation de perte : « En franchissant cette étape (accès à la position dépressive), le moi atteint une nouvelle position, qui donne son assise à la situation de perte de l'objet. En effet la perte de l'objet ne peut être ressentie comme une perte totale avant que celui-ci ne soit aimé comme un objet total » (Klein, 1976). Winnicott (1954) approfondit cette distinction en fonction du stade développemental. Le dépassement de la position schizoparanoïde permet au sujet face à une perte de s'appuyer sur ses bons souvenirs : « l'amour de la représentation interne d'un objet externe perdu peut diminuer la haine suscitée par cette perte (...) le deuil est vécu et élaboré, le chagrin peut être vécu comme tel ». Les phénomènes dépressifs appartiennent donc à l'époque antérieure à la position dépressive où la représentation de l'objet n'est pas encore unifiée. Kreisler (1992) reprend cette position et présente les phénomènes dépressifs primaires, chez les nouveau-nés de moins de six mois comme étant de l'ordre de la réponse dépressive.

Le champ de la dépression infantile s'organise ainsi différemment : phénomène dépressif biologique adaptatif lors du premier trimestre de vie et réaction élaborée lors de l'assomption de la position dépressive.

Les élaborations théoriques concernant l'approche psychodynamique de la dépression précoce révèlent une multiplicité des pensées : réaction innée adaptative, réponse élaborée, dépassement des capacités d'adaptation. Elles viennent également questionner la place du psychisme du nouveau-né, sa constitution et ses besoins primordiaux. La souffrance psychique est ici appréhendée dans une dimension relationnelle. Que l'on évoque une pathologie aigüe de l'attachement, une désintrication pulsionnelle par défaut d'étayage, une

réponse biologique phylogénétique à une perte ou une organisation élaborée pour dénier l'absence, le bébé est en situation de perte, de manque, de privation d'un besoin social, d'une personne, d'un parent indispensable à son développement.

2.2.5. Conclusion

La construction historique de la dépression précoce est fortement marquée par la question de la carence de soins maternels. Les recherches ont pris corps dans une conjoncture historique marquée par la seconde guerre mondiale et ses conséquences désastreuses, les visées hygiénistes d'alors et l'intérêt scientifique grandissant autour du très jeune enfant. La nécessité de prendre en compte le bébé et ses attentes relationnelles s'est progressivement imposée ouvrant le domaine des interactions parents-enfant à l'exploration théorico-clinique. La symptomatologie s'est affinée : la dépression du bébé replacée dans le cadre conceptuel des interactions est perçue comme une réaction secondaire à des dysfonctionnements relationnels d'ordre quantitatif ou qualitatif. La théorie bousculée par l'exploration clinique directe du bébé a proposé de nouveaux concepts dont celui d'attachement et de besoin social inné. Les compétences innées du bébé ont été soulignées. Les discussions concernant la compréhension de cette symptomatologie dépressive chez le jeune enfant furent vives. La réaction dépressive décrite chez le bébé fut envisagée comme une réaction adaptative biologique, l'expression de pulsions agressives à son endroit, ou le fruit d'une organisation élaborée. Ces conceptualisations éclairèrent en miroir les processus de construction du psychisme chez le jeune enfant.

La dépression du bébé peut être appréhendée comme une représentation de la souffrance psychique précoce. Au-delà des débats essentiellement théoriques, des caractéristiques furent énoncées : expression en creux de la souffrance, impact des dysfonctionnements interactionnels quantitatifs mais également qualitatifs et des discontinuités interactives. Le retrait relationnel durable en se dégageant des débats étiologiques, permit une approche clinique ouverte. L'échelle ADBB formalisée par Guedeney nous est apparue comme un outil de dépistage faisant référence au sein des équipes de périnatalité tant dans le domaine médical que médico-social (Guedeney, 2001). Elle fera partie du référentiel de notre étude des représentations sociales des professionnels.

Le lien ténu développé entre dépression infantile et carences de soin pose la question de la place de la maltraitance. Déjà Spitz ouvrait son travail sur des conclusions similaires: « Les

résultats de la séparation étaient funestes seulement lorsque préalablement les rapports entre mère et enfant étaient bons. Quand ses rapports étaient franchement mauvais, quand la mère détestait son enfant, le maltraitait, les résultats de la séparation étaient au contraire une amélioration du profil des quotients de développement » (1968). La maltraitance est devenue progressivement un enjeu de santé publique, présentée comme un « *intolérable* » au sein de nos sociétés contemporaines (Hacking, 2001). Historiquement, la notion de maltraitance infantile a émergée dans le domaine médical dans la continuité des mauvais traitements. Puis progressivement, le pouvoir politique s'y intéressera, proposant de nouvelles juridictions, des structures et instances médico-sociales diverses pour faire face à ce phénomène. Cette institutionnalisation politique légitima la maltraitance infantile. Les définitions sont multiples et polymorphes. L'OMS²⁹ « entend toutes les formes de mauvais traitements physiques et/ou affectifs, de sévices sexuels, de négligences ou de traitement négligent, ou d'exploitation commerciale ou autre, entraînant un préjudice réel ou potentiel pour la santé de l'enfant, sa survie, son développement ou sa dignité, dans le contexte d'une relation de responsabilité, de confiance ou de pouvoir » (1999). À la fois sociale et clinique, la maltraitance préoccupe les professionnels de soins de la petite enfance. Il nous semble qu'elle influence de manière non négligeable notre manière d'appréhender le bébé, ses difficultés développementales et les dysfonctionnements interactifs. La notion de souffrance psychique du bébé nous semble également modelée par cette notion complexe de maltraitance.

3. Conclusion

L'autisme précoce et la dépression infantile sont deux tableaux princeps de la psychiatrie périnatale. Dans la perspective psychodynamique développementale, ces tableaux éclairent une forme de souffrance psychique spécifique. L'autisme compris comme un trouble de l'intersubjectivité primaire, présente le très jeune enfant dans l'incapacité de rencontrer le monde extérieur par défaut d'identifications partagées. Il est isolé dans son monde intérieur, décrit par les théoriciens psychanalytiques comme terrifiant. De ces angoisses, naît une exigence d'immuabilité. La souffrance apparaît sur un versant affectif et cognitif. La dépression infantile s'est quant à elle construite au sein d'un axe interpersonnel : l'élément central de l'étiopathogénie est le vécu subjectif de perte de son parent lors de séparations mais

²⁹ Définition donnée en 1999 et reprise en 2002 au sein du Rapport mondial sur la violence et la santé. www.who.int/mediacentre/factsheets/fs150/fr/ (consulté le 25/06/2014).

également sur le plan microscopique, lorsque son parent s'absente psychiquement sans signal décelable pour l'enfant. Ces deux descriptions nous ont permis d'appréhender la dimension relationnelle de la souffrance psychique, mais également sur le plan clinique la finesse séméiologique comportementale : « Le corps est la voix d'expression privilégiée du bébé et de la pathologie précoce que ce soit dans la désorganisation somatique ou dans le registre des comportements tonicomoteurs » (Lamour, 1998). Les comportements de retrait sont présentés au sein de chaque entité comme un axe essentiel de la symptomatologie du tout petit : l'évitement relationnel chez le bébé à risque autistique et le retrait relationnel durable chez un bébé en souffrance dépressive. Carel tente d'affiner l'approche séméiologique de ces conduites de retrait au sein d'une approche dynamique. S'appuyant sur le ressenti du clinicien, il développe la distinction suivante : les signes de souffrance des bébés dépressifs semblent s'accroître quand l'attention du praticien se détourne de l'enfant alors qu'avec les bébés autistes ou pré-autistes, les signes de souffrance s'exagèrent au contraire quand on cherche à forcer la relation avec eux (2008). « Cette notation clinique fort précieuse laisse donc à penser que tout se passe comme si la problématique dépressive s'organisait autour de la crainte d'être lâché alors que la problématique autistique s'organiserait, elle, davantage autour de la crainte d'être pénétré sur un mode intrusif » (Golse, 2008a). Cette remarque introduit l'activité diagnostique dans une dynamique que l'on pourrait rapprocher des processus intersubjectifs : le clinicien est amené à "co-construire corporellement" son diagnostic. La souffrance psychique du bébé serait donc à comprendre dans une dimension relationnelle incluant le bébé, ses parents et le clinicien.

Nous avons souhaité illustrer au sein de cette partie la conception théorique pédopsychiatrique concernant la souffrance psychique du nourrisson en explicitant deux entités nosographiques : l'autisme précoce et la dépression du bébé qui structurent les préoccupations des pédopsychiatres. Les conceptualisations concernant l'expression d'une souffrance psychique chez le nourrisson font état d'une séméiologie plurielle de la clinique du bébé. Dans un premier temps, la présentation d'une souffrance maturative exposa une vision à la fois développementale et inscrite dans une continuité allant du normal au pathologique. Elle souligna également la place de l'attente trompée, déçue au cœur du phénomène de souffrance. Face à une souffrance maturative, la question du diagnostic différentiel se pose avec des troubles réactionnels à une situation traumatogène. Les cliniciens insistent sur la durée du processus de retrait notamment comme facteur discriminatif. La démarche diagnostique s'oriente vers des troubles de l'organisation de la personnalité du jeune enfant qui affectent la

construction des processus de pensée. Nous n'avons pas souhaité énumérer l'ensemble de la sémiologie du nourrisson. En inscrivant ce travail autour de la question des représentations de la souffrance psychique, nous n'avons pas abordé les questions de démarches diagnostiques ou thérapeutiques. La conception théorique pédopsychiatrique de la souffrance du bébé se révèle plurielle. A travers l'autisme, la souffrance psychique se présente sous forme d'angoisses massives, primaires et archaïques. L'évitement relationnel se met en place, forteresse contre un monde extérieur avec lequel le jeune enfant ne sait comment dialoguer, suite à un trouble précoce de l'intersubjectivité primaire. Ces troubles cognitifs plongent le nouveau-né dans un état d'attente, souffrance d'un processus subjectivant entravé. La dépression précoce éclaire la dimension relationnelle et adaptative, une symptomatologie en creux par défaut des "instincts de vie" qui la rend difficile à appréhender. La place du corps de jeune enfant est centrale avec des comportements de retrait mais également une symptomatologie somatique fonctionnelle. Le bébé est un être social, sa souffrance s'imprime au sein de ses relations sociales, modelant des dysfonctionnements interactifs. Enfin, le contexte environnemental et notamment familial joue en retour une place primordiale au sein du développement. Toute perturbation parentale dérégule les échanges interactifs parents-bébé à la base de la naissance de sa subjectivité. La maltraitance dans la continuité des développements concernant la dépression, tient également une place au sein de la notion composite de souffrance psychique. Le modèle polyfactoriel explicité par les théorisations pédopsychiatriques souligne l'importance de la pluralité des regards professionnels, ce qui ouvre naturellement vers des prises en charges institutionnelles pluridisciplinaires.

**Partie III - Etude des représentations des professionnels de
périnatalité**

1. Introduction

Notre étude est partie d'un double constat : d'une part une grande hétérogénéité des conceptions des besoins particuliers du bébé et des circonstances pouvant le fragiliser psychologiquement, d'autre part de la diversité des interprétations concernant la symptomatologie fonctionnelle du très jeune enfant.

Si les professionnels des soins psychiques sont *a priori* les mieux placés pour caractériser l'objet de notre étude - proposer des axes de compréhension et prendre en charge les jeunes enfants en souffrance psychique - ils travaillent au sein de dispositifs de soins pluridisciplinaires : le champ sanitaire de la périnatalité. Ainsi les soins psychiques ne peuvent être pensés en dehors de ce cadre nécessaire pour le dépistage de troubles et l'orientation des familles auprès des professionnels spécialistes mais également pour la richesse produite par la rencontre de différentes disciplines. Chaque professionnel de part sa pratique, son ancrage théorique et sa subjectivité, détient une représentation de ce qu'*est* la souffrance psychique du bébé. Ainsi, l'objectif de cette étude sera d'étudier les représentations professionnelles de la souffrance psychique du bébé dans le champ pluridisciplinaire de la périnatalité. Notre cadre méthodologique se réfère aux travaux de psychologie sociale concernant l'exploration des contenus représentationnels. Notre étude en interrogeant les représentations sociales des professionnels de périnatalité s'intéressera aux processus d'assimilation d'une théorie au sein des pratiques professionnelles.

Enfin, en considérant la souffrance psychique du bébé comme un des principaux motifs de soins psychiques en périnatalité, notre travail souhaite questionner les motifs d'intervention de la psychiatrie périnatale. Appréhender la diversité professionnelle de cette représentation permet de discuter de la place et des attentes des soins psychiques en périnatalité pour les différents professionnels.

2. Hypothèses de recherche

Nous nous proposons de réfléchir à ce que signifie la souffrance psychique du bébé pour les différents professionnels de périnatalité. Notre problématique peut être formulée de la manière suivante : au sein d'un milieu professionnel où se côtoient différentes missions et savoirs professionnels, quelles sont les représentations dominantes de la souffrance psychique du bébé ? Un savoir commun émerge-t-il ? Quelles sont les divergences de conception ?

Nous avons formulé deux hypothèses de travail.

Notre première hypothèse est que les représentations de ce concept sont influencées par le champ d'action respectif des professionnels (formation et pratique) et leur milieu professionnel.

La seconde hypothèse est que les contenus des représentations sont fortement imprégnés de connaissances psychologiques, notamment concernant le domaine des interactions parents-bébé.

L'objectif général de ce travail est d'explorer la structure et le contenu représentationnel actuel de la souffrance psychique du bébé chez les professionnels de santé de périnatalité.

3. Matériel, aspect méthodologique, ossature de la recherche

3.1. Le questionnaire

3.1.1. Le choix du questionnaire

L'étude des représentations sociales peut se faire par différentes méthodologies. Souhaitant discuter des aspects quantitatifs mais également qualitatifs des représentations, nous avons choisi d'élaborer un auto-questionnaire. Vergès et Abric développèrent cette méthode et la définissent comme « une approche plus extensive (que les entretiens) permettant la mise en évidence des significations et leur hiérarchisation » (Vergès, 2001). De diffusion aisée, ce support standardisé permet également de limiter la pression normative exercée sur les sujets enquêtés. Dès la phase exploratoire, l'importance de l'échantillon permet une saturation des données dégageant ainsi des grandes lignes directrices. Si la standardisation du questionnaire tend à réduire les risques subjectifs du recueil des données, elle limite nécessairement les thèmes abordés aux sélections effectuées en amont par le chercheur. Le questionnaire utilisé pour cette étude combine deux types de questions : l'évocation libre secondairement hiérarchisée et le questionnaire d'opinion. Une troisième partie permet de recueillir des données socio-économiques concernant les professionnels. La première technique largement employée dans l'approche structurale des représentations permet de faire l'inventaire des éléments composant le champ représentationnel. La seconde technique de recueil permet de dégager les principes générateurs de prise de position organisant le champ représentationnel (Alessio, 2011). Ce double abord méthodologique est encouragé par différents chercheurs (Apostolidis, 2003 ; de Rosa, 2003), il permet de mieux appréhender la complexité et la multi-dimensionnalité des représentations sociales.

3.1.2. L'association libre secondairement hiérarchisée

3.1.2.1. Recueil du contenu explicite de la représentation

La technique d'association libre permet de recueillir le contenu explicite de la représentation et son organisation (Alessio, 2011). Elle se décompose ici en trois temps. L'enquêté est invité à indiquer cinq termes à partir d'un mot inducteur. Dans un second temps en reprenant ses termes, il doit les classer selon le rang d'importance qu'il leur attribue. C'est la phase de structuration hiérarchisée. Enfin, l'enquêté indique la valence affective attribuée au terme produit (positive, négative ou neutre). Cette dernière consigne permet d'accéder aux composantes d'évaluation et d'attitude implicite.

Chaque professionnel devait répondre à trois questions d'association libre : le premier mot inducteur est « la santé du bébé » puis « les interactions parents-bébé » et enfin « une situation à risque psychologique ». Le choix de retenir trois mots inducteurs procéda d'un parti pris méthodologique. Ces trois termes s'articulent entre eux selon une hiérarchie du plus général au plus particulier pour saisir le sens commun attribué à la souffrance psychique du bébé. Le terme de *souffrance psychique* n'est pas explicité au sein de ces questions mais chaque mot inducteur le renseigne en partie. La représentation de *la santé du bébé* par les soignants nous éclairera en négatif sur ce qui est attendu, recherché comme faisant partie de la santé d'un bébé. Rappelons que la définition de *la santé* donnée par l'OMS (1946) expose une définition positive : « un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consistant pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». La représentation des *interactions parents-bébé* complétera la représentation de *la santé du bébé* et complexifiera notre abord des univers représentationnels saillants en périnatalité. Les interactions sont nous l'avons vu, essentielles au sein du domaine théorique pédopsychiatrique. Enfin, *une situation à risque psychologique* induit un éventail de possibles concernant ce qui est défini comme sources d'inquiétudes pour les soignants. Le choix de ces trois évocations fut sous-tendu par l'hypothèse que la souffrance psychique est une catégorie de penser s'imposant comme une évidence dans la perception professionnelle des soignants. A ce titre, l'approche indirecte permet de constater qu'elle est "naturellement" utilisée.

Le caractère spontané de ces questions permet l'actualisation d'éléments constituant l'univers sémantique de la représentation étudiée ; ces éléments peuvent être masqués lors d'une production discursive. Les limites de l'association libre découlent de la difficulté d'interpréter *a priori* des associations qui peuvent être polysémiques. L'intérêt de la hiérarchisation par

l'enquêté est d'accéder à une information qualitative complétant l'information sur le contenu représentationnel. De même, l'évaluation de la valence affective par le sujet évite une interprétation *a priori* de la part du chercheur. La répétition des consignes peut entraîner une habitude entravant le caractère spontané du processus associatif notamment lors du troisième terme inducteur.

Cette technique s'inscrit dans le sillage de la théorie du noyau central développée par Abric en 1973. Cette dernière permet l'étude du contenu explicite de la représentation et de son organisation en différents noyaux figuratifs. Rappelons que la théorie du noyau central postule une organisation des représentations en quatre secteurs : le noyau central, les éléments contrastés, la première et la deuxième périphérie. L'analyse des données obtenues sollicite deux indicateurs pour chaque terme associé : la fréquence d'apparition et le rang moyen d'importance. Le croisement de ces deux indicateurs permet d'obtenir une première identification de l'organisation de la représentation. Après avoir effectué une réduction lexicographique (réduction des termes synonymes en un seul terme), la première étape de l'analyse des données est prototypique, de dimension quantitative. Elle permet de dégager les éléments saillants du champ représentationnel. Rappelons que la saillance d'un élément est définie par le croisement de la fréquence d'apparition (critère quantitatif) et le rang moyen d'apparition (critère qualitatif) ; un élément saillant est un terme apparaissant avec fréquence et doté d'une certaine importance au sein de l'univers représentationnel. Dans le cadre de notre exploration, nous prendrons en considération les éléments issus du noyau central (fréquence élevée, importance forte), la première périphérie (fréquence élevée mais d'importance faible) et les éléments de la « zone contrastée » (fréquence faible mais d'importance élevée). Les seuils sont définis de façon *ad hoc* après une analyse qualitative de la distribution des données et de leur cohérence. En effet, il existe une grande diversité de définitions des seuils pour l'analyse prototypiques, aucune règle formelle ne fait autorité (Alessio, 2011). Le second temps est une analyse catégorielle, consistant en une catégorisation des différents termes énoncés selon une base sémantique. La création de champs lexicaux permet de dégager les différentes dimensions constituant le champ représentationnel.

3.1.2.2. Etude de la polarité attribuée à la représentation

L'étude du contenu explicite de la représentation est complétée par l'étude de la polarité de la représentation ou valeur attribuée. Pour ce faire, on calcule l'indice de polarité³⁰ et l'indice de neutralité³¹. Les deux indices varient entre -1 et +1. Un indice de polarité compris entre -1 et -0,5 indique que la plupart des mots est connotés négativement. Si l'indice est compris entre +0,5 et -0,5, cela signifie que les mots négatifs et les mots positifs ont tendance à être égaux. Enfin, si l'indice est compris entre +0,5 et +1, la majorité des mots est connotée positivement. L'indice de neutralité indique la neutralité de la représentation. Si l'indice est compris entre -1 et -0,5, la neutralité est faible, entre -0,5 et +0,5, la neutralité est moyenne, enfin entre +0,5 et +1, la neutralité est haute (de Rosa, 2003).

3.1.2.3. Etude des dimensions constituant l'univers représentationnel

Nous avons souhaité approfondir l'étude de la représentation « une situation à risque psychologique » en complétant cette question par une quatrième étape : l'explicitation des processus associatifs des réponses. La consigne se décline en deux temps : dans un premier temps, l'enquêté est invité à justifier ses réponses de manière libre, puis trois choix lui sont proposés ; « un exemple parlant, une illustration », « un besoin d'agir, d'intervenir » et enfin « un constat, un ressenti ». Cette étape permet d'affiner l'analyse des éléments constitutifs de la représentation en prenant en compte les mécanismes associatifs explicités par les professionnels. Cette analyse nous permettra d'approcher la distance des soignants à l'objet de notre recherche, la souffrance psychique du bébé. Rappelons que la notion de distance à l'objet (développée par Abric en 1995) éclaire le statut que l'enquêté entretient avec l'objet : les individus « proches » valorisent davantage des éléments fonctionnels (associés aux caractéristiques descriptives et aux pratiques opératoires face à cet objet), quant les individus « éloignés » expriment davantage des éléments normatifs (issus du système de valeur et déterminant des jugements et prises de position). Guimelli développa une procédure empirique permettant d'appréhender les mécanismes de positionnement du sujet face à l'objet. Son équipe mis au point un modèle complexe de schèmes cognitifs de base regroupés en trois « méta-schèmes » susceptibles d'être activés lors du processus associatif (Guimelli, 2003) : la

³⁰ Indice de polarité = $(\sum \text{mots positifs} - \sum \text{mots négatifs}) / \sum \text{total mots associés}$

³¹ Indice de neutralité = $[\sum \text{mots neutres} - (\sum \text{mots positifs} + \sum \text{mots négatifs})] / \sum \text{total mots associés}$

fonction descriptive, la fonction prescriptive et la fonction attributive. La fonction descriptive donne une illustration de l'objet. La fonction prescriptive renvoie à une action mise en œuvre face à l'objet. La fonction attributive se réfère aux jugements et plus globalement à l'évaluation de l'objet. Cette démarche permet de « tirer des conclusions sur le type dominant d'activité cognitive qu'ils (les acteurs enquêtés) mettent en œuvre dans une situation » (Guimelli, 2003). La fonction prescriptive est rapprochée de la dimension fonctionnelle, la fonction attributive de la dimension normative. La fonction descriptive quant à elle, ne renseigne pas de manière discriminante sur la constitution de la représentation.

3.1.3. Le questionnaire d'opinion

Dans un second temps, nous utilisons le questionnaire d'opinion, développé initialement par Flament (1999). Les enquêtés doivent indiquer leur degré d'accord ou de désaccord concernant 27 items proposés comme potentielles « situations de possible fragilisation psychologique du bébé ». Les items sont regroupés en trois chapitres : la situation familiale (5 items), les antécédents des parents (4items), et à partir de la naissance (18items). Ces situations choisies s'inspirent des outils de dépistage développés par des équipes pédopsychiatriques : échelle ADBB, échelle ERN ainsi que les « repères de signes de souffrance précoce » dressée par Lamour (Annexe 3). Il leur est proposé une échelle dite de Likert avec ses cinq échelons : 1 « risque très faible », 2 « faible », 3 « modéré », 4 « risque haut » et 5, « risque très important ». Une sixième modalité « ne se prononce pas » laissait la possibilité d'un positionnement neutre. Cette technique de recueil de données permet d'une part un second abord du contenu représentationnel quantitatif (quant les évocations libres procédaient d'opérations de recherche qualitative). Cette méthode est préconisée pour dégager les principes générateurs de prises de position au sein du champ représentationnel (Alessio, 2011).

➤ Recherche de la zone muette

La formulation de l'énoncé de cette deuxième partie du questionnaire pris en compte la notion de zone muette d'une représentation. Une représentation comporte des éléments fonctionnels et normatifs qui sont accessibles explicitement, mais également des « schèmes dormants » (Guimelli, 2006). Il en existe deux types : ceux non activés par l'exploration et ceux non exprimables de part leur caractère contre-normatif, ces derniers sont nommés « zone muette » (Abric, 2007). Cette démarche est pertinente lorsque la représentation porte sur des objets

imprégnés par des valeurs sociales reconnues et partagées ayant un fort poids moral. L'objet de notre étude, la souffrance psychique du jeune enfant, nous semble être un objet sensible, fortement connoté sur le plan moral. La technique de substitution choisie au sein de ce questionnaire permet de réduire la pression normative. On propose au sujet interrogé de se placer à un niveau plus large que sa personne en répondant au nom du groupe soignant. Cela réduit son niveau d'implication dans les réponses données. Cela permet également un glissement d'une représentation descriptive centrée sur les émotions et les sentiments, vers une représentation causaliste. Cette technique cependant ne permet que de produire une hypothèse sur la zone muette.

➤ Analyse des résultats

L'analyse du questionnaire d'opinion se fait en deux temps : calcul de la moyenne de chaque item permettant de dégager les items les plus reliés à une situation de possible fragilisation psychologique du bébé. Puis, une analyse par le logiciel SPSS permet une recherche des corrélations entre les différents items et la mise en évidence de composantes transversales aux différents items permettant d'expliquer la variabilité des réponses.

3.1.4. Recueil d'informations de type sociodémographique et professionnel

Un recueil d'informations sur leurs pratiques professionnelles clôt le questionnaire. Cinq questions sont posées : quels sont leur profession, leur lieu d'exercice, leur ancienneté dans leur travail et plus spécifiquement en périnatalité, enfin la fréquence de leurs échanges avec des professionnels psy*.

3.2. Élaboration du questionnaire

3.2.1. Pré-enquête: le recueil documentaire

Le premier temps d'élaboration du questionnaire a consisté en une revue de la littérature concernant les situations à risque psychologique identifiées dans la littérature pédopsychiatrique. La place des interactions parents-bébé nous est apparue centrale. La formalisation d'une clinique spécifique du bébé comportementale notamment, tient une place centrale dans la littérature pédopsychiatrique. Différentes échelles et guides d'observation à destination des soignants travaillant en périnatalité furent construits et diffusés. Nous nous sommes notamment appuyés sur l'échelle ADBB mise en place par l'équipe de Guedeney (1999), la grille d'évaluation de l'évitement relationnel du nourrisson construite par Carrel

(2002) et enfin les signes de souffrance retenus par Lamour (1998). Nous en avons extrait des dimensions ainsi que des mots associés avec fréquence à la question de la souffrance psychique du jeune enfant.

Les échanges que nous avons eu avec différents professionnels travaillant en périnatalité concernant d'une part leurs attentes lors d'une demande d'avis psychiatrique, d'autre part leurs représentations concernant les besoins spécifiques du nouveau-né et les réponses parentales attendues ont également nourri notre réflexion.

3.2.2. Phase de test

Nous avons présenté la première mouture du questionnaire lors d'une journée d'étude du laboratoire de recherche de l'EPS Erasme (Antony, 92). Différents professionnels, psychiatres, psychologues cliniciens, psychologues chercheurs et un statisticien, ont ainsi discuté notre projet. Leur retour nous permit de vérifier la formulation et la bonne compréhension des questions, la justesse des termes employés. Ces retours critiques corrélés à ceux de professionnels non spécialistes de la question psychique ont apportés de substantielles modifications au questionnaire.

3.2.3. Structure finale du questionnaire

La version définitive du questionnaire se trouve en annexe 4. Il fut informatisé par le logiciel LimeSurvey afin de permettre sa diffusion sur les mailing-listes professionnelles de différents réseaux de périnatalité.

3.2.4. Conditions de mise en place de l'étude

La population de notre étude voudrait représenter les différents champs soignants en périnatalité : le champ somatique avec la pédiatrie et la gynéco-obstétrique, le champ médico-social avec les services de PMI ainsi que le champ psychiatrique. Au sein de ces différents domaines exercent des professionnels de qualifications et de formations différentes: médecins, puéricultrices, auxiliaires de puériculture, sages-femmes, psychologues et autres soignants.

Nous nous sommes adressés à trois réseaux de périnatalité pour diffuser le questionnaire informatisé : le réseau 92sud, le réseau Ombrel de Lille et le réseau de Bretagne occidentale. Le réseau Poitou-Charentes n'a pas répondu favorablement à notre demande de diffusion. Nous avons contacté la PMI de la Vienne indépendamment. Nous avons contacté la

coordonnatrice de chacun des réseaux de périnatalité pour présenter notre travail de recherche. Il a été convenu avec chaque réseau qu'il se chargerait de la diffusion du questionnaire dans un souci de préserver la base de données des mails. La durée de diffusion a été de trois mois entre Mai et Juillet 2014. Trois relances ont été envoyées. Une réunion de présentation de l'étude fut organisée au sein de la PMI à leur demande.

Le questionnaire a ainsi été diffusé à 1509 professionnels par le biais de leur mail professionnel. Le réseau 92sud compte 196 professionnels, le réseau Ombrel en compte 850, celui de Bretagne occidentale 408 et la PMI de Poitiers 55. Chaque professionnel était libre de refuser ou d'accepter de participer à l'enquête, le questionnaire étant anonyme.

4. Résultats

4.1. La population

101 professionnels ont rempli le questionnaire en ligne, soit un taux de réponse de 7%. Cette population se caractérise par leur profession, leur lieu d'exercice, leur réseau d'appartenance et leur ancienneté en périnatalité.

➤ Répartition des professionnels en fonction de leur réseau d'appartenance

Les 101 professionnels se répartissent de la manière suivant : 25 professionnels adhèrent au Réseau Ombrel, 21 au Réseau-92sud, 27 au Réseau de Bretagne Occidentale et 28 à la PMI de Poitiers.

	Réseau Ombrel (Lille)	Réseau 92sud	Réseau Brest	Poitou- Charentes	Somme
Nombre total d'adhérents	850	196	408	55	1509
Nombre de répondants	25	21	27	28	101
% Répondants	3	11	7	51	7

Figure 1 - Le taux de réponse en fonction du réseau d'appartenance

➤ Répartition en fonction de la profession

Notre échantillon se compose de 21 médecins du bébé (neuf pédiatres et douze médecins généralistes), 22 puéricultrices, 7 médecins de la mère (deux gynécologues et cinq gynéco-

obstétriciens), 23 sages-femmes, 19 soignants appartenant au domaine psychiatrique (treize psychologues, deux psychiatres, deux pédopsychiatres et deux psychomotriciens). Neuf professionnels ont été regroupés dans une catégorie « autre » (deux assistants sociaux, quatre auxiliaires de puéricultures, deux éducateurs).

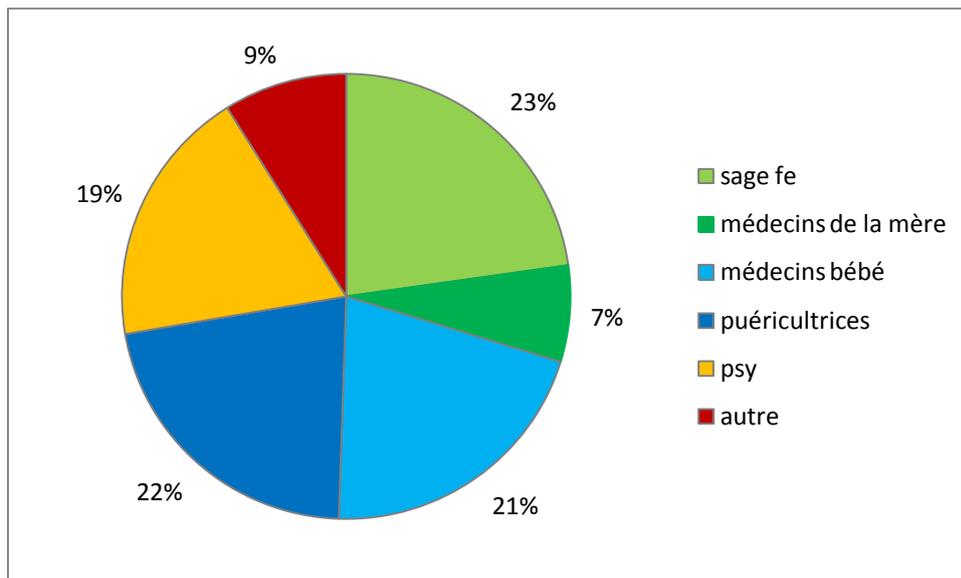


Figure 2- Composition de l'échantillon selon la profession

➤ Répartition en fonction du lieu d'exercice

L'échantillon se compose de 21 professionnels travaillant en libéral, 35 en maternité et 42 au sein de PMI. Enfin, une catégorie *Autre* regroupe deux professionnels travaillant au sein des antennes sociales et un travaillant exclusivement au sein d'un réseau.

	Médecins mère	Sagefemmes	Médecins du bébé	Puéricultrices	Soignants psy	Autre	Somme
Libéral	1	9	6	0	5	0	21
Maternité	4	8	5	8	8	2	35
PMI	2	6	10	14	6	4	42
Autre	0	0	0	0	0	3	3
Somme	7	23	21	22	19	9	

Figure 3 - Caractéristiques des participants (profession et lieu d'exercice)

➤ Caractéristique des groupes professions en fonction de la durée moyenne d'exercice des professionnels

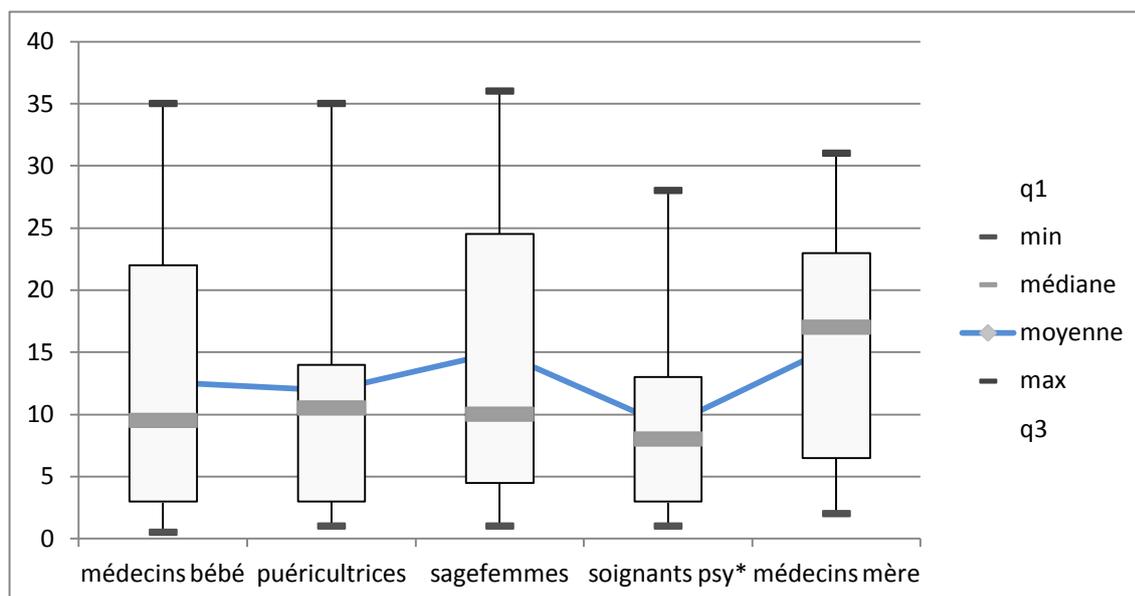


Figure 4- Durée moyenne d'exercice des groupes professionnels

Les médecins du bébé exercent en moyenne depuis 12.6 ans. L'échantillon représente des professionnels ayant entre un an et trente-cinq ans d'expérience professionnelle, 50% de l'échantillon a entre 3 et 22 ans d'expérience professionnelle. Les puéricultrices travaillent en moyenne depuis 12 ans, 50% de l'échantillon travaillent depuis 3 et 14 ans. La moyenne d'expérience professionnelle des sages-femmes est de 9 ans, 50% de l'échantillon ont une expérience professionnelle entre 3 et 13 ans. Les médecins de la mère ont en moyenne 15.6 ans d'expérience professionnelle, 50% travaillent depuis 6.5 et 23 ans. Enfin, les soignants psychiatriques travaillent en moyenne depuis 9 ans, 50% de l'échantillon travaillent depuis 3 à 13 ans.

Ces résultats soulignent la diversité de la population enquêtée.

➤ Caractéristique des groupes professions en fonction de leur ancienneté en périnatalité

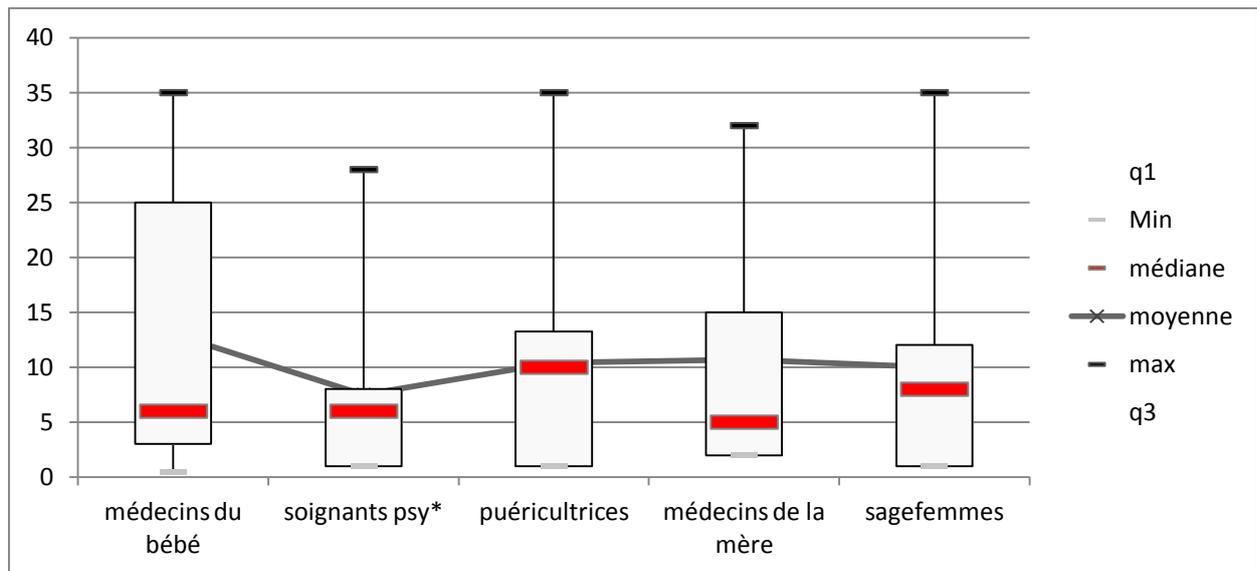


Figure 5- Ancienneté en périnatalité des groupes professionnels

Les médecins du bébé ont en moyenne 13 ans d'ancienneté au sein de la périnatalité, la médiane est de 6ans. Les puéricultrices ont en moyenne 10.4 ans d'ancienneté, la médiane est de 10 ans également. La distribution est donc plus homogène. Les médecins de la mère et les sages-femmes ont en moyenne une dizaine d'année d'expérience (10.7 ans pour les médecins, 10 ans pour les sages-femmes). Enfin, les professionnels enquêtés du domaine psychiatrique sont les plus jeunes au sein du domaine de périnatalité : leur ancienneté moyenne est de 7.5 ans. La distribution des différents groupes souligne des écarts important d'années d'expérience au sein des différents groupes.

Ces résultats soulignent la diversité des durées d'expérience professionnelle en périnatalité des professionnels enquêtés. De plus, on note une certaine concordance entre la durée d'exercice professionnelle et la durée d'expérience en périnatalité. La population enquêtée de part les métiers qu'il rassemble (puéricultrices, sagefemmes, pédiatres et gynéco-obstétriciens) est une population qui travaille en périnatalité.

➤ Temps de présence psychiatrique à leur côté

Concernant la présence de soignants psy* à leur côté, les professionnels déclarent travailler avec un professionnel psy* (psychiatre, psychologue) très souvent dans 41% des cas, souvent dans 36% des cas (soit une fréquence cumulée de 76%). 12% des professionnels travaillent rarement avec des soignants du domaine psychiatrique et dans 8% des cas les soignants psy*

sont présents aux réunions d'équipe. Les professionnels de PMI déclarent travailler très souvent ou souvent avec des professionnels dans une large majorité (83%). Deux tendances inverses se dégagent du travail en collaboration entre professionnels libéraux et professionnels psychiatriques : 24% déclarent travaillent rarement ensemble contre 71% souvent à très souvent. Les professionnels psy* apparaissent présents au sein des divers lieux.

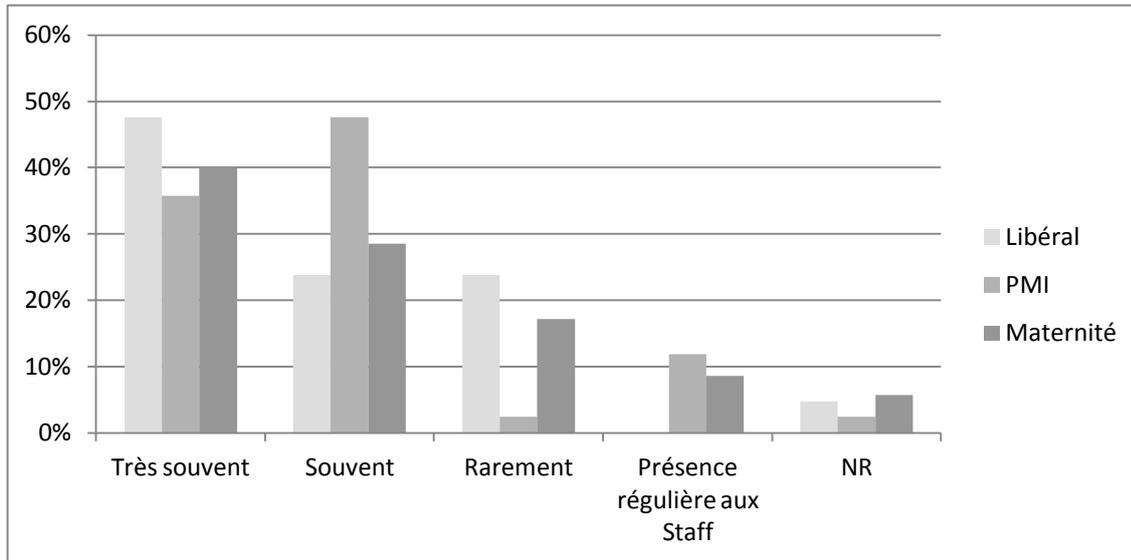


Figure 6- Présence de soignants psy* en fonction du lieu d'exercice

4.2. Les tâches d'évocation libre

Dans un premier temps, on obtient un corpus de 505 mots et expressions. La première étape réalise une réduction lexicographique consistant à regrouper sous un même terme, les différents mots très proches dont la distinction n'était pas pertinente : pluriels, synonymes étroits. Puis le second temps consiste en une analyse prototypique : définir la constitution et l'organisation du champ représentationnel par le croisement de la fréquence et du rang moyen d'importance.

Le choix des critères seuil de fréquence et de rang moyen d'importance est déterminé en fonction de l'échantillon, comme le suggèrent les différents travaux de psychologie sociale (Alessio, 2011). Il n'existe pas de consensus au sein de la littérature. Nous avons retenu pour effectuer nos analyses, les termes ayant une occurrence supérieure (ou égale) à deux. Le rang moyen d'importance est 2.5 (les rangs s'échelonnent de 1 à 5). Ainsi les mots ayant un rang d'importance faible, soit inférieur ou égal à 2,5 sont jugés comme importants par la population enquêtée, ceux ayant un rang moyen d'importance supérieur à 2,5 sont jugés comme de

moindre importance. La fréquence seuil est de 10 % : les mots cités par plus de 10 % de l'échantillon sont jugés fréquemment cités, ils composent alors le noyau central et les éléments contrastés. Ceux cités par 10 % ou moins de l'échantillon composent les éléments périphériques de la représentation.

L'analyse a été effectuée en faisant varier deux paramètres : le champ professionnel (maternités, libéral ou centre de PMI) et le statut professionnel : médecins du bébé, puéricultrices, soignants de la mère (sages-femmes et médecins de la mère), et professionnels du domaine psychiatrique. L'effectif des médecins de la mère (n=7), gynécologues et gynéco-obstétriciens, est trop faible pour pouvoir effectuer une analyse distincte de celle des sages-femmes.

Nous présenterons pour chaque représentation les éléments figuratifs composant le noyau central, les éléments contrastés et la première périphérie, avec indiqué entre parenthèse leur fréquence d'apparition et leur rang moyen d'importance attribués.

4.2.1. La santé du bébé

Le corpus comprend 505 évocations pour un total de 127 termes différents.

4.2.1.1. Analyse prototypique

Sur le total de 127 termes cités, 81 termes sont cités par plus de (ou égal) deux personnes, soit 64% des évocations totales.

4.2.1.1.1. Représentation de l'ensemble des soignants enquêtés

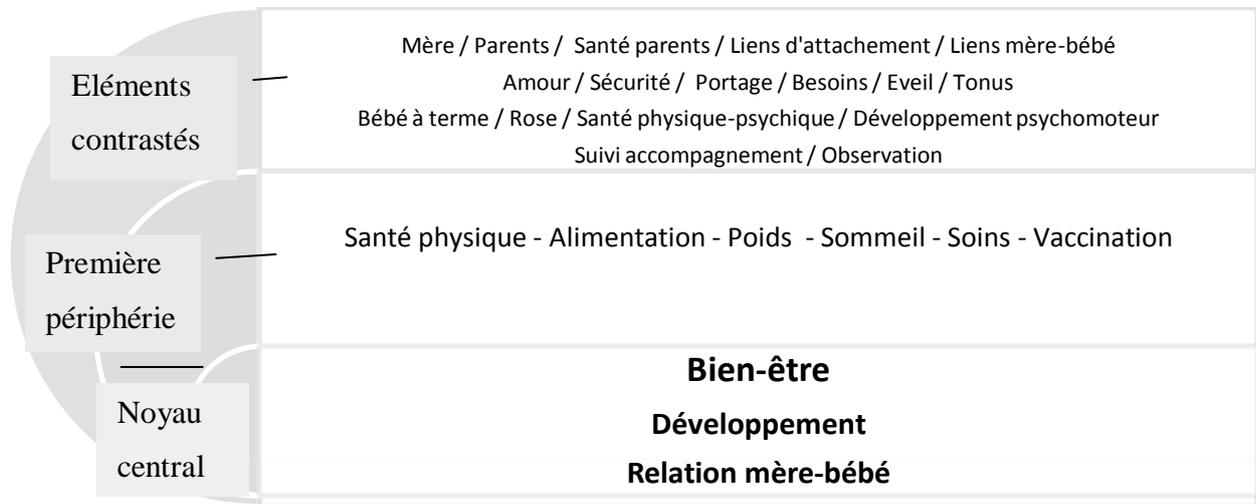


Figure 7- Représentation "la santé du bébé"

Neuf mots sont cités par plus de 10% de la population soignante enquêtée. Les mots les plus cités et ayant une grande importance pour les soignants enquêtés sont : *bien-être* (f=27% ; i=1.8), *développement* (f=17% ; i=2.3) et *relation mère-bébé* (f=11% ; i=2.5). Ils constituent le noyau central. Les termes cités avec fréquence mais ayant une importance moindre sont : *santé physique* (12% ; 2.7), *alimentation* (31% ; 3.1), *poids* (13% ; 3.4), *sommeil* (19% ; 3.8), *soins* (12% ; 3.1) et *vaccination* (12% ; 4.6). Ces six termes composent la première périphérie. Enfin, la zone des éléments contrastés est constituée de 17 éléments de rang d'importance faible mais de fréquence faible : *santé physique et psychique* (10% ; 1.6), *observation* (4% ; 1.7), *besoins* (6% ; 1.9), *mère* (6% ; 1.9), *suivi-accompagnement* (7% ; 2), *bébé à terme* (3% ; 2), *amour* (6% ; 2.2), *liens d'attachement* (5% ; 2.2), *développement psychomoteur* (4% ; 2.2), *liens mère-bébé* (9% ; 2.3), *portage* (3% ; 2.3), *rose* (3% ; 2.3), *santé des parents* (3% ; 2.3), *sécurité* (7% ; 2.4), *éveil* (9% ; 2.5), *parents* (8% ; 2.5) et *tonus* (4% ; 2.5).

Le noyau central de cette représentation contient trois éléments associatifs : l'aspect relationnel mère-bébé, la dynamique développementale et enfin, la forte association entre santé du bébé et bien-être. La santé du bébé est ainsi fortement dépendante de ces trois facteurs pour les soignants enquêtés. La notion de développement renvoie au corpus pédiatrique concernant la santé du bébé avec ses différents critères permettant lors d'un examen clinique de s'assurer de la bonne santé du bébé : le développement staturo-pondéral

mais également psychomoteur. La notion de développement souligne la dynamique de la santé du bébé, l'aspect évolutif de ce processus. La relation mère-bébé se réfère au domaine psychoaffectif. Il existe concernant la relation mère-bébé une littérature abondante décrivant finement les divers aspects de cette relation et son importance pour la bonne santé du bébé, son développement psychoaffectif. Enfin, le troisième élément figuratif du noyau central, bien-être, apporte un éclairage non critériologique à la représentation de la santé du bébé. Cet élément est associé par un professionnel sur trois au mot inducteur et l'importance est systématiquement importante. Ainsi ce terme est essentiel pour ces soignants. Son association avec le terme de santé rappelle la définition de la santé de l'OMS (1946) : « La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». La définition du terme bien-être par le dictionnaire Larousse insiste sur deux aspects : « un état agréable résultant de la satisfaction des besoins du corps et du calme de l'esprit », ainsi que « une aisance matérielle qui permet une existence agréable ». La dimension affective domine ce terme, laissant de côté l'abord médical critériologique de la santé du bébé décortiquant les phénomènes de développement et de la relation mère-bébé. Par ailleurs, ce terme introduit trois notions constitutives de la santé du bébé de manière implicite : les « besoins du corps », le « calme de l'esprit » et « l'aisance matérielle ». Les éléments figurant la première périphérie insistent sur la dimension physique de la santé du bébé : santé physique, alimentation, poids, sommeil, vaccination et soins. Différentes dimensions concernant la dimension exclusivement physique de la santé du bébé sont énoncées notamment les deux principales fonctions instinctuelles (sommeil et alimentation). Les éléments contrastés quant à eux explicitent la dimension relationnelle : les parents et leur santé personnelle, les notions de liens d'attachement et de sécurité, le temps du portage et enfin l'affect attendu caractérisant la relation parent-bébé, amour. Egalement présente, la santé physique du bébé est abordée par le biais de la santé psychomotrice avec les termes de tonus, développement psychomoteur, éveil. L'univers représentationnel est donc composite centré autour de cinq principales composantes : le relationnel entre le bébé et sa mère, la dynamique développementale, la satisfaction des besoins physiologiques, une sérénité psychique ainsi qu'une situation matérielle confortable.

➤ Valence affective de la représentation

L'indice de polarité est de 0.7 : la majorité des termes est connotée positivement. L'indice de neutralité est de -0.7 : la représentation n'est pas neutre. Ce résultat positionne l'univers représentationnel de la santé du bébé dans une dynamique marquée nettement sur le plan

affectif de manière positive. Les soignants se positionnent *a priori* dans une dynamique émotionnelle positive lorsqu'ils appréhendent la sphère de la santé du bébé. Cette valence positive renforce l'impact du terme central de *bien-être* dans l'univers représentationnel.

Nous allons maintenant examiner les univers représentationnels en fonction de la profession puis en fonction du lieu d'exercice. Ces deux axes d'analyse tenteront de dégager des spécificités concernant les différents sous-groupes professionnels.

4.2.1.1.2. Représentations en fonction des professions

➤ Les médecins du bébé (n=21)

Le corpus de mots se compose de 105 associations, dont 59 termes différents. 23 évocations sont citées plus de deux fois.

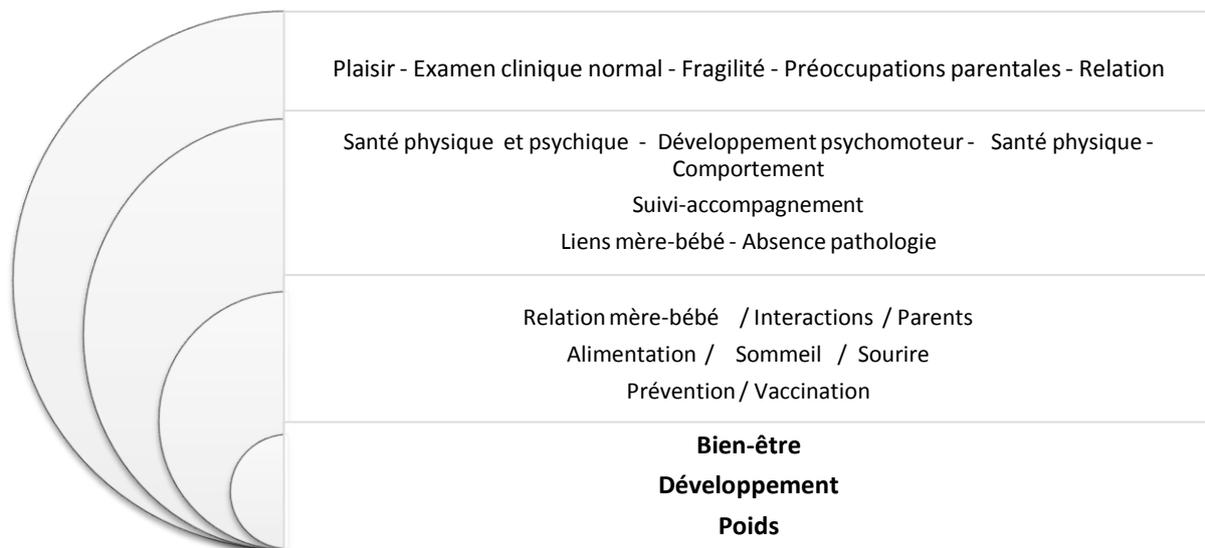


Figure 8- Représentation « La santé du bébé » chez les médecins du bébé

Le noyau central est composé de trois termes : *bien-être* (24% ; 1.4), *développement* (29% ; 2.5) et *poids* (19% ; 2.5). La première périphérie comporte huit éléments : *relation mère-bébé* (19% ; 3), *parents* (14% ; 3), *alimentation* (29% ; 3.3), *interactions* (14% ; 3.3), *prévention* (19% ; 3.7), *vaccination* (19% ; 3.7), *sommeil* (14% ; 4.3) et *sourire* (14% ; 4.6). Les sept éléments contrastés sont : *santé physique et psychique* (9% ; 1.5), *suivi-accompagnement* (10% ; 1.5), *développement psychomoteur* (10% ; 2), *liens mère-bébé* (10% ; 2), *absence de pathologie* (10% ; 2.5), *comportement* (10% ; 2.5) et *santé physique* (10% ; 2.5).

Les éléments figuratifs du noyau central focalisent l'univers représentationnel des médecins du bébé autour de la notion de développement, de bien-être et du poids. Le concept de développement associé à la santé du bébé nous semble s'inscrire dans le corpus pédiatrique. Il est ici conforté par le terme de poids. L'accent est mis sur le versant somatique de la santé du bébé, un développement satisfaisant notamment pondéral renseigne sur la santé du bébé. Le troisième terme ouvre au domaine affectif non académique : le bien-être.

➤ Les puéricultrices (n=22)

Le corpus de mots se compose de 110 associations, dont 58 différentes. 28 évocations sont citées plus de deux fois.



Figure 9- Représentation « La santé du bébé » chez les puéricultrices

Le noyau central est composé de six éléments : *santé physique et psychique* (17% ; 1), *allaitement* (14% ; 1.6), *besoins* (14% ; 2), *bien-être* (41% ; 2.3), *liens d'attachement* (17% ; 2.3) et *alimentation* (27% ; 2.5). La première périphérie se constitue de quatre évocations : *sécurité* (23% ; 2.6), *liens mère-bébé* (14% ; 3), *famille* (18% ; 3.2) et *i* (23% ; 4). Enfin, les éléments contrastés sont au nombre de sept : *croissance* (9% ; 2), *i* (9% ; 2), *préoccupations parentales* (9% ; 2), *santé physique* (9% ; 2), *santé psychique* (9% ; 2), *amour* (9% ; 2.5) et *i* (9% ; 2.5).

Les éléments figuratifs du noyau central font référence tant à l'aspect somatique de la santé du bébé (allaitement, alimentation) qu'à la dimension psychique (santé physique et psychique). La dimension relationnelle est également spécifiée par le biais de la notion d'attachement. Le terme de besoins explicite une particularité de la santé du bébé, la situation de manque du

bébé est énoncée comme centrale. Enfin, le terme de bien-être est le plus fréquemment cité, près de un professionnel sur deux associe la santé du bébé au bien-être. La charge affective est donc très présente. L'univers représentationnel des puéricultrices prend en compte l'aspect composite et complexe de la santé du bébé.

➤ Les professionnels de la mère (n=30)

Le corpus de mots se compose de 150 associations, dont 73 différentes. 35 évocations sont citées plus de deux fois.



Figure 10- Représentation « La santé du bébé » chez les professions de la mère

Le noyau central se compose de quatre évocations: *bien-être* (23% ; 1.1), *relation mère-bébé* (17% ; 1.9), *préoccupations parentales* (17% ; 2.2) et *santé physique* (13% ; 2.5). La première périphérie comporte sept éléments: *allaitement* (13% ; 3), *alimentation* (30% ; 3.2), *développement* (13% ; 3.2), *sommeil* (17% ; 3.4), *soins* (13% ; 3.7), *poids* (20% ; 3.8) et *vaccination* (20% ; 5). Les onze éléments contrastés sont: *mère* (10% ; 1), *éveil* (10% ; 1.3), *liens mère-bébé* (10% ; 1.6), *parents* (7% ; 1), *plaisir* (7% ; 1), *primordiale* (7% ; 1.5), *examen clinique normal* (7% ; 2.5), *famille* (7% ; 2.5), *santé physique et psychique* (7% ; 2.5), *sérénité* (7% ; 2.5) et *suivi médical* (7% ; 2.5).

Les éléments saillants de cet univers représentationnel s'articulent autour de trois principales notions. La dimension relationnelle (*relation mère-bébé*) est éclairée par le terme *préoccupations parentales*, défini comme « le souci vif et constant qui absorbe l'esprit au point de la détourner d'autres objets ». La relation mère-bébé est façonnée par ce souci monopolisant l'esprit maternel, et c'est à partir de ce souci permanent que la santé du bébé se

construit. La dimension physique de la santé du bébé est également saillante au sein de l'univers représentationnel des professionnels sage-femmes et gynéco-obstétriciens, elle apparaît de manière générique non explicitée. Enfin, la dimension affective reste dominante, le terme *bien-être* représente 23% des évocations.

➤ Les professionnels du champ psychiatrique (n=19)

Le corpus de mots se compose de 95 associations, dont 61 différentes. 26 évocations sont citées plus de deux fois.

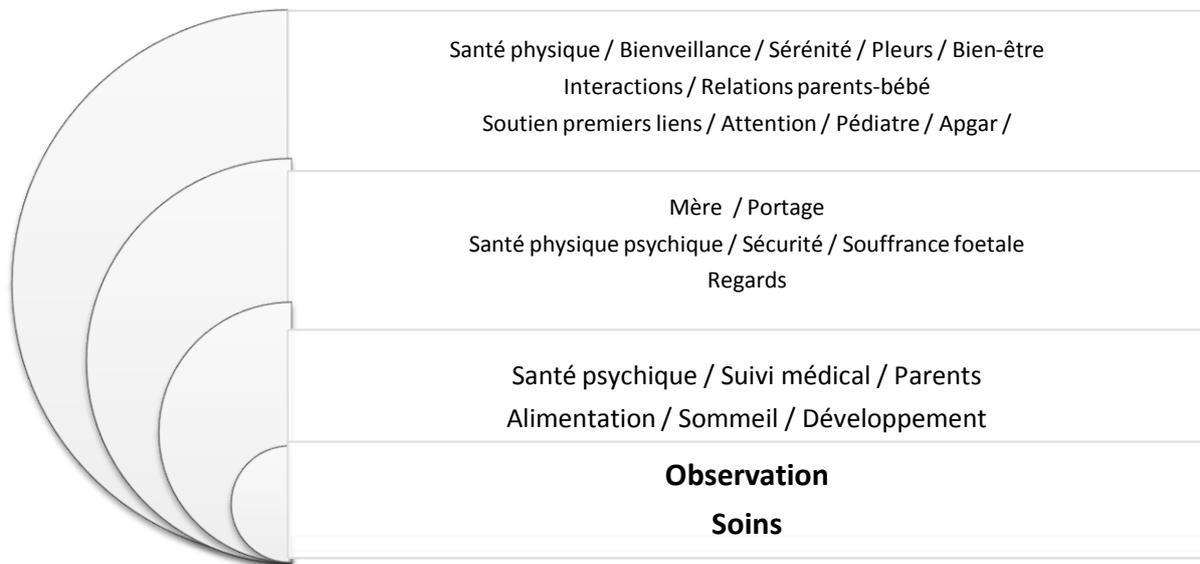


Figure 11- Représentation « La santé du bébé » chez les professionnels psy*

Le noyau central est composé de deux termes : *observation* (16 % ; 2) et *soins* (16% ; 2.3). La première périphérie contient six éléments : *santé psychique* (16% ; 2.7), *suivi médical* (16% ; 2.7), *parents* (16% ; 3), *alimentation* (26% ; 3.2), *développement* (16% ; 3.3) et *sommeil* (16% ; 4.3). Les six éléments contrastés sont : *mère* (11% ; 2), *portage* (11% ; 2), *santé physique et psychique* (11% ; 2), *sécurité* (11% ; 2), *souffrance foetale* (11% ; 2) et *regards* (11% ; 2.5).

Les éléments saillants de l'univers représentationnel des professionnels psy* se démarquent assez nettement des précédents champs représentationnels. Le noyau central s'axe sur la dimension soignante de la santé du bébé : *observation* et *soins*. Le caractère polymorphe de la notion générique de *soins* ouvre le champ vaste des soins prodigués au bébé ; soins physiques de nursing quotidiens, soins médicaux mais également la dimension de préoccupation des parents attentifs à la santé de leur jeune enfant. Le terme d'*observation* ancre l'univers

représentationnel dans une démarche clinique attentive de prime abord non interventionniste. Parler de la santé du bébé nécessite une observation fine de cet enfant.

L'analyse des univers représentationnels en fonction de l'appartenance professionnelle permet de dégager quelques spécificités. Si dans un premier temps, les univers représentationnels sont sensiblement homogènes, certaines dimensions apparaissent de manière prépondérante en fonction de la profession. La dimension physique et notamment le développement pondéral est central pour les médecins du bébé. Les puéricultrices se représentent la santé du bébé de manière plus composite alliant les composantes physiques, relationnelles et psychiques. Les soignants de la mère orientent leur univers représentationnels autour de la dimension relationnelle, les parents et leurs préoccupations renseignent la santé du bébé. Enfin, le champ représentationnel des soignants psy* se démarque par la dimension soignante dominante. Ses différences sensibles peuvent dans un premier temps être rapprochées des missions professionnelles de chacun : le regard pédiatrique est notamment axé sur le versant somatique et notamment sur le développement staturo-pondéral du jeune enfant, la prise en charge périnatale proposée par les médecins gynéco-obstétriciens et par les sagefemmes est fortement orientée sur la mère, les parents, leur santé et leur discours. Les puéricultrices ont notamment un rôle d'étayage central des parents concernant les conseils de puériculture. Enfin, l'expertise des soignants psychiatriques se construit particulièrement autour de l'observation fine du jeune enfant au sein de son environnement.

Nous allons maintenant explorer les représentations de la santé du bébé en fonction du lieu d'exercice.

4.2.1.1.3. Représentations en fonction du lieu d'exercice

➤ Les professionnels travaillant en PMI (n=42)

Le corpus de mots se compose de 210 associations, dont 81 différentes. 45 évocations sont citées plus de deux fois. L'univers représentationnel apparaît homogène : 55% des évocations sont reprises par au moins deux professionnels.



Figure 12- Représentation "La santé du bébé" chez les professionnels travaillant en PMI

Le noyau central est composé de trois termes : *bien-être* (36% ; 2), *allaitement* (12% ; 2.2) et *liens d'attachement* (12% ; 2.2). Les éléments de la première périphérie sont : *développement* (17% ; 3.1), *alimentation* (29% ; 3.2), *préoccupations parentales* (12% ; 3.2), *poids* (19% ; 3.6), *santé psychique* (12% ; 4), *sommeil* (24% ; 4.2) et *vaccination* (14% ; 4.7).

Les professionnels travaillant au sein de la PMI explicitent les dimensions relationnelle et affective de la santé du bébé au sein de leur univers représentationnel. Ils introduisent la notion d'attachement pour qualifier les liens parent-bébé, concept issu de la psychologie développementale reliant les états émotionnels du jeune enfant et ses comportements au bain émotionnel dans lequel se sont déroulées les relations avec ses parents. La notion de *bien-être* est également présente, citée par plus d'un professionnel sur trois. La dimension affective de la santé du bébé est primordiale. Enfin, le mot *d'allaitement* met l'accent indirectement sur la relation intime mère-bébé partagée. Ce terme renvoie également aux différentes politiques de puéricultures qui tour à tour conseillèrent l'allaitement exclusif et le libre choix de la jeune mère. Il existe de nombreux arguments nutritionnistes, immunologiques et relationnels en faveur de ce type d'alimentation précoce. Sa présence au sein du noyau central renseigne sur l'importance que tient l'alimentation comme fonction instinctuelle mais également l'image fusionnelle bienheureuse d'une mère allaitant son bébé.

➤ Les soignants travaillant en libéral (n=21)

Le corpus de mots se compose de 105 associations, dont 59 différentes. 25 évocations sont citées plus de deux fois.

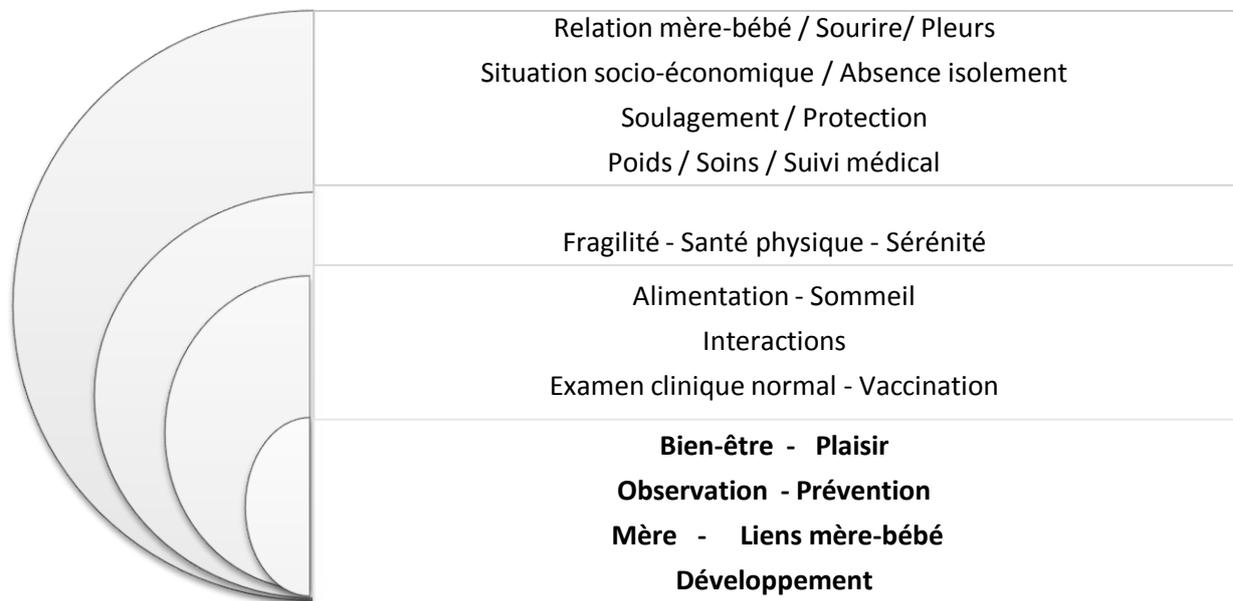


Figure 13- Représentation de « La santé du bébé » chez les professionnels travaillant en libéral

Le noyau central se compose de sept éléments : *bien-être* (19% ; 1.5), *mère* (14% ; 1.6), *observation* (14% ; 1.6), *prévention* (14% ; 2), *développement* (19% ; 2.2), *liens mère-bébé* (14% ; 2.3) et *plaisir* (14% ; 2.3). La première périphérie est composée de cinq éléments : *alimentation* (33% ; 3), *sommeil* (24% ; 3.4), *interactions* (19% ; 3.5), *examen clinique normal* (14% ; 4) et *vaccination* (20% ; 4.2). Les éléments contrastés regroupent *fragilité* (10% ; 2), *santé physique* (10% ; 2.5) et *sérénité* (10% ; 2.5).

Les éléments figuratifs du noyau central soulignent différentes composantes de la santé du bébé. La composante relationnelle de la santé du bébé (liens mère-bébé) est soulignée et confortée par l'énonciation du protagoniste de la mère : la mère apparaît centrale pour la santé du bébé. Le terme développement souligne l'aspect dynamique de la santé du bébé. Les termes de bien-être et de plaisir³² connotés positivement introduisent sans les nommer les besoins et désirs du bébé, c'est de leur satisfaction que naît plaisir et bien-être. Enfin, deux éléments concernant le travail soignant sont introduits (observation et prévention), l'un

³² Le terme de plaisir est défini comme un « état de contentement que crée chez quelqu'un la satisfaction d'une tendance, d'un besoin, d'un désir ».

explicite un axe de travail, la prévention, l'autre souligne un aspect du travail des professionnels travaillant en libéral, l'observation.

➤ Les professionnels travaillant en maternité (n=35)

Le corpus de mots se compose de 175 associations, dont 81 différentes. 42 évocations sont citées plus de deux fois.

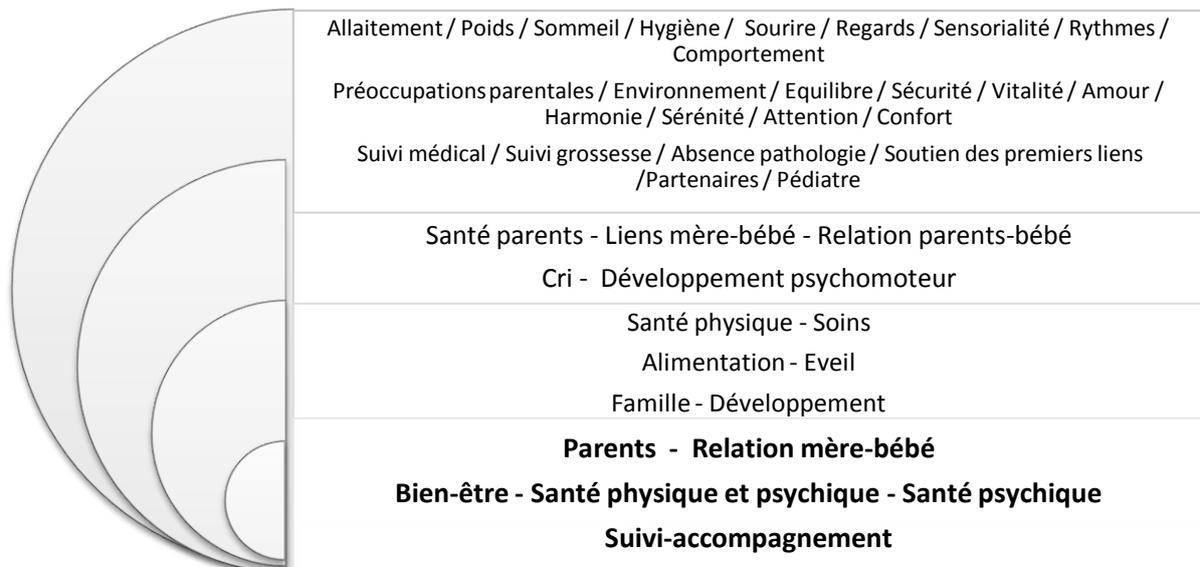


Figure 14- Représentation « La santé du bébé » chez les professionnels travaillant en maternité

Le noyau central est composé de six éléments *parents* (11% ; 1.5), *bien-être* (20% ; 1.7), *santé physique et psychique* (14% ; 2), *suivi-accompagnement* (11% ; 2), *relation mère-bébé* (17% ; 2.2) et *santé psychique* (11% ; 2.5). La première périphérie regroupe six termes : *santé physique* (20% ; 2.8), *soins* (20% ; 2.8), *alimentation* (29% ; 3), *éveil* (11% ; 3), *famille* (20% ; 3.1) et *développement* (11% ; 3.5). Les cinq éléments contrastés sont : *santé des parents* (6% ; 1.5), *liens mère-bébé* (9% ; 1.7), *relations parents-bébé* (6% ; 2), *cri* (6% ; 2.5) et *développement psychomoteur* (6 % ; 2.5).

Les éléments figuratifs du noyau central introduisent indirectement un troisième protagoniste : le père (*parents*). La santé du bébé dépend de la triade parents-bébé. La composante relationnelle est par deux fois citée (*parents* et *relation mère-bébé*). Le terme consensuel *bien-être* est éclairé par deux autres termes : *santé psychique* et *santé physique et psychique*. La santé du bébé se complexifie en deux aspects notamment. Le travail soignant est également convoqué au sein de cette représentation par la notion de *suivi-accompagnement*, dont la portée est double si on se réfère aux définitions : d'un côté le suivi comme un « ensemble

d'opérations consistant à suivre et à contrôler un processus », de l'autre celui d'accompagnement convoque la présence physique plus ou moins active, « être avec quelqu'un, lui tenir compagnie, servir de guide ».

La présentation des univers représentationnels des professionnels en fonction de leur lieu de travail ne semble pas apporter d'éléments discriminants. Chaque univers convoque principalement les dimensions relationnelle et affective présentes au sein de la santé du bébé. Si les univers représentationnels semblaient sensiblement différenciés en fonction des professions, l'homogénéité des représentations en fonction du lieu d'exercice est en faveur d'une approche commune de la santé du bébé entre soignants d'affiliation professionnelle diverse.

4.2.1.2. Analyse catégorielle

L'analyse catégorielle du champ représentationnel de la santé du bébé dégage sept champs lexicaux : les dimensions de la santé, abord de la complexité de la santé, caractéristiques du bébé, la présence soignante, la parentalité et ses caractéristiques, autour de la dyade et enfin, un dernier champ regroupant diverses notions regroupées, « autre ».

La santé du bébé est décomposée en trois grandes composantes : la composante physique que l'on peut décrire en trois principales caractéristiques (le développement staturo-pondéral, l'alimentation et les rythmes sommeil-veille), la composante comportementale et la composante psychique. Les soignants insistent sur la complexité de la notion de santé du bébé soulignant la variabilité des descriptifs : d'une part la spécificité de la temporalité du bébé avec des besoins rythmés, d'autres part les différentes composantes de la santé, soulignant par là, la complexité d'un objet global, plein et positif. Ce dernier qualificatif répond à une définition de la santé du bébé plus médicale et notamment pédiatrique qui aborde ce phénomène comme une absence de différentes pathologies

Un second champ lexical explicite les caractéristiques du bébé physiques et interactives. Cet axe de l'univers représentationnel illustre la bonne santé du bébé. Au côté du jeune enfant, personnage principal, la santé du bébé est également tributaire de trois autres protagonistes : ses parents, la présence soignante et l'entourage. La parentalité est décryptée au travers des soins prodigués au quotidien à l'enfant, des préoccupations parentales, des dispositions psychiques et enfin l'accent est porté sur la relation parent-bébé et notamment sa composante affective. La présence soignante peut être décomposée en trois principales caractéristiques : une présence en réseau pluridisciplinaire au sein duquel dominant l'approche pédiatrique et la

composante relationnelle du travail soignant. Enfin, est pris en compte l'entourage relationnel et le contexte socio-économique de la triade parents-bébé.

Cette analyse catégorielle permet de dégager les différents axes autour duquel se construit l'univers représentationnel de la santé du bébé. La place des soignants y est importante (près de 20%) ce qui renseigne d'une certaine implication professionnelle des soignants enquêtés face à cet objet : la santé du bébé ne leur est pas étranger, différentes modalités d'action sont explicitées.

Champs lexicaux	Fréquence
Les dimensions de la santé	29%
<ul style="list-style-type: none"> - Composante physique de la santé <ul style="list-style-type: none"> o Le développement staturo-pondéral o L'alimentation - Les rythmes veille-sommeil - Composante comportementale - Composante psychique 	
Abord de la complexité de la santé du bébé	12%
<ul style="list-style-type: none"> - Une temporalité spécifique : les rythmes du bébé - Une définition médicale "en négatif" - Santé physique - La santé, un objet global - La santé, un « état plein positif » 	
Caractéristiques du bébé	5%
<ul style="list-style-type: none"> - Des caractéristiques physiques - Des caractéristiques « interactives » 	
La présence soignante	19%
<ul style="list-style-type: none"> - Un réseau médical <ul style="list-style-type: none"> o La dimension pluridisciplinaire o Un suivi médicalisé o L'approche pédiatrique - Une prise en charge systématique - Des pathologies possibles - Autour de la naissance - La composante relationnelle du travail soignant - Critiques envers le dispositif psychologique 	
La parentalité et ses caractéristiques	23%
<ul style="list-style-type: none"> - Les soins du quotidien - Des préoccupations parentales - Des dispositions psychiques <ul style="list-style-type: none"> o La dimension attention/intérêt aigu o La dimension contenante - La relation parent-bébé <ul style="list-style-type: none"> o La composante affective - Affects positifs - Le temps prénatal - Des difficultés 	

Autour de la triade <ul style="list-style-type: none"> - L'entourage - Contexte social – influence négative - La santé des parents 	9%
Autres <ul style="list-style-type: none"> - L'influence de la psychologie - L'aspect 	2%

Figure 15 - Champs lexicaux du champ représentationnel « La santé du bébé »

4.2.2. Les interactions parents-bébé

Le corpus comprend 505 évocations pour un total de 166 termes différents.

4.2.2.1. Analyse prototypique

Sur le total de 166 termes différents, 90 évocations sont citées par au minimum deux professionnels.

4.2.2.1.1. La représentation des « interactions parents-bébé »

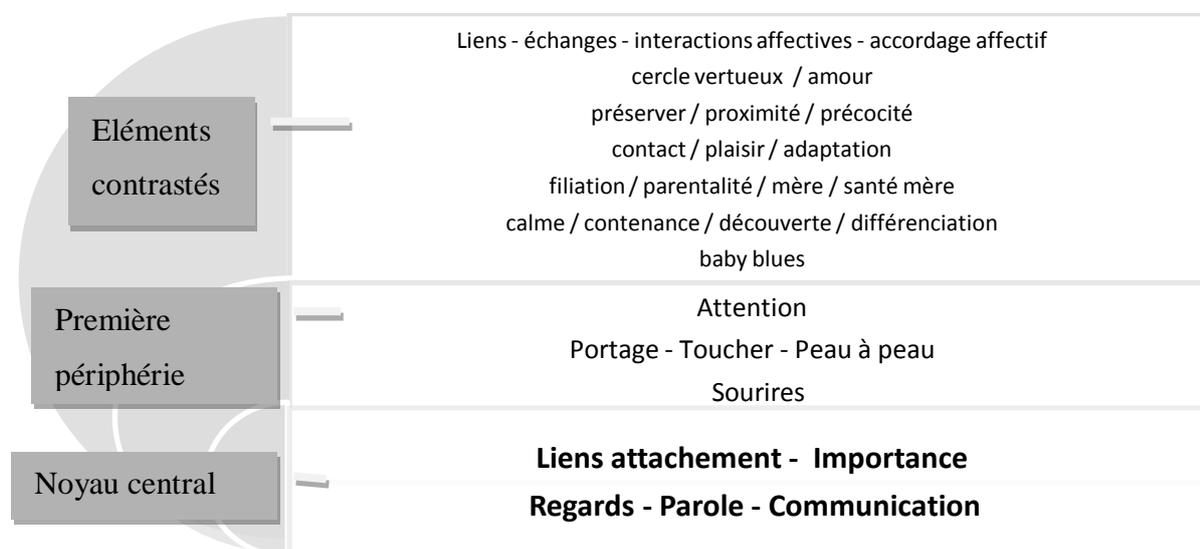


Figure 16 - Représentation "Les interactions parents-bébé"

Le noyau central de la représentation se compose de quatre termes : *liens d'attachement* (12% ; 1,9), *importance* (11% ; 2,1), *regards* (43 % ; 2,2), *parole* (12 % ; 2,5) et *communication* (11 % ; 2,5). La première périphérie de cette représentation comporte cinq éléments : *attention* (14 % ; 2,8), *portage* (14 % ; 2,8), *toucher* (14 % ; 3,1), *sourires* (17 % ; 3,5) et *peau à peau* (11 % ; 3,5). Enfin, les éléments contrastés sont au nombre de 21 : *échanges* (10 % ;

2,5), *préserver* (2 % ; 1), *proximité* (2 % ; 1,5), *amour* (5 % ; 1,6), *précocité* (5 % ; 1,6), *précocité* (5 % ; 1,6), *contact* (7 % ; 1,7), *plaisir* (4 % ; 1,7), *adaptation* (6 % ; 2), *interactions affectives* (3 % ; 2), *mère* (3 % ; 2), *cercle vertueux* (2 % ; 2), *santé de la mère* (2 % ; 2), *accordage affectif* (8 % ; 2,1), *calme* (3 % ; 2,3), *baby blues* (2 % ; 2,5), *contenance* (2 % ; 2,5), *découverte* (2 % ; 2,5), *différenciation* (2 % ; 2,5), *filiation* (2 % ; 2,5), *liens* (2 % ; 2,5) et *parentalité* (2 % ; 2,5).

Les éléments saillants composant le noyau central de l'univers représentationnel de l'ensemble des soignants enquêtés mettent l'accent sur différentes modalités des interactions parents-bébé. Les interactions visuelles (*regards*) dominent la représentation (fréquence 43%). Puis viennent les interactions vocales (*parole* et *communication*) avec une fréquence cumulée de 23%. Enfin, la dernière modalité interactive évoquée est la notion psychologique de liens d'attachement. L'attachement se définit génériquement comme « un sentiment d'affection ou de vif intérêt qui lie fortement quelqu'un à quelque chose » : ces liens éclairent les interactions parents-bébé comme un processus d'attachement réciproque au sein duquel les transactions comportementales, affectives et émotionnelles sont étroitement liées. La représentation des interactions parent-bébé se présente ainsi selon trois axes principaux : la dimension visuelle avec le regard comme indicateur central des interactions, la dimension vocale qui allie notamment les paroles et de manière plus globale la communication parent-bébé, et enfin les liens d'attachement. Les interactions parents-bébé allient plusieurs composantes et regroupent des phénomènes médiés corporellement mais ouvrant sur le domaine psychoaffectif du bébé. Enfin, le dernier élément du noyau central de cette représentation est le terme *importance*. Il explicite « le degré de force, d'intensité, de valeur, d'intérêt »³³ des interactions parents-bébé dans le domaine de la santé du nouveau-né pour les soignants enquêtés. Cette notion peut être mise en relation avec la représentation de la santé du bébé précédemment explicitée (Figure 2) dont le noyau central comprenait l'association *la relation mère-enfant*. Ainsi, il existe une forte corrélation pour les soignants de périnatalité entre la santé du bébé et les interactions parents-bébé. Cet élément procède d'une dimension plus normative que les précédentes plus illustratives, expliquant la place des interactions parents-bébé au sein du champ périnatal.

³³ Définition *importance* (dictionnaire Larousse)

➤ Valence affective de la représentation

L'indice de polarité de cette représentation est de 0.7, ce qui signifie que la grande majorité des évocations est connotée positivement par les soignants enquêtés. L'indice de neutralité est de -0.8, soit une faible neutralité. Ces indices nous explicitent la charge émotionnelle associée à cette représentation. Ainsi, les interactions parents-bébé sont appréhendées de manière positive : ces moments seront valorisées et *a priori* anticipé positivement par les soignants.

Nous allons maintenant nous intéresser plus en détail aux représentations des différents corps de métier et lieu d'exercice professionnel.

4.2.2.1.2. Représentations en fonction de la profession

➤ Les médecins du bébé (n=21)

Le corpus de mots se compose de 105 associations, dont 62 différentes. 23 évocations sont citées plus de deux fois.



Figure 17 - Représentation « Les interactions parents-bébé » chez les médecins du bébé

Le noyau central comporte quatre éléments : *plaisir* (14% ; 1,3), *regards* (48% ; 1,9), *parole* (14 % ; 2) et *liens d'attachement* (14 % ; 2,3). La première périphérie contient six termes : *importance* (14 % ; 2,7), *portage* (24 % ; 3), *toucher* (19 % ; 3,2), *attention* 14 % ; 3,3), *jeux* (14 % ; 4,3) et *position paternelle* (14 % ; 4,7). Enfin, les cinq éléments contrastés sont : *communication* (10 % ; 1), *contact* (10 % ; 1), *préserver* (10 % ; 1), *répondre aux besoins* (10 % ; 2) et *mère* (10 % ; 2,5).

Les éléments saillants soulignent les composantes visuelle (*regards*) et vocale (*parole*) des interactions ainsi que leur appartenance au processus d'attachement parents-bébé. Est également introduit une marque affective positive (*plaisir*). Les interactions parents-bébé sont considérées comme des vecteurs émotionnels de plaisir.

➤ Les puéricultrices (n=22)

Le corpus de mots se compose de 110 associations, dont 62 différentes. 18 évocations sont citées plus de deux fois.

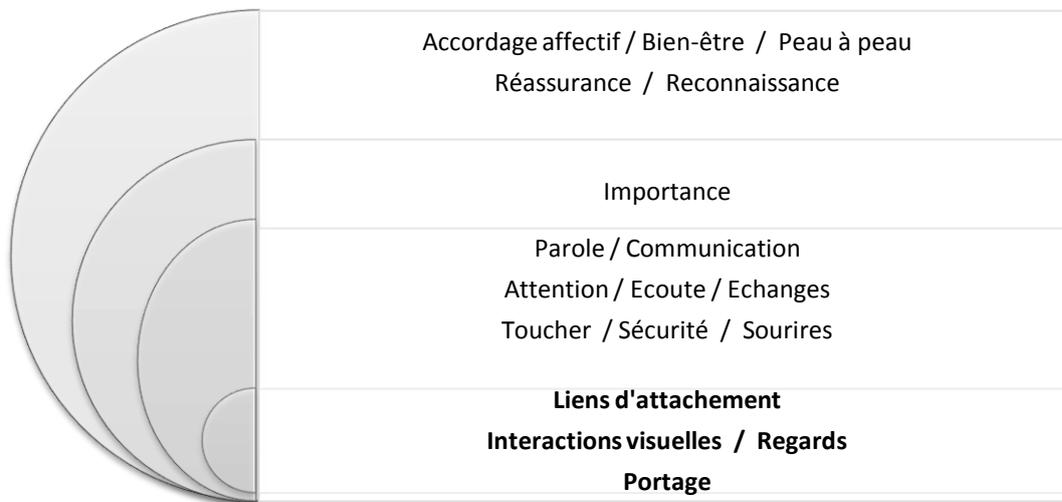


Figure 18- Représentation « Les interactions parents-bébé » chez les puéricultrices

Le noyau central se compose de quatre éléments : *regards* (50 % ; 1,8), *liens d'attachement* (18 % ; 2), *interactions visuelles* (14 % ; 2,3) et *portage* (14 % ; 2,3). La première périphérie est composé de huit termes : *parole* (23 % ; 2,6), *attention* (14 % ; 2,7), *écoute* (14 % ; 2,7), *communication* (27 % ; 2,8), *échanges* (14 % ; 3), *toucher* (18 % ; 3,7), *sécurité* (14 % ; 4) et *sourires* (27 % ; 4,2). Le seul élément contrasté est importance (9% ; 1).

Les éléments saillants soulignent fortement la dimension visuelle des interactions (*interactions visuelles* et *regards*, fréquence cumulée de 64%). La dimension corporelle des interactions est introduite par une illustration d'une situation de maintien au cours de laquelle le jeune enfant s'appuie sur son parent (*portage*). Les liens d'attachement complètent le noyau central de l'univers représentationnel des puéricultrices.

➤ Les professionnels de la mère (n=30)

Le corpus de mots se compose de 150 associations, dont 78 différentes. 34 évocations sont citées plus de deux fois.

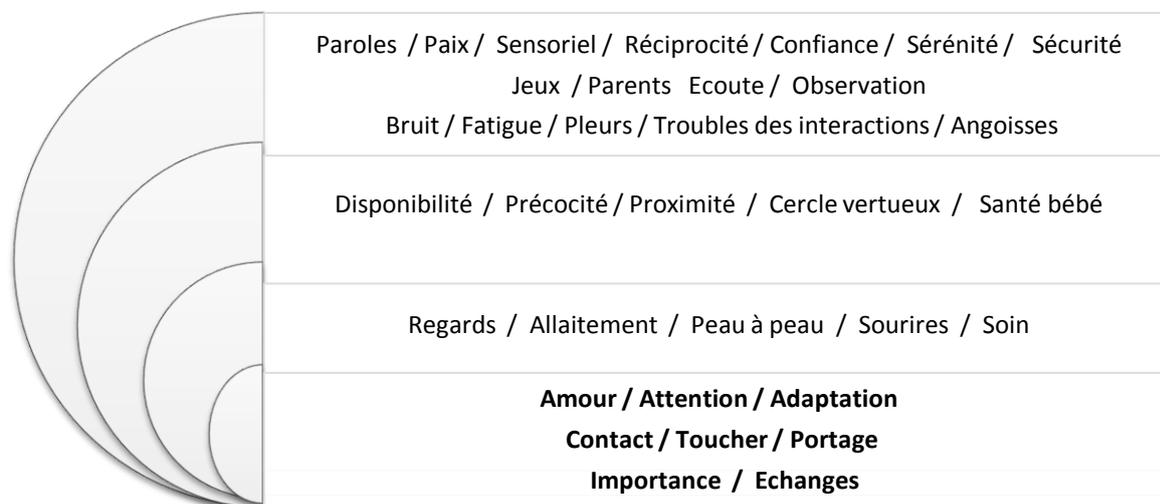


Figure 19- Représentation «Les interactions parents-bébé» chez les professionnels de la mère

Le noyau central se compose de huit éléments : *amour* (11 % ; 1,6), *contact* (11 % ; 1,6), *adaptation* (11 % ; 1,7), *attention* (17 % ; 2), *échanges* (11 % ; 2), *toucher* (11 % ; 2), *importance* (11 % ; 2,3) et *portage* (11 % ; 2,5). Cinq éléments figurent au sein de la première périphérie : *regards* (50 % ; 2,6), *allaitement* (13 % ; 3), *peau à peau* (23 % ; 3,5), *sourires* (20 % ; 3,5) et *soin* (13 % ; 4,5). Les éléments contrastés sont au nombre de cinq : *disponibilité* (7% ; 1,5), *précocité* (7% ; 1,5), *proximité* (7% ; 1,5), *cercle vertueux* (7% ; 2) et *santé du bébé* (7% ; 2,5).

Le noyau central expose un univers représentationnel marqué d'une part par la dimension corporelle des interactions (contact, toucher, portage avec une fréquence cumulée de 33%). Les différents qualificatifs présentent des interactions corporelles elles-mêmes plurielles avec une dimension d'enveloppement (portage) et une plus charnelle (toucher, contact). La dimension affective est également présente (amour). Les termes échanges et attention soulignent la réciprocité au sein des interactions parents-bébé et la sollicitude entre partenaires. Enfin, le terme importance souligne la valorisation des interactions parents-bébé par les sage-femmes et médecins gynéco-obstétriciens au sein de leur travail soignant.

➤ Les professionnels du domaine psychiatrique (n=19)

Le corpus de mots se compose de 95 associations, dont 64 différentes. 19 évocations sont citées plus de deux fois.

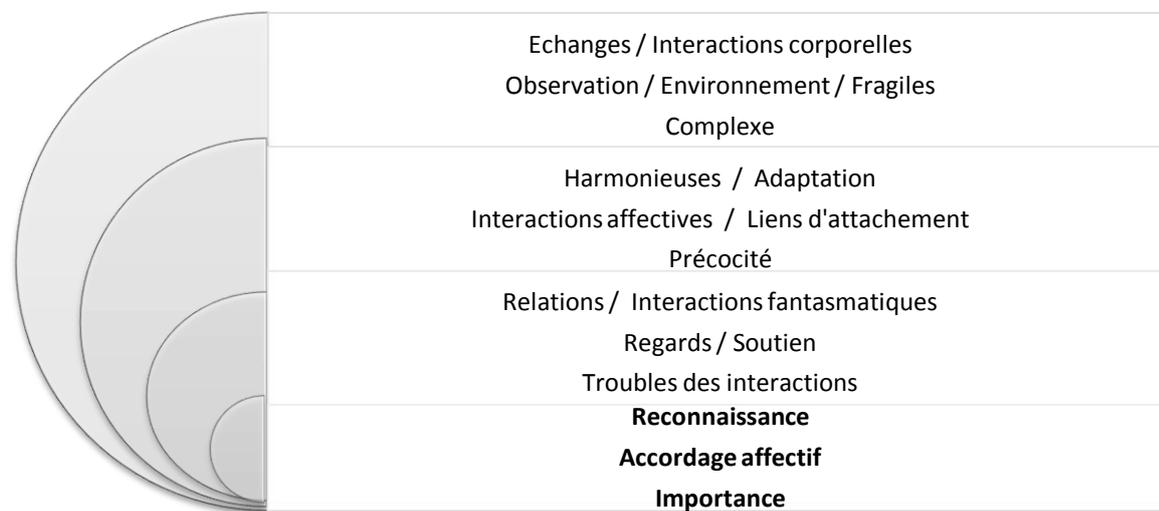


Figure 20- Représentation « Les interactions parents-bébé » chez les professionnels psy*

Le noyau central contient trois éléments : *reconnaissance* (16 % ; 1,3), *accordage affectif* (26 % ; 2) et *importance* (16 % ; 2). La première périphérie se compose de cinq éléments : *relations* (16 % ; 3), *regards* (16 % ; 3,3), *soutien* (16 % ; 3,7), *troubles des interactions* (26 % ; 4) et *interactions fantasmatiques* (16 % ; 4). Enfin, les cinq éléments contrastés sont : *harmonieuses* (11% ; 1,5), *adaptation* (11% ; 2), *interactions affectives* (11% ; 2), *liens d'attachement* (11% ; 2) et *précocité* (11% ; 2).

Les éléments saillants au sein de ce champ représentationnel soulignent la réciprocité du processus interactif (*reconnaissance, accordage affectif*). Le terme *accordage affectif* introduit au sein des interactions parents-bébé, les menus ajustements corporels s'opérant entre les partenaires porteurs d'émotions ou intentions. Cette notion issue de la psychologie développementale fait également référence au processus d'intersubjectivité vecteur de la vie psychique du nouveau-né. On peut souligner ici, le terme à connotation négative *troubles des interactions* au sein des éléments contrastés.

Des différences entre les univers représentationnels des différents corps de métier peuvent être retenues. Les médecins du bébé et les puéricultrices introduisent la dimension visuelle des interactions ainsi que la dimension attachementiste au sein de leur champ représentationnel. La dimension corporelle domine le champ représentationnel des soignants

de la mère. L'aspect processuel, dynamique des interactions est retrouvé au sein des univers des soignants de la mère et des soignants psy. La dimension affective des interactions est également première pour les médecins du bébé et les soignants de la mère.

Nous allons maintenant nous intéresser aux univers représentationnels des interactions parent-bébé en fonction du lieu d'exercice des professionnels.

4.2.2.1.3. Représentations en fonction du lieu d'exercice

➤ Les professionnels travaillant en PMI (n=42)

Le corpus de mots se compose de 210 associations, dont 96 différentes. 39 évocations sont citées plus de deux fois.

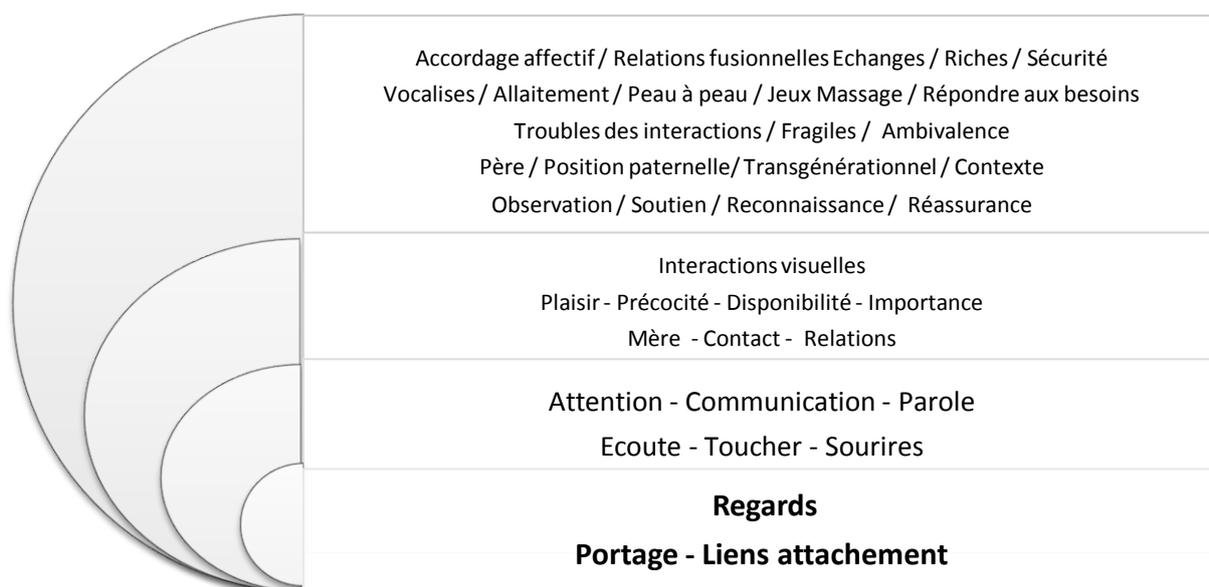


Figure 21 – Représentation « Les interactions parents-bébé » des professionnels travaillant en PMI

Le noyau central se compose de trois éléments : *regards* (52 % ; 2,2), *portage* (21 % ; 2,2) et *liens d'attachement* (19 % ; 2,4). La première périphérie contient six termes : *attention* (17 % ; 2,7), *communication* (17 % ; 2,7), *parole* (14 % ; 3), *écoute* (12 % ; 3), *toucher* (17 % ; 3,8) et *sourires* (19 % ; 3,9). Enfin, les neuf éléments contrastés sont : *contact* (7 % ; 1), *plaisir* (5 % ; 1), *précocité* (5 % ; 1), *disponibilité* (5 % ; 1,5), *importance* (7 % ; 1,7), *interactions visuelles* (7 % ; 2), *mère* (7 % ; 2) et *relations* (5 % ; 2).

Les éléments saillants introduisent trois grandes dimensions au sein des interactions : visuelle (*regards*), corporelle et notamment par une illustration d'enveloppement (*portage*) et

attachementiste (*liens d'attachement*). Les interactions corporelles sont abordées par le versant dynamique.

➤ Les professionnels travaillant en libéral (n=21)

Le corpus de mots se compose de 105 associations, dont 65 différentes. 22 évocations sont citées plus de deux fois.

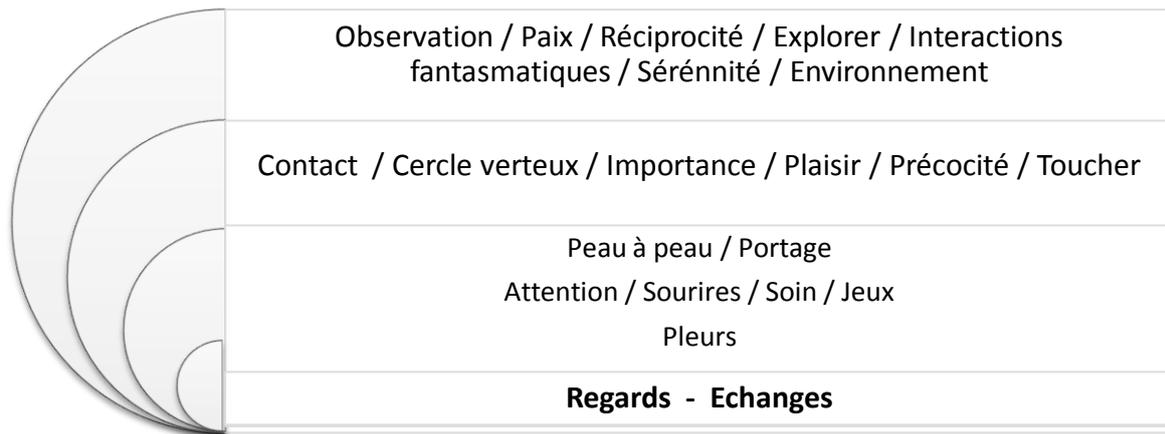


Figure 22- Représentation « Les interactions parents-bébé » chez les professionnels travaillant en libéral

Le noyau central est composé de deux termes : *regards* (43 % ; 1,9) et *échanges* (14 % ; 2,3). La première périphérie comporte sept éléments : *peau à peau* (14 % ; 3), *attention* (14 % ; 3,3), *pleurs* (14 % ; 3,3), *portage* (14 % ; 3,3), *sourires* (29 % ; 3,8), *soin* (14 % ; 4,3) et *jeux* (14 % ; 4,7). Enfin, les six éléments contrastés sont : *contact* (10 % ; 1,5), *cercle vertueux* (10 % ; 2), *importance* (10 % ; 2,5), *plaisir* (10 % ; 2,5), *précocité* (10 % ; 2,5) et *toucher* (10 % ; 2,5).

Les éléments saillants du champ représentationnel sont réduits. C'est la dimension visuelle qui domine l'univers représentationnel des interactions. De plus, un terme synonyme est associé soulignant l'aspect processuel dynamique des interactions parents-bébé.

➤ Les professionnels travaillant en maternité (n=35)

Le corpus de mots se compose de 175 associations, dont 94 différentes. 41 évocations sont citées plus de deux fois.



Figure 23- Représentation « Les interactions parents-bébé » chez les professionnels travaillant en maternité

Le noyau central est composé de cinq éléments : *adaptation* (14 % ; 2), *importance* (17 % ; 2,2), *parole* (14 % ; 2,2), *regards* (31 % ; 2,4) et *toucher* (14 % ; 2,4). La première périphérie se compose de trois termes : *peau à peau* (17 % ; 3,6), *troubles des interactions* (11% ; 4) et *soin* (11 % ; 5). Les douze éléments contrastés sont : *amour* (9 % ; 1), *liens d'attachement* (9 % ; 1), *accordage affectif* (9 % ; 1,3), *proximité* (6 % ; 1,5), *attention* (9 % ; 2), *communication* (9 % ; 2), *reconnaissance* (9 % ; 2), *disponibilité* (6 % ; 2), *échanges* (6 % ; 2), *bien-être* (6 % ; 2,5), *différenciation* (6 % ; 2,5) et *filiation* (6 % ; 2,5).

Les cinq éléments saillants soulignent chacun un aspect particulier des interactions. Les illustrations dominantes des différentes modalités interactives sont la *parole*, les *regards* et enfin le *toucher*. Le qualificatif employé pour illustrer les interactions corporelles (*toucher*) diffère de celui inscrit dans l'univers représentationnel des professionnels de PMI (*portage*) : les interactions corporelles sont évoquées ici par une approche cutanée. Le terme *dynamique* aborde les interactions sous un angle plus explicatif que descriptif en explicitant l'aspect processuel actif des interactions. Enfin la place première des interactions pour les soignants de la maternité constitue un élément saillant de cet univers représentationnel (*importance*). Cet élément participe plus d'une dimension normative.

Si la dimension visuelle des interactions est commune aux différents univers représentationnels, des nuances peuvent être observées en fonction du lieu d'exercice. Les professionnels de la PMI sont sensibles à la dynamique attachementiste médiée par les interactions. Les professionnels libéraux orientent le noyau central de leur représentation sur l'aspect processus actif des interactions (*échanges*). Quand aux soignants des maternités, la notion d'adaptabilité est saillante. Cette diversité complémentaire des univers représentationnels rend compte de la multiplicité comprise au sein des processus interactifs parents-bébé.

4.2.2.2. Analyse catégorielle

Les éléments du champ représentationnel peuvent être regroupés en neuf champs lexicaux: synonymie, les différentes composantes des interactions, descriptif des interactions, le contexte, la parentalité, le domaine de la psychologie, les dispositions soignantes, le versant pathologique, les critiques. Le champ représentationnel apparaît éclectique dominé essentiellement par les différentes dimensions interactives et par le descriptif du processus interactif (fréquence cumulée est de 57%) et le champ lexical de la parentalité. Les six autres champs lexicaux tiennent une place secondaire.

Les soignants décortiquent les interactions parents-bébé en cinq composantes : les interactions vocales, les interactions visuelles, les interactions corporelles que l'on peut appréhender selon deux modalités, l'enveloppement et une mettant l'accent sur le contact cutané. Ces trois modalités interactives sont complétées par la composante affective et l'aspect sensoriel inhérent aux interactions parents-bébé.

Le champ lexical nommé « descriptif des interactions » est construit autour de cinq "propriétés" attribuées aux interactions. Plusieurs qualificatifs sont associés soulignant l'aspect dynamique (*processus*) et la réciprocité au cœur des phénomènes interactifs (*cercle vertueux, dépendance*), le lien fort entre les interactions et la bonne santé du bébé est également pointé. Puis, c'est la complexité du processus qui est mis en lumière avec notamment la richesse des échanges parent-bébé, leur impact sur le développement du jeune enfant (*importante pour le développement*), et la précocité de la mise en place de ces processus. Les deux principales qualités énoncées sont la régularité des interactions procurant sécurité au bébé (*fiabilité*) et leur dimension contenante pour le jeune enfant (*confort, apaisement du bébé*). Deux dimensions transversales de ces processus, quelque soit la

modalité interactive, sont appréhendées: la dimension relationnelle (*découverte, reconnaissance*) et notamment ludique (*jeux, stimulation*) ainsi que la dimension affective regroupant les affects induits par le rapproché (*proximité, complicité*) et ceux dominés par les émotions positives (*amour, plaisir, épanouissement, sérénité*).

Enfin, le troisième champ lexical prépondérant au sein de cet univers représentationnel s'intéresse au processus de parenté qu'il décortique en six points. Les dispositions psychiques prêtées aux parents tiennent une place essentielle au sein de ce champ lexical et notamment l'attention du parent pour son enfant. La présence physique du parent et notamment celle du père auprès de la mère et du jeune enfant est évoquée ainsi que leur disponibilité à son égard. Les interactions sont présentées comme une réponse parentale à un besoin de l'enfant, réponse qui passe par le respect des rythmes et des compétences du jeune enfant (*bébé en demande, être à l'écoute, comprendre les pleurs*). L'aspect d'incompréhension parentale possiblement déstabilisante de ces besoins est également énoncé. Enfin, l'accent est mis sur l'importance des moments de soins et de maternage au sein des échanges parents-bébé.

Champs lexicaux	Fréquence
Synonymie	4%
Différentes composantes des interactions <ul style="list-style-type: none"> - Interactions vocales - Interactions visuelles - Interactions corporelles <ul style="list-style-type: none"> o Contact cutané o Dimension d'enveloppement - Composante affective - L'aspect sensorial 	33%
Descriptif des interactions <ul style="list-style-type: none"> - Une dynamique interdépendante - Interdépendance avec la santé - Un processus complexe - Aspect développemental <ul style="list-style-type: none"> o Précocité du processus o Qualités attendues o Régularité - Dimension contenante - Dimension relationnelle - Dimension ludique - Dimension affective du rapproché - Inducteurs d'affects positifs <ul style="list-style-type: none"> o Dimension paisible 	24%
Contexte <ul style="list-style-type: none"> - Dimension sociale - Dimension prénatal de l'attente 	1%

Parentalité <ul style="list-style-type: none"> - Parentalité partagée (être trois) - Dimension d'obligation /un devoir - Présence physique - Dispositions psychiques - Des préoccupations parentales - Une mère en bonne santé - Soins quotidiens <ul style="list-style-type: none"> o Spécificité du temps de l'alimentation - Les interactions comme une réponse à un besoin <ul style="list-style-type: none"> o Rythmicité des besoins o Compétences du bébé o Des réponses parentales 	18%
Domaine de la psychologie <ul style="list-style-type: none"> - Trois dimensions : réelle, imaginaire, fantasmatique - Les projections - L'aspect transgénérationnel - Deux pôles : fusion/différenciation 	5%
Dispositions / attitudes soignantes <ul style="list-style-type: none"> - Dimension soutenance - Dimension étayage - Dimension d'évaluation - Dimension préventive - Autre 	8%
Versant pathologique <ul style="list-style-type: none"> - Caractéristiques des interactions pathologiques - Situations parentales fragilisantes - Retentissement sur le bébé 	6%
Critiques	1%

Figure 24 - Champs lexicaux du champ représentationnel "Les interactions parent-bébé"

4.2.3. Une situation à risque psychologique

Le corpus comprend 505 évocations pour un total de 190 termes différents.

4.2.3.1. Analyse prototypique

4.2.3.1.1. La représentation « Une situation à risque psychologique »

Sur le total de 190 termes cités différents, 85 termes sont cités par plus de (ou égal) deux personnes.

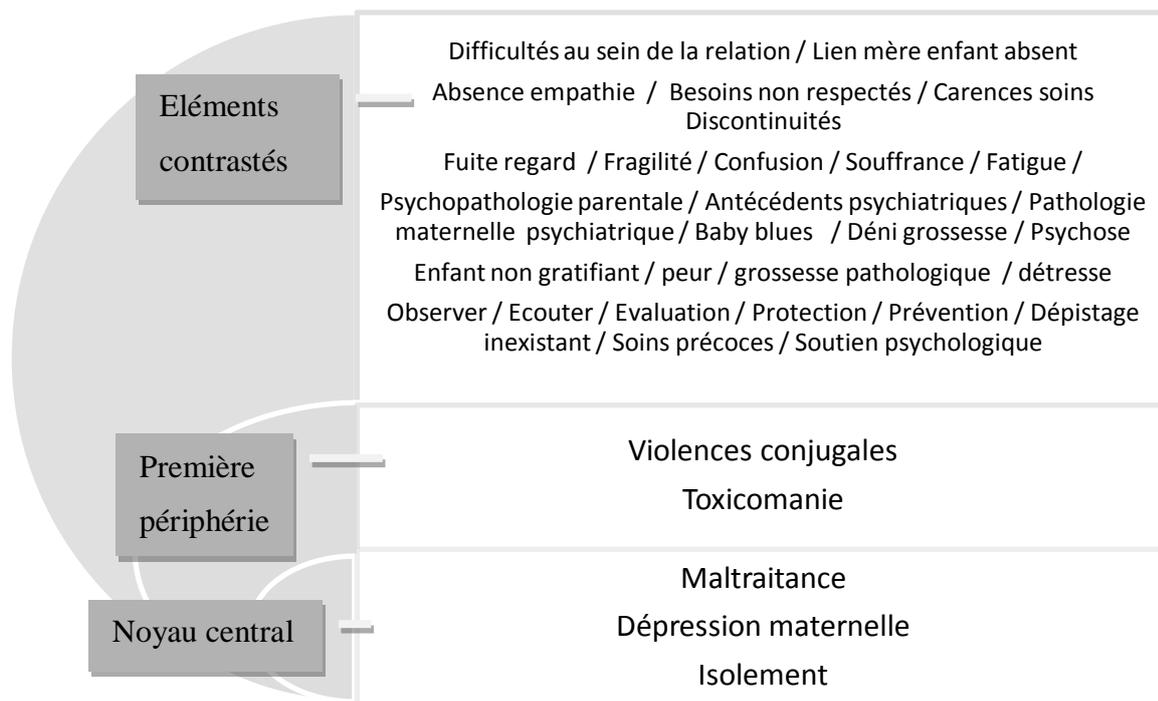


Figure 25 - Représentation « Une situation à risque psychologique »

Le noyau central se compose de trois termes : *maltraitance* (16 % ; 2,3), *dépression maternelle* (36 % ; 2,4) et *isolement* (18 % ; 2,5). Les deux éléments figurant la première périphérie sont : *violences conjugales* (21 % ; 3,1) et *toxicomanie* (16 % ; 3,7). Enfin, les éléments contrastés sont au nombre de 29. Nous ne détaillerons ici que les onze termes ayant une fréquence supérieure à 3 % : *observer* (4 % ; 1,7), *fatigue* (4 % ; 1,8), *prévention* (7 % ; 2), *fuite du regard* (5 % ; 2), *pathologie maternelle psychiatrique* (6 % ; 2,1), *fragilité* (4 % ; 2,2), *lien mère-enfant absent* (8 % ; 2,3), *psychopathologie parentale* (7 % ; 2,4), *antécédents psychiatriques* (5 % ; 2,4), *baby blues* (5 % ; 2,4) et *déni de grossesse* (4 % ; 2,4).

Le champ représentationnel de « *une situation à risque psychologique* » peut être appréhendé en deux principales dimensions. La majorité des évocations énonce des sources de danger possible : *dépression maternelle* est citée par plus de un professionnel sur deux. Les éléments saillants du noyau central trois illustrations : *maltraitance*, *dépression maternelle* et *isolement*. On remarque que l'implication maternelle est majeure au sein de ces situations : c'est la pathologie maternelle est qui source de risque (*dépression maternelle*, *pathologie maternelle psychiatrique*, *toxicomanie*). Les situations concernant le temps du post-partum (*baby-blues*, *dépression*) mais également le temps du pré-partum (*déni de grossesse*, *grossesse non désirée*). Les sources de danger peuvent également se situer au sein même de la relation avec le jeune enfant (*maltraitance*, *liens mère-enfant absent*). Enfin, une troisième source de risque

est identifiée: l'environnement au sein duquel gravite l'enfant (*isolement, violences conjugales*). La seconde dimension regroupe les actions soignantes que ces situations à risque induisent (*prévention, observer*). Le bébé en lui-même est très peu présent : seul le terme de *fuite du regard* est présent, évoqué par 5% des professionnels enquêtés.

Les justifications données par les professionnels permettent d'apprécier au plus près la dynamique associative. L'entrave au processus de préoccupation parentale par des processus psychiques pathologique est une des principales justifications faites et ce quelque soit la pathologie évoquée (*incapacité à se préoccuper des besoins de l'enfant, mère peu disponible dans la relation avec son enfant*).

➤ Valence affective de la représentation

L'indice de polarité est de -0.2, la plupart des mots sont connotés négativement. L'indice de neutralité -0.8 souligne une faible neutralité de la représentation. De manière attendue, cette représentation est chargée émotionnellement de manière négative.

➤ Dimensions de la représentation

Les justifications explicitant le mécanisme associatif soulignent équitablement les trois dimensions décrites. 35% des évocations répondent à des pratiques opératoires (« *besoin d'agir* ») : il est alors question de la fonction prescriptive des éléments composant une représentation. 34% sont des éléments normatifs (« *constat* »), prises de positions évoquant des systèmes de valeur, il s'agit de la fonction attributive. Enfin, 31% des évocations sont des éléments descriptifs (« *illustration* »), ils font appel à la fonction descriptive des représentations. Les éléments descriptifs et les éléments prescriptifs peuvent être regroupés, ces éléments fonctionnels soulignent la proximité à l'objet que les professionnels entretiennent avec l'objet de la représentation. Enfin, les éléments normatifs mettent en évidence la composante morale de l'objet étudié, *une situation à risque psychologique*.

Nous allons maintenant détailler les représentations en fonction de l'appartenance professionnelle.

4.2.3.1.2. Représentations en fonction de la profession

➤ Les médecins du bébé (n=21)

Le corpus de mots se compose de 105 associations, dont 62 différentes. 20 évocations sont citées plus de deux fois.

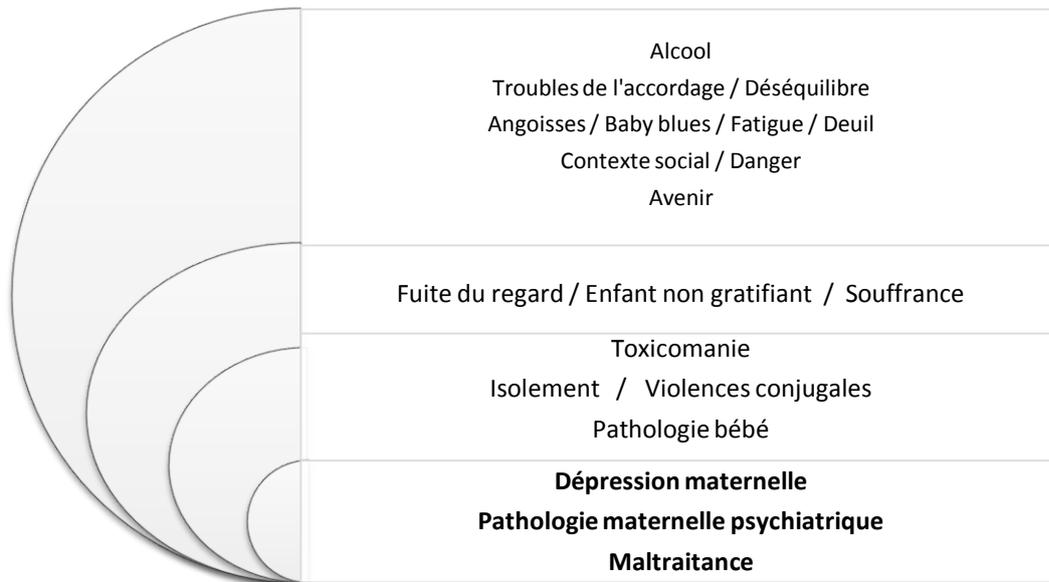


Figure 26 - Représentation « Une situation à risque psychologique » chez les médecins du bébé

Le noyau central se compose de trois termes : *dépression maternelle* (38 % ; 1,9), *pathologie maternelle psychiatrique* (14 % ; 2) et *maltraitance* (19 % ; 2,2). La première périphérie contient quatre éléments : *toxicomanie* (19 % ; 2,7), *isolement* (33 % ; 2,8), *violences conjugales* (33 % ; 3,4) et *pathologie du bébé* (14 % ; 3,7). Les trois éléments contrastés sont : *fuite du regard* (10 % ; 1), *enfant non gratifiant* (10 % ; 2,5) et *souffrance* (10 % ; 2,5).

Les éléments saillants de cette représentation sont trois illustrations : la dépression maternelle, les situations de maltraitances et les pathologies maternelles psychiatriques.

➤ Les puéricultrices (n=22)

Le corpus de mots se compose de 110 associations, dont 84 différentes. 14 évocations sont citées plus de deux fois.

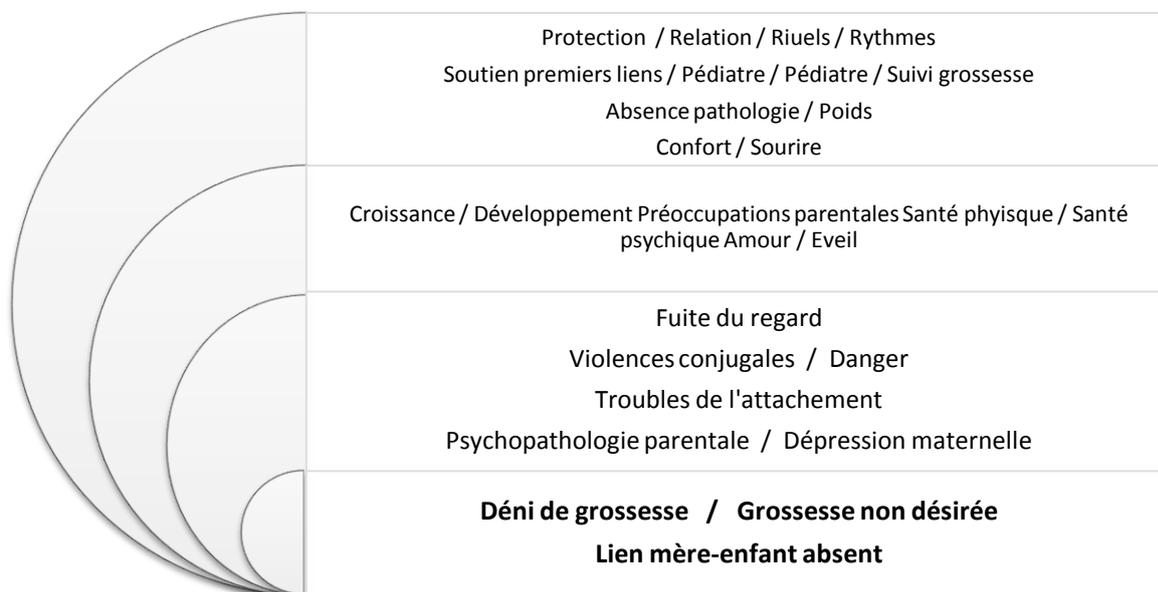


Figure 27 - Représentation « Une situation à risque psychologique » chez les puéricultrices

Le noyau central est composé de trois éléments : *déni de grossesse* (14 % ; 2,3), *grossesse non désirée* (14 % ; 2,3) et *lien mère-enfant absent* (14 % ; 2,3). La première périphérie contient six termes : *dépression maternelle* (23 % ; 2,6), *fuite du regard* (14 % ; 2,7), *violences conjugales* (14 % ; 2,7), *danger* (18 % ; 3), *troubles de l'attachement* (18 % ; 3,2) et *psychopathologie parentale* (14 % ; 3,3). Les trois éléments contrastés sont : *isolement* (9 % ; 1), *accompagnement* (9 % ; 2,5) et *accouchement difficile* (9 % ; 2).

Le noyau central regroupe trois situations à risque psychologique : le déni de grossesse, une grossesse non désirée et l'absence de lien mère-enfant.

➤ Les soignants de la mère (n=30)

Le corpus de mots se compose de 150 associations, dont 81 différentes. 29 évocations sont citées plus de deux fois.

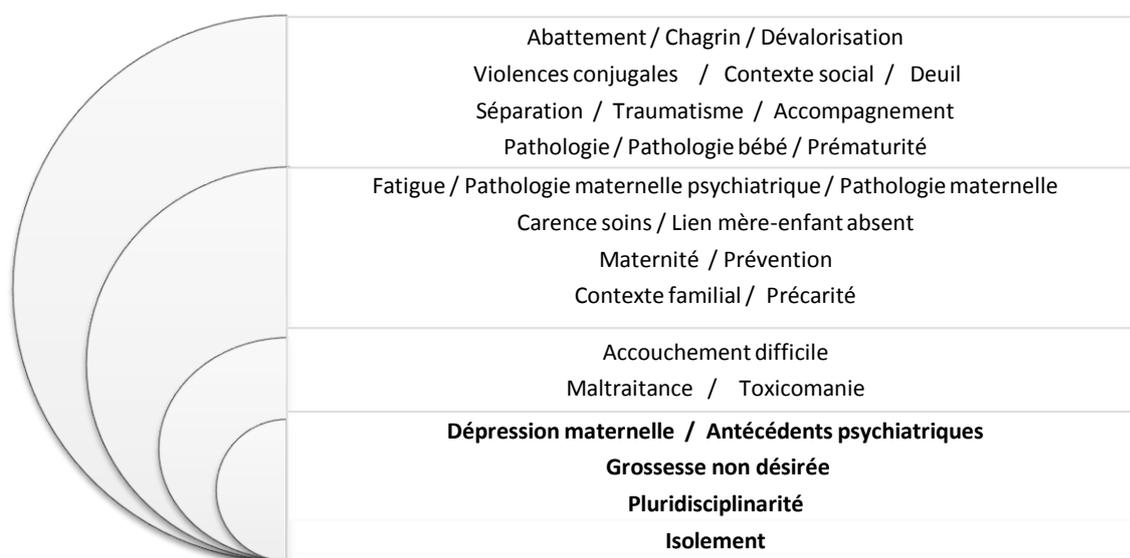


Figure 28 - Représentation « Une situation à risque psychologique » chez les professions côté mère

Le noyau central comprend cinq éléments : *dépression maternelle* (50% ; 2.2), *grossesse non désirée* (13% ; 2.2), *pluridisciplinarité* (13% ; 2.2), *isolement* (17% ; 2.4) et *antécédents psychiatriques* (13% ; 2.5). La première périphérie contient trois termes : *accouchement difficile* (13% ; 3.5), *maltraitance* (13% ; 3.5) et *toxicomanie* (27% ; 4.1). Enfin, les éléments contrastés sont au nombre de neuf : *pathologie maternelle psychiatrique* (10% ; 2), *contexte familial* (10% ; 2.3), *prévention* (10% ; 2.3), *fatigue* (7% ; 1.5), *carences de soin* (7% ; 2), *lien mère-enfant absent* (7% ; 2), *maternité* (7% ; 2), *pathologie maternelle* (7% ; 2.5) et *précarité* (7% ; 2.5).

Le noyau central comprend trois situations : la *dépression maternelle*, des *antécédents psychiatriques* et une *grossesse non désirée*. Un contexte d'*isolement* est également évoqué.

Les éléments saillants de cet univers représentationnel sont composites. Ils condensent des illustrations de situations à risque du pré-partum (*grossesse non désirée*), du post-partum (*dépression maternelle*), le contexte relationnel (*antécédents psychiatriques*) et contexte social (*isolement*) et enfin la présence soignante (*pluridisciplinarité*).

➤ Les soignants du domaine psychiatrique (n=19)

Le corpus de mots se compose de 95 associations, dont 58 différentes. 17 évocations sont citées plus de deux fois.

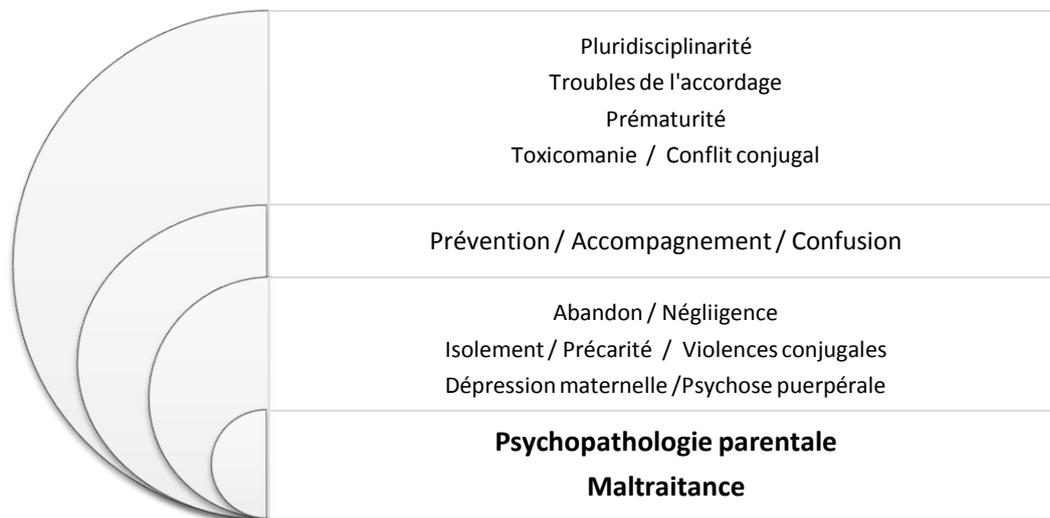


Figure 29 - Représentation « Une situation à risque psychologique » chez les professionnels psy*

Le noyau central comprend deux termes : *psychopathologie parentale* (21% ; 1.7) et *maltraitance* (26% ; 2.4). La première périphérie se compose de sept éléments : *violences conjugales* (21% ; 3), *abandon* (16% ; 3), *négligence* (21% ; 3.2), *isolement* (16% ; 3.3), *dépression maternelle* (37% ; 3.4), *psychose puerpérale* (21% ; 3.5) et *précarité* (16% ; 4.3). Enfin, les trois éléments contrastés sont : *prévention* (11% ; 1), *accompagnement* (11% ; 2.5) et *confusion* (11% ; 2.5).

Les éléments saillants de cette représentation regroupent deux situations relationnelles pathologiques : la psychopathologie parentale et la maltraitance.

Si les éléments saillants de la représentation des médecins du bébé sont centrés sur les pathologies maternelles (dépression maternelle, pathologie maternelle psychiatrique), l'univers représentationnel des puéricultrices concernant les situations à risque psychologique est axé sur des situations pré-partum (déli de grossesse, grossesse non désirée). Le noyau central des soignants de la mère est composite, la dimension soignante y est présente complétant les différentes illustrations. Les éléments centraux composant la représentation sont plus généralistes (maltraitance, psychopathologie parentale). Les univers représentationnels sont homogènes reprenant sensiblement des éléments semblables.

4.2.3.1.3. Représentations en fonction du lieu de travail

➤ Les professionnels travaillant en PMI (n=42)

Le corpus de mots se compose de 210 associations, dont 110 différentes. 31 évocations sont citées plus de deux fois. Le champ représentationnel est hétérogène.

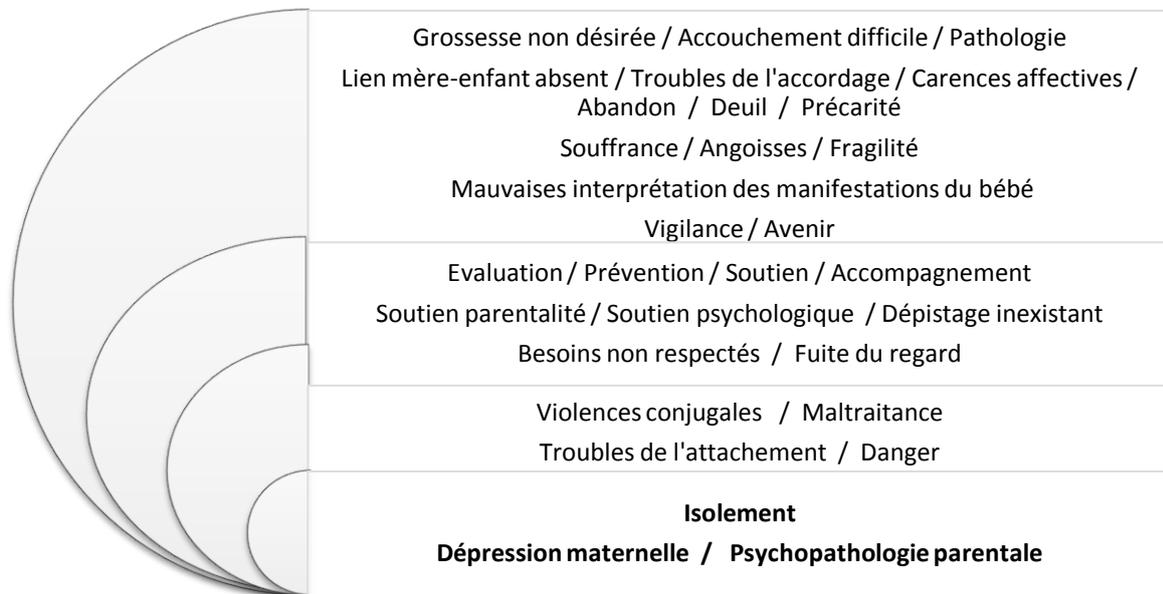


Figure 30- Représentation « Une situation à risque psychologique » chez les professionnels de PMI

Le noyau central se compose de trois termes : isolement (19 % ; 2), *dépression maternelle* (26 % ; 2,1), *psychopathologie parentale* (14 % ; 2,3). Les quatre éléments composant la première périphérie sont : *violences conjugales* (21 % ; 2,8), *maltraitance* (17 % ; 3,1), *troubles de l'attachement* (12 % ; 3,2) et *danger* (12 % ; 3,4). Les éléments contrastés sont au nombre de dix : *prévention* (7 % ; 1), *fuite du regard* (10 % ; 1,5), *soutien* (5 % ; 1,5), *besoins non respectés* (7 % ; 2), *évaluation* (7 % ; 2), *dépistage inexistant* (5 % ; 2), *soutien à la parentalité* (5 % ; 2), *soutien psychologique* (5 % ; 2), *discontinuités* (5 % ; 2,5) et *accompagnement* (7 % ; 2,3).

Le noyau central de la représentation des soignants de PMI condense deux situations jugées à risque (*dépression maternelle*, *psychopathologie parentale*) et un contexte environnemental à risque (*isolement*).

➤ Les professionnels travaillant en libéral (n=21)

Le corpus de mots se compose de 105 associations, dont 57 différentes. 19 évocations sont citées plus de deux fois.

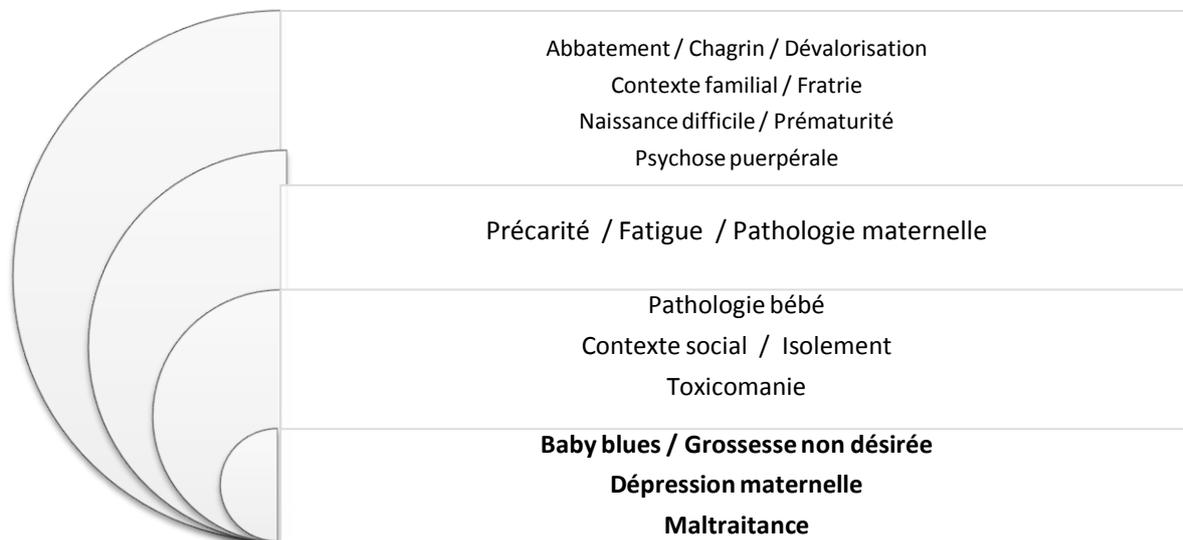


Figure 31 - Représentation « Une situation à risque psychologique » chez les professionnels libéraux

Le noyau central se compose de quatre termes : *baby blues* (14 % ; 1,7), *grossesse non désirée* (14 % ; 2), *dépression maternelle* (62 % ; 2,2) et *maltraitance* (24 % ; 2,4). Les quatre éléments de la première périphérie sont : *isolement* (33 % ; 2,7), *pathologie du bébé* (24 % ; 3), *contexte social* (19 % ; 3,5) et *toxicomanie* (24 % ; 4,2). Les trois éléments contrastés sont : *précarité* (10% ; 2), *fatigue* (10% ; 2,5) et *pathologie maternelle* (10% ; 2,5).

Les éléments saillants de cette représentation se composent d'illustrations causales de dysfonctionnements relationnels mère-bébé tant pendant le temps du pré-partum (*grossesse non désirée*) que du post-partum (*baby-blues*, *dépression maternelle*) et une situation relationnelle pathologique (*maltraitance*).

➤ Les professionnels de maternité (n=35)

Le corpus de mots se compose de 175 associations, dont 96 différentes. 34 évocations sont citées plus de deux fois.

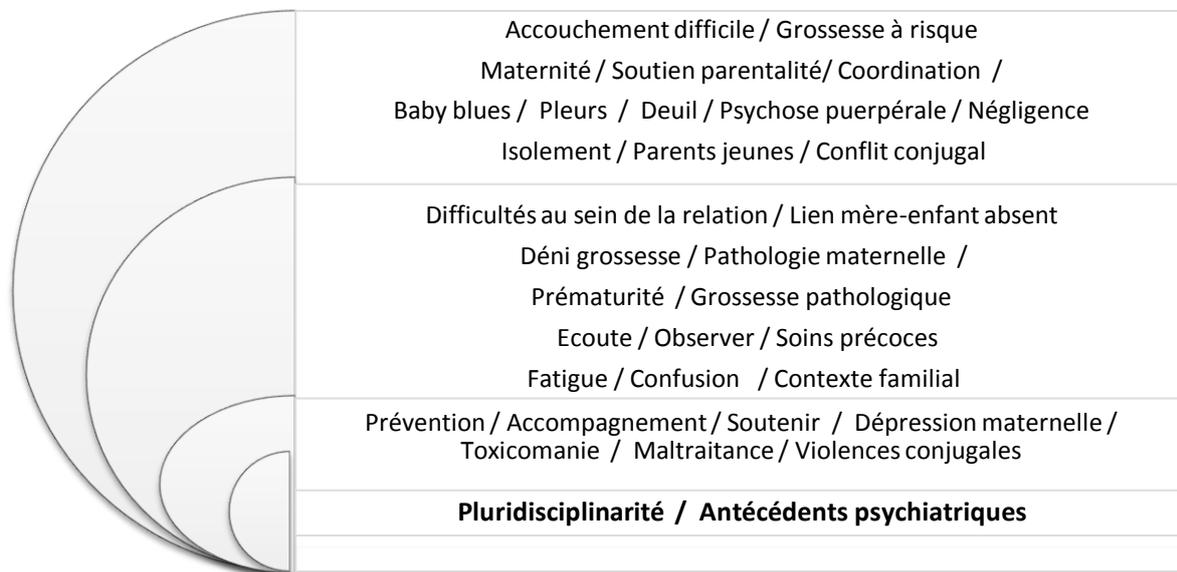


Figure 32 - Représentation « Une situation à risque psychologique » chez les professionnels de maternité

Le noyau central est composé de deux éléments : *pluridisciplinarité* (17 % ; 2,5) et *antécédents psychiatriques* (11 % ; 2,5). La première périphérie contient sept termes : *prévention* (11 % ; 2,7), *dépression maternelle* (34 % ; 2,8), *maltraitance* (11 % ; 3), *toxicomanie* (26 % ; 3,3), *accompagnement* (17 % ; 3,3), *soutenir* (14 % ; 3,6) et *violences conjugales* (23 % ; 3,6). Les douze éléments contrastés sont : *difficultés relationnelles* (6 % ; 1), *fatigue* (6 % ; 1), *grossesse pathologique* (6 % ; 1), *écoute* (6 % ; 1,5), *confusion* (6 % ; 2), *prématurité* (6 % ; 2), *soins précoces* (6 % ; 2), *déni de grossesse* (9 % ; 2,3), *liens mère-enfant absent* (9 % ; 2,3), *pathologie maternelle psychiatrique* (9 % ; 2,3), *contexte familial* (6 % ; 2,5) et *observer* (6 % ; 2,5).

Le noyau central de cette représentation développe deux axes : le travail soignant (*pluridisciplinarité*) et le contexte relationnel causal (*antécédents psychiatriques*).

Le lieu d'exercice des professionnels n'influence pas les univers représentationnels. Les professionnels libéraux et des PMI abordent différentes illustrations concernant tant le temps anténatal que post-partum. Les dysfonctionnements relationnels priment. Les professionnels des maternités évoquent en complément la pluridisciplinarité de la discipline.

4.2.3.2. Analyse catégorielle

Le contenu représentationnel peut être regroupé en sept champs lexicaux principaux: la clinique du bébé, la clinique des interactions perturbées, la maltraitance, l'environnement, la clinique de la mère, le contexte psychopathologique familial et enfin les actions thérapeutiques. Les évocations se répartissent de manière

Champs lexicaux	Fréquence
Clinique du bébé <ul style="list-style-type: none"> - Complications périnatales - Distorsions de l'éveil - deux pôles: retrait relationnel et vigilance - Portage difficile - Troubles des fonctions instinctuelles 	10%
Clinique des interactions perturbées <ul style="list-style-type: none"> - Notion d'attachement - Notion d'accordage - Dimension d'imprévisibilité - Dimension d'inattention - Non respect de l'enfant dans ses particularités - Distorsions de la communication 	10%
Maltraitance <ul style="list-style-type: none"> - Pluralité des situations de maltraitance - Des carences : affectives, de soins, éducatives 	10%
Environnement <ul style="list-style-type: none"> - Violence - Précarité sociale - Isolement - Conflits conjugaux - Perte - Défaillance 	18%
Clinique de la mère <ul style="list-style-type: none"> - Eléments dépassement de soi - Eléments dépressifs - Eléments anxieux - Temps prenatal 	22%
Contexte psychopathologique familial <ul style="list-style-type: none"> - Pluralité des pathologies maternelles psychiatriques - Toxicomanie 	12%
Actions thérapeutiques <ul style="list-style-type: none"> - Réseau médical - Actions diagnostiques - Dimension relationnelle - Dimension de soutien / accompagnement - Place centrale de l'empathie 	19%

<ul style="list-style-type: none"> - Leviers thérapeutiques - Axe dépistage-prévention - Axe protection de l'enfance - Importance de soins précoces - Critiques du dispositif soignant 	
---	--

Figure 33 - Champs lexicaux du champ représentationnel "Une situation à risque psychologique"

4.3. Le questionnaire d'opinion

Cette seconde méthode quantitative vient compléter la première. Les résultats sont traités selon deux axes : une analyse statistique isolée présente les moyennes de chaque item pour l'ensemble des professionnels enquêtés, puis deux comparaisons sont proposées en fonction des professions et en fonction du lieu d'exercice. Une seconde analyse cherche des corrélations entre les réponses permettant de dégager des axes généraux influençant les enquêtés.

4.3.1. Traitement statistique descriptif

Nous présenterons successivement les résultats pour l'ensemble de la population soignante enquêtée, puis en fonction de la profession, et enfin en fonction du lieu d'exercice.

4.3.1.1. Questionnaire d'opinion pour l'ensemble des soignants enquêtés

Quatre items sont repérés comme ayant étant à haut risque de fragilisation psychologique pour le bébé (moyenne supérieure à 4) : *bébé peu accessible par le regard* (4,2), *visage inexpressif du bébé* (4,1), *parent pris en charge pour schizophrénie* (4,1) et *couple parental séparé* (4,1). Deux situations sont identifiées comme à faible risque : *parents âgés de moins de 25ans* (2,2) et *troubles de l'alimentation* (2,9). Les autres items sont identifiés comme facteurs de risque modérés.

Situations à risque de fragilisation psychologique pour le bébé	Moyenne
Bébé peu accessible par le regard	4,2
Couple parental séparé	4,1
Parent pris en charge pour schizophrénie	4,1
Visage inexpressif du bébé	4,1
Suivi psychiatrique d'un parent précédent la naissance	3,9
Bébé tout "mou" dans les bras	3,9
Parent pris en charge pour dépression	3,8
Bébé réagissant peu aux stimulations	3,8
Bébé ne vocalisant pas	3,8
Echanges vécus comme peu engageants	3,8
Bébé dormant beaucoup-réclamant peu	3,7
Bébé impossible à consoler	3,6
Parents en difficulté pour comprendre son bébé	3,6
Parent triste	3,6
Bébé très tonique	3,5
Bébé bougeant peu spontanément	3,5
Antécédent de placement à l'ASE	3,3
Mère célibataire	3,3
Troubles du sommeil	3,2
Bébé réclamant beaucoup d'attention	3,2
Grossesse non planifiée	3,2
Parent anxieux	3,2
Parents isolés	3,1
Développement staturo-pondéral non harmonieux	3,1
Bébé souvent malade	3,0
Troubles de l'alimentation	2,9
Jeunes parents	2,2

Figure 34 - Moyenne par items du questionnaire d'opinion

4.3.1.2. Questionnaire d'opinion en fonction de la profession

Les puéricultrices et les soignants psychiatriques sont globalement plus inquiets face aux situations proposées que les médecins du bébé et les soignants de la mère.

Les soignants psychiatriques identifient sept items comme à haut risque : *couple parental séparé* (4,3), *parent pris en charge pour schizophrénie* (4,0), *bébé hypotonique dans les bras de son parent* (4,0), *bébé réagissant peu aux stimulations* (4,1), *visage inexpressif du bébé* (4,4), *bébé ne vocalisant pas* (4,1) et *bébé peu accessible au regard* (4,4). Les situations « *parent en difficulté pour comprendre son bébé* » et « *bébé ne vocalisant pas* » sont identifiées uniquement par les soignants psychiatriques comme étant à risque important de fragilisation psychologique du bébé.

Les puéricultrices identifient huit items à risque élevé : *couple parental séparé* (4,2), *suivi psychiatrique d'un parent précédant la naissance* (4,2), *parent pris en charge pour dépression* (4,1) ou *pour schizophrénie* (4,5), *bébé hypotonique dans les bras de son parent* (4,3), *bébé réagissant peu aux stimulations* (4,0), *visage inexpressif du bébé* (4,1) et *bébé peu accessible par le regard* (4,3).

Les médecins du bébé (pédiatres et médecins généralistes travaillant en PMI) retiennent trois situations comme étant à risque élevé de fragilisation : *couple parental séparé* (4,3), *suivi psychiatrique d'un parent précédant la naissance* (4,1) et *parent pris en charge pour schizophrénie* (4,2).

Enfin, les soignants de la mère (sages-femmes et médecins gynéco-obstétriciens) retiennent deux situations : *couple parental séparé* (4,1) et *bébé peu accessible par le regard* (4,1).

Un seul item est identifié par l'ensemble des professionnels enquêtés comme à haut risque : *séparation du couple parental*.

Les analyses de la variance à un facteur ne permettent pas de dégager des différences significatives entre les groupes ($p < 0.05$).

Items	Psy*	Puéricultrices	Médecins du bébé	Soignants/ mère
Jeunes parents	2,2	2,4	2,3	2,1
Pas d'entourage proche	3,3	3,4	2,9	3,2
Mère célibataire	3,2	3,6	3,1	3,3
Couple parental séparé	4,3	4,2	4,3	4,1
Grossesse non planifiée	3,3	3,2	3,3	3,0
Antécédent parental de placement	3,5	3,2	3,4	3,2
Suivi psychiatrique d'un parent précédent la	3,8	4,2	4,1	3,6
Parent pris en charge pour dépression	3,7	4,1	3,7	3,5
Parent pris en charge pour schizophrénie	4,0	4,5	4,2	3,8
Problèmes liés au sommeil chez le bébé	3,4	3,2	3,1	2,9
Problèmes liés à l'alimentation pour le bébé	3,3	3,1	2,7	2,6
Développement staturo-pondéral non	3,2	3,4	3,0	2,7
Bébé souvent malade	3,1	3,3	2,9	2,8
Bébé tout "mou" dans les bras de son parent	4,0	4,3	3,5	3,6
Bébé très tonique	3,4	3,7	3,2	3,6
Bébé bougeant peu spontanément	3,6	3,7	3,2	3,4
Bébé réagissant peu aux stimulations	4,1	4,0	3,5	3,6
Bébé décrit comme dormant tout le temps,	3,9	3,8	3,3	3,5
Bébé réclamant beaucoup d'attention	3,5	3,5	3,0	3,0
Visage inexpressif du bébé	4,4	4,1	3,9	3,9
Bébé ne vocalisant pas	4,1	3,6	3,6	3,7
Bébé peu accessible par le regard	4,4	4,3	3,9	4,1
Bébé impossible à consoler	3,8	3,8	3,4	3,5
Echanges avec le bébé vécus comme peu	3,7	3,8	3,8	3,8
Parents en difficulté pour comprendre son	3,9	3,4	3,3	3,6
Parent anxieux	3,3	3,1	3,3	3,0
Parent triste	3,8	3,8	3,7	3,2
Moyennes des moyennes	3,6	3,6	3,4	3,3
Effectif	29	22	21	30

Figure 35 - Moyennes par item en fonction de la profession

4.3.1.3. Questionnaire d'opinion en fonction du lieu d'exercice

Les résultats sont plus homogènes. Quatre situations sont identifiées par l'ensemble des trois groupes comme étant à haut risque: *couple parental séparé* (4,1 ; 4,3 ; 4,0), *parent pris en charge pour schizophrénie* (4,0;4,2 ; 4,1), *visage inexpressif du bébé* (4,1 ; 4,1 ; 4,2) et *bébé peu accessible par le regard* (4,3 ; 4,2 ; 4,1).

Les professionnels travaillant en maternité retiennent une cinquième situation à risque élevé : *suivi psychiatrique d'un parent précédent la naissance* (4.0). De même, les professionnels libéraux retiennent comme à risque *échanges avec le bébé vécus comme peu engageants* (4.0).

Les analyses statistiques ne permettent pas de dégager des différences significatives ($p < 0.05$) entre les trois groupes.

Les moyennes globales soulignent une certaine homogénéité des opinions exprimées quelque soit le lieu de travail des professionnels.

Items	PMI	Maternité	Libéral
Jeunes parents	2,2	2,2	2,4
Pas d'entourage proche	3,3	2,9	3,0
Mère célibataire	3,2	3,3	3,6
Couple parental séparé	4,1	4,3	4,0
Grossesse non planifiée	2,9	3,4	3,6
Antécédent parental de placement	3,4	3,2	3,5
Suivi psychiatrique d'un parent précédent la	3,8	4,0	3,9
Parent pris en charge pour dépression	3,8	3,9	3,6
Parent pris en charge pour schizophrénie	4,0	4,2	4,2
Problèmes liés au sommeil chez le bébé	3,2	3,1	3,1
Problèmes liés à l'alimentation pour le bébé	3,0	2,6	3,1
Développement staturo-pondéral non harmonieux	3,0	3,1	3,2
Bébé souvent malade	3,0	2,9	3,1
Bébé tout "mou" dans les bras de son parent	3,9	3,9	3,8
Bébé très tonique	3,6	3,3	3,6
Bébé bougeant peu spontanément	3,4	3,6	3,4
Bébé réagissant peu aux stimulations	3,8	3,9	3,7
Bébé décrit comme dormant tout le temps,	3,8	3,4	3,7
Bébé réclamant beaucoup d'attention	3,3	3,1	3,2
Visage inexpressif du bébé	4,1	4,1	4,2
Bébé ne vocalisant pas	3,9	3,7	3,8
Bébé peu accessible par le regard	4,3	4,2	4,1
Bébé impossible à consoler	3,6	3,6	3,9
Echanges avec le bébé vécus comme peu	3,8	3,7	4,0
Parents en difficulté pour comprendre son bébé	3,5	3,5	3,9
Parent anxieux	3,2	3,1	3,3
Parent triste	3,7	3,5	3,5
Moyennes des moyennes	3,5	3,4	3,6
Effectif	42	35	21

Figure 36 - Moyenne par item en fonction du lieu d'exercice

4.3.2. Corrélation

A l'aide du logiciel SPSS, une analyse en composantes principales a été effectuée. Cette analyse associe deux méthodes : une méthode d'extraction puis une rotation *varimax* avec normalisation en Kaiser. Nous avons effectué cette analyse pour l'ensemble de la population enquêtée. Cette méthode permet d'identifier à partir de variables, des principes organisateurs

participant à l'organisation sociocognitive des éléments du champ représentationnel. En dégageant les principales composantes, elle réduit le nombre de variables et évite les redondances (Annexe 5).

Deux composantes principales sont ainsi dégagées. La première explique 37.5% de la variance des réponses. Elle regroupe seize items : *développement staturo-pondéral non harmonieux, bébé souvent malade, bébé hypotonique, bébé hypertonique, mobilité réduite, faible réactivité, bébé réclamant peu, bébé réclamant beaucoup, visage inexpressif, peu de vocalises, peu accessible au regard, bébé difficile à consoler, échanges peu engageants, parents en difficulté pour comprendre son bébé, anxiété parentale et tristesse parentale*. Cette composante regroupe essentiellement des items concernant la séméiologie propre du bébé : fonctions instinctuelles, signes psychomoteurs et de la sphère relationnelle.

La seconde composante représente 10% de la variance. Onze items sont ainsi regroupés : jeunes parents, isolement parental, mère célibataire, séparation du couple parental, grossesse non planifiée, antécédent parental de placement, suivi psychiatrique parental, prise en charge du parent pour schizophrénie ou dépression ainsi que troubles de l'alimentation ou du sommeil. Les situations concernent essentiellement la situation environnementale du bébé et en particulier ses parents.

4.4. Leur métier

Nous avons demandé de spécifier leur définition de leur métier aux professionnels enquêtés, en décrivant succinctement le cœur de leur métier. 92 professionnels ont répondu, soit 91% de l'échantillon. Neuf termes peuvent être retenus comme essentiels, ils composent à eux seuls 78% du corpus des réponses. Les trois plus fréquents (*écoute* (32%), *accompagnement* (23%) et *soutien* (14%)) regroupent à eux 69% des réponses. L'aspect relationnel du métier est premier pour ces professionnels. Puis viennent les dimensions de *prévention* (9%) et de *globalité* (9%) qui qualifient la prise en charge en périnatalité et l'ouvre sur un aspect de la médecine contemporaine : préventive et non plus uniquement curative. Le terme *bien-être* (6%) accentue cette dimension préventive et introduit notamment une dimension affective au travail en périnatalité. Enfin, les autres termes introduisent les deux objets de la périnatalité : le *lien* (8%) et la *relation* (6%) entre la mère et son bébé, ainsi que le *développement infantile* (3%).

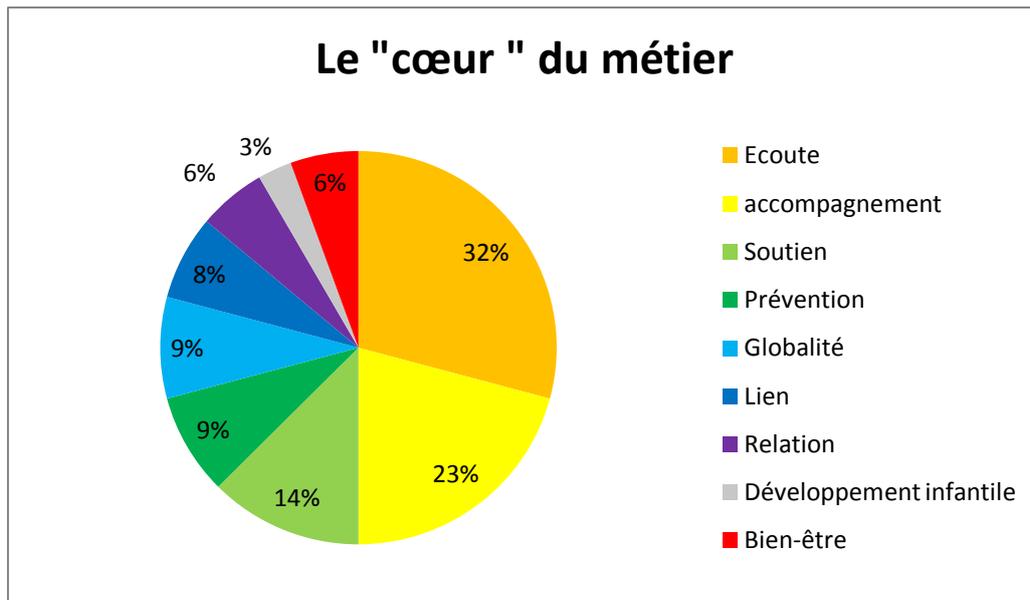


Figure 37 - Caractéristiques du "métier" pour les professionnels

4.5. Retour sur les hypothèses

➤ Hypothèse 1

Notre première hypothèse de travail portait sur la possible influence exercée par la profession et le milieu de travail sur les représentations sociales de la *souffrance psychique du bébé*. Les résultats descriptifs apportent des éléments de réponse. La profession exercée par les professionnels de périnatalité influencerait le contenu de la représentation « une situation à risque psychologique » : des pathologies maternelles à risque sont évoquées par les médecins du bébé, des grossesses difficiles sur le plan psychologique par les puéricultrices, l'isolement social ainsi que la pluridisciplinarité des prises en charge par les soignants de la mère. Enfin les professionnels psychiatriques introduisent les situations de maltraitance. Le lieu d'exercice semble influencer les champs représentationnels dans une moindre mesure. Des résultats similaires ont été dégagés de l'analyse des contenus représentationnels relatifs à la santé du bébé et aux interactions parents-bébé. Enfin, le questionnaire d'opinion montre que des différences entre items se font essentiellement en fonction des professions.

➤ Hypothèse 2

Notre seconde hypothèse postulait une influence du savoir psychologique sur les champs représentationnels. Différents éléments de réponses sont en faveur d'un tel phénomène. Concernant tant la santé du bébé, les interactions parents-bébé que les situations à risque, les

éléments saillants des représentations évoquent les liens d'attachement, l'accordage affectif, ainsi que la pluralité des modalités interactives parent-bébé. Par ailleurs, les situations à risque de fragilisation psychologique évoquées par les enquêtés concernent presque exclusivement des troubles psychiatriques maternels.

5. Discussion

Dans cette recherche, nous avons interrogé des professionnels dans le but de faire émerger leurs représentations de la souffrance psychique du nourrisson, et tenter d'appréhender les descripteurs opérants pour eux. La démarche est empirique. La plupart des publications concernant la souffrance psychique de l'enfant en bas-âge admettent cette notion comme allant de soi pour davantage se focaliser sur l'éventuelle validation d'hypothèses psychopathologiques, mettre en lumière des enjeux diagnostiques, ou encore discuter de ses possibles conséquences sur le développement infantile à court et long terme. La méthodologie utilisée nous a paru être une option pertinente pour approcher la perception des professionnels de première ligne.

Nous aborderons successivement les limites de la production des résultats, la comparaison de ceux-ci avec l'état de la littérature, enfin nous proposerons d'ouvrir le questionnement sur la psychiatrie périnatale au delà de notre étude.

5.1. Limites des résultats

Notre démarche méthodologique s'appuie sur deux parti-pris pour envisager la question des représentations : n'utiliser aucune définition préétablie de la souffrance psychique et faire appel à la subjectivité de ceux qui sont immergés professionnellement auprès des jeunes enfants tout venant. Nous avons de plus choisi un questionnaire non standardisé ni validé. Ainsi, notre approche empirique ne peut être que descriptive, exploratoire.

- Une méthodologie lourde, un questionnaire déroutant

La méthodologie utilisée s'est révélée trop lourde pour l'étude. Le taux de réponses est de seulement 7%. La durée de diffusion était limitée à 75 jours ponctuée par trois relances. La diffusion au sein de réseaux de périnatalité engendre un « effet centre » à prendre en considération dans la portée des résultats. Les professionnels appartenant à un réseau sont *a priori* sensibilisés à une approche pluridisciplinaire. De plus, faute d'un nombre suffisant de

réponses, toutes les catégories professionnelles ne sont pas représentées (auxiliaires de puéricultrices, éducatrices de jeunes enfants), ni les différents lieux d'exercice en périnatalité (pouponnière, unité d'hospitalisation mère-bébé). Certaines professions ont été regroupées (sages-femmes et médecins obstétriciens). Enfin, la diffusion par mail cible une population ayant accès à un ordinateur sur leur lieu de travail et pouvant disposer d'un temps suffisant pour répondre à l'enquête. Le faible nombre de réponse ancre notre étude dans une démarche uniquement exploratoire, descriptive.

A côté des 101 questionnaires complétés entièrement, 76 questionnaires ont été débutés. L'abandon en cours trahit la lourdeur et la longueur du questionnaire. Différents retours soulignent l'aspect déconcertant des questions (« *le début du questionnaire est très surprenant* », « *le questionnaire s'est révélée être déroutant* »).

➤ Représentativité de la population enquêtée

Aucune connaissance démographique fine des soignants en périnatalité n'est disponible. Nous n'avons ainsi pas pu comparer notre échantillon avec la réalité de la composition de la population soignante. Notre étude doit être comprise comme une exploration des représentations sociales ou une mise en évidence de phénomènes existants au sein de la communauté des soignants. Elle n'a pas vocation à l'exhaustivité des phénomènes présents en périnatalité.

➤ Limites liées au choix du questionnaire

Les principales limites du questionnaire ont été développées lors de l'exposé du choix de notre méthodologie. Un questionnaire bride les thèmes abordés, les réponses possibles et leur développement. Certains retours évoquent cette difficulté (« j'ai traduit en mots des images évoquées », « pas facile de résumer les questions en quelques mots »). La répétition des questions d'évocation entrave la spontanéité des processus associatifs et peut entraîner une habitude diminuant la dimension projective des réponses. De Rosa propose de réfléchir aux choix, nombre et ordre en fonction de leur saillance et de leur cohérence entre eux : « en ce qui concerne le nombre de mots stimuli, en partant du présupposé que chaque représentation est sémantiquement contextualisée dans une série de représentations, l'insertion de plusieurs mots-stimulus permet de relever des données relatives à différents objets de façon à ce qu'une constellation de représentations puisse apparaître » (2003). La hiérarchisation imposée au sein des questions d'évocations ainsi que l'utilisation d'une échelle de Lickert pour le questionnaire d'opinion entravent toute prise en compte de la complexité des phénomènes

abordés, leurs dynamiques et influences réciproques. Enfin, la polysémie de certaines évocations ne peut être respectée lors du traitement des résultats, une interprétation restrictive est nécessaire.

La notion de désirabilité sociale biaise les réponses notamment pour le questionnaire d'opinion. La majorité des moyennes observée se situe entre 3 et 4, valeurs médianes de l'échelle Likert (de 1 à 5). Cette distribution des réponses met en évidence la pression normative exercée par la personne elle-même. Le choix de diffusion assurant l'anonymat permet en partie de contrôler cet effet pro-normatif. De plus, toute représentation contient des « schèmes dormants » non activés par l'exploration et une zone muette non exprimable ; la multiplicité inhérente aux représentations condamne tout recueil à une absence d'exhaustivité : « une représentation sociale peut avoir plusieurs facettes, dont certaines ne sont pas verbalisables en toutes circonstances » (Guimelli, 2006).

➤ Approche par le prisme de la psychologie sociale

La théorie des représentations sociales propose une réflexion concernant les liens entre collectif et individu, objets de connaissance et pratiques, circulation des valeurs et des références au sein d'un groupe socioculturel. Notre étude propose seulement une exploration du contenu des représentations sociales des professionnels. Elle n'aborde pas directement les justifications des pratiques professionnelles. Une des critiques adressée à cette approche souligne la mise en jeu de phénomènes de catégorisation et d'étiquetage : « la représentation contribue à former une réalité qui était pourtant plus fluctuante » (Giust-Desprairies, 2002). De plus, basée uniquement sur des explicitations, cette étude ne prend pas en compte les résistances personnelles émotionnelles et cognitives que les soignants entretiennent avec cet objet, ni les phénomènes institutionnels au sein duquel se déploient les pratiques. La psychanalyse notamment dénonce la vision réductrice de cette approche qui ne cherche pas à analyser les dynamiques inconscientes au sein desquelles sont pris les pratiques et les jugements soignants.

5.2. Principaux résultats

Nous souhaitons dégager trois grandes orientations opérantes pour les professionnels enquêtés : les contenus représentationnels des différents thèmes abordés (la santé du bébé, les interactions parent-bébé, une situation à risque de fragilisation psychologique) sont

congruents avec les données de la littérature ; le travail en réseau est valorisé par les professionnels enquêtés ; les professionnels investissent positivement le bébé.

➤ Congruence entre le contenu représentationnel et les données de la littérature

La notion de souffrance psychique apparaît au terme de cette étude comme un terme usité par les professionnels de périnatalité ; ils peuvent qualifier, illustrer et se positionner par rapport à cette situation. La majorité déclare travailler en collaboration avec un professionnel psychiatrique. Les différents plans nationaux de périnatalité rendent compte de ce développement : le deuxième plan périnatalité 2005-2007 était sous-titré « humanité, proximité, qualité ».

Le contenu représentationnel des soignants apparaît congruent avec la revue de la littérature présentée au sein de la première partie. Les situations à risque repérées sont plurielles : pathologies psychiatriques touchant en majorité la mère (*dépression maternelle, pathologie psychiatrique maternelle*) mais également difficultés au cours de la grossesse (*déni de grossesse, grossesse non désirée*), précarité du couple parental sur un plan comportemental (*violences conjugales, séparation du couple*) mais également social (*isolement*) et enfin risques émergeant de difficultés relationnelles (*maltraitance*).

La clinique du bébé n'est que peu évoquée spontanément (*fuite du regard*). Au sein du questionnaire d'opinion, les items concernant le bébé (*bébé peu accessible par le regard, visage peu expressif*) ne sont pas plus identifiés comme étant à risque que ceux concernant son environnement (*couple parental séparé, parent pris en charge pour schizophrénie*). On peut également noter l'absence d'évocations concernant des situations pédiatriques à risque telle que la grande prématurité entraînant des séparations prolongées parent-bébé, handicap du jeune enfant, grossesse ou accouchement traumatique.

➤ Pertinence du travail en réseau

La richesse et l'hétérogénéité des contenus représentationnels recueillis soulignent l'intérêt du travail pluridisciplinaire. Chacun éclaire ce phénomène d'une manière complémentaire : éléments objectifs (*développement staturo-pondéral, observer*), éléments relationnels (*relations, regard*) mais également éléments subjectifs (*bien-être, plaisir*). Le travail soignant se situe au carrefour de ces différentes conceptions du soin développées par Nezelof (2006) : « le terme de "soin" couvre un large champ sémantique où sont retrouvées d'une part les notions d'application, d'attention, de sollicitude - "s'occuper de", "se soucier de", "prendre

soin" – d'autre part, le terme de "soigner" – correspondant aux moyens hygiéniques et thérapeutiques visant à rétablir la santé ». L'auteur souligne les différentes conceptions du soin en périnatalité : pratiques objectives, préoccupations relationnelles et engagement subjectif du soignant ; dimensions prises en charge au sein du collectif de soignants, chacun ayant des compétences complémentaires.

Les professionnels enquêtés présentent la dimension relationnelle comme un point essentiel de leur travail (*écoute, soutien, accompagner*), rejoignant les prises de position de pédopsychiatres : « le spécialiste psy n'a le monopole ni de l'écoute, ni du champ affectif. Dans cette situation hautement chargée sur le plan émotionnel que constitue toute naissance, de nombreux acteurs du champ familial, médical, social sont habituellement et naturellement mobilisés. Ils constituent la trame rituelle qui accompagne toute naissance » (Nezelof, 2006) ; « il est important que cette fonction (aider et faciliter les processus de parentalité quand ils ne se font pas spontanément en raison de difficultés psychopathologiques) soit partagée avec vous, soignants, qui assumez l'enfantement et la naissance » (Delion, 2004). Ce dernier met en garde qu'à défaut de partager ce « rôle tout simplement humain », le risque est de psychiatriser les débuts des interactions en démobilisant les soignants de première ligne.

La présentation par les soignants du bébé, de sa santé et de ses possibles défaillances, souligne la globalité de ces phénomènes : leurs composantes physique, mentale, affective, familiale et sociale. Cette totalité tient une place centrale dans leurs conceptions du travail soignant, que la dimension multidisciplinaire permet de préserver : « seul un travail authentiquement pluridisciplinaire permettra de répondre à cette approche globale (...) la multidisciplinarité s'impose d'autant plus qu'il s'agit de très jeunes enfants chez lesquels des symptomatologies analogues peuvent traduire des atteintes diverses correspondant à des étiologies différentes » (Salbreux, 2007). Les professionnels enquêtés soulignent la richesse de ce travail en réseau, ce qui rejoint les nombreux témoignages de la littérature : « il faut continuer à affirmer que travailler à plusieurs de manière cohérente est plus efficace que la juxtaposition d'actions parcellaires réglée par un système de procédure » (Voizot, 2009).

Si la nécessité de prendre en compte la globalité des patients au sein d'une vision holistique partagée à plusieurs est soulignée, les difficultés sont multiples : « L'objectif de cohérence dans les interventions parfois multiples pose un problème aigu de culture. Chacun agit selon sa perception, la conception de sa mission, qui peut entrer en divergence avec celle d'autres professionnels. Elaborer une culture commune, interdisciplinaire, qui respecte les

compétences et les limites de chacun (médicales, sociales, psychologiques) est désormais un enjeu scientifique de taille » (Molénat, 2006). La fluidité du travail en périnatalité requiert une pratique interdisciplinaire qui fait encore défaut (Missonnier, 2012) Ces difficultés sont nommées par les professionnels – au sein des commentaires libres : « *les liens entre les différentes structures ne sont pas faciles : il n’y a pas de réel travail de partenariat, donc pas de prise en charge globale de ces situations. Les services d’hospitalisation gèrent la pathologie, les services de PMI la relation parent-enfant (...) les positionnements de chaque service sont différents, ce qui crée des incompréhensions entre les services. Donc une prise en charge peu contenant pour la famille* » ; « *l’accompagnement psychique en périnatalité, en particulier en anténatal, n’est pas suffisamment pris en compte (...) le suivi de grossesse très médicalisée n’aide pas les femmes à se sentir en confiance* ».

➤ L’investissement positif du bébé par les professionnels de périnatalité

Les contenus représentationnels (*plaisir, amour, bien-être*) et les commentaires (« *passion pour la vie* », « *fascination pour le développement d’un être humain* ») recueillis témoignent d’une forte composante émotionnelle positive au sein de la périnatalité. Cet optimisme et l’attirance envers les nouveau-nés peuvent être rapprochés des développements théoriques concernant la compétence des nouveau-nés à attirer l’attention d’un adulte : capacités projectives du bébé, capacités intersubjectives primaires ou mouvement spontané d’identification du soignant au bébé. Si les formulations divergent, le message est transmis : « Prendre soin : tout bébé, toute naissance nous y invite (...) un besoin simple, naturel, modeste mais irréductible » (Nezelof, 2006). Cette naturalisation des compétences de maternage peut cependant nourrir une certaine idéalisation des phénomènes gravitant autour de la naissance et occultée de possibles difficultés.

Le terme de *bien-être* est, nous l’avons vu, essentiel pour les professionnels enquêtés. Introduit par l’OMS au sein de sa définition de la santé, ce terme est actuellement très usité bien qu’aucune définition précise ne soit donnée : « S’il est admis que le bien-être est plus que l’image inversée de la détresse psychologique et qu’il recouvre des composantes affectives (émotions positives, affects négatifs), cognitives (satisfaction à la vie, moral), les dimensions sous-jacentes à ce concept sont mal connues » (Massé, 1998). Qu’en est-il pour le bébé ? Les composantes cognitive, affective, relationnelle et sociale de son bien-être dépassent-elles les différents éléments d’un développement infantile harmonieux (statur pondéral, processus

cognitifs et émotionnels permettant l'expression d'une intersubjectivité primaire grâce à la disponibilité d'un environnement proche dans un contexte social apaisé) ?

Enfin, rappelons le questionnement de Zarifian concernant les liens entre bien-être et médecine : « Le médecin et le système de santé doivent-ils garantir le bien-être ? Peut-on préciser ce que l'on entend par « bien-être » mental et social ? Que recherche l'individu – qui possède à cet égard sa vérité personnelle – dans son projet d'accession au bien-être ? » (1996)

La valorisation du bien-être en périnatalité se fait-elle au détriment des difficultés rencontrées ?

Quand les affects positifs semblent prévaloir, la possibilité d'exprimer des affects négatifs face à un bébé ou reconnaître une situation de souffrance semble difficilement envisageable : « l'arrivée d'un enfant dans un foyer est considérée dans notre société comme un événement très heureux, et il est difficilement concevable pour tout le monde que cela se passe mal » (Amar, 2009). Les constats dégagés lors du renouvellement du Plan Périnatalité font état de difficultés similaires concernant la prise en compte des signes d'alarme pouvant générer des sentiments d'insécurité au sein des équipes soignantes. Par ailleurs, l'absence de consensus concernant les pratiques de collaboration voire l'absence de collaboration entre les divers professionnels psychiatriques aggrave ces situations de détresse bébé-parent qui contamine les équipes soignantes (Schaal, 2006). Le vécu subjectif des professionnels doit donc être pris en considération au risque que la souffrance soit déniée ou les envahisse (Lamour, 1997). Différentes lectures peuvent être données de cette difficulté de repérage - malgré des connaissances acquises : « Ces bébés en souffrance (...) nous font vivre un « désaccordage », une mise en échec de nos processus empathiques. D'où la pauvreté de nos ressentis, la pauvreté de nos représentations, voire la sidération de notre fonctionnement psychique. S'installe un malaise diffus, vécu dans notre corporéité, mais impossible à mettre en mots » (Lamour, 1998) ; « Le soignant est mis à mal dans son interprétation du comportement du bébé qui nécessite un mouvement régressif et d'empathie profonde pour être au plus près de la réalité psychique intersubjective du bébé, lui renvoyant des angoisses archaïques » (Amar, 2009). Les ressentis négatifs du professionnel peuvent avoir une valeur sémiologique (Hervé, 2008) et thérapeutique (Rusconi Serpa, 2009). Leur prise en compte participe des processus intersubjectifs ou de transfert et de contre-transfert inhérents aux dynamiques de soin. Golse propose ainsi d'intégrer ces mouvements émotionnels au sein d'un « travail réflexif » basé sur

une clinique phénoménologique co-éprouvée « mesurant sa souffrance (du bébé) à l'aune de celle qu'il induit chez nous » (2012).

Delion (2004) de son côté, rappelle une des fonctions du pédopsychiatre contribuant à aménager des dispositifs soutenant les équipes soignantes, favorisant l'expression des ressentis, difficultés et autres questionnements concernant des prises en charge. Ainsi, note-t-il, « dans le champ de la périnatalité, les sages-femmes et les puéricultrices, les auxiliaires puéricultrices et tous les professionnels au contact des mamans et des bébés - et des papas - vont être entraînés dans la relation avec eux, non pas seulement en fonction de ce qu'il faut faire, mais également en fonction de ce qui va arriver (...) la médecine nous a appris à faire avec la surprise, cette chatouille de l'âme (Marcelli), et les imprévus ».

6. Ouverture et conclusion

Nous souhaiterions à présent prolonger notre questionnement en éclairant un des enjeux important à nos yeux qui sous-tend ce travail : celui de l'observation clinique et de ses implications. Nos différentes expériences professionnelles, la revue de la littérature que nous avons exposée ainsi que les résultats de cette étude nous invitent à réfléchir sur l'importance des modalités de notre approche clinique. Privilégier une clinique centrée sur le bébé pourrait permettre d'éviter certains écueils qu'implique une clinique essentiellement attentive aux interactions. Trois remarques seront ici faites: l'absence de prise en considération du père lorsque le regard est focalisé sur l'interaction mère-bébé, le risque de moralisation dénoncé par des travaux de sciences sociales ainsi que la possible dérive psychologisante avancée notamment par le corps soignant « somaticien ». Enfin, nous soulignerons l'importance d'une clinique ancrée dans l'observation directe, interactive, historicisante et situationnelle.

➤ Des écueils à éviter

Jusqu'à récemment, le père a été naturellement écarté par la périnatalité : « Pendant longtemps l'étude des liens interactifs entre l'enfant et ses parents a légitimement placé la mère sur le devant de la scène » (Marciano, 2003). Les différentes illustrations évoquées au sein de notre étude ainsi que la revue de la littérature font référence à des difficultés maternelles comme sources potentielles de fragilisation du bébé. Lors de notre pratique professionnelle au sein de maternités, mais également en PMI et centre de consultation pédopsychiatrique, nous avons pu constater la différence d'attention très nette porté

respectivement à la mère et au père. La présence de ce dernier est fréquemment sujette à suspensions : envahissant, pas assez disponible, se substituant de manière indifférenciée à la mère, etc. Parallèlement, la présence de la mère est investie d'une plus grande valeur : « Un homme peut avoir des difficultés à trouver sa place dans un service de maternité, où les soins sont prodigués à la mère et à l'enfant. (...) être à leur écoute (des pères) signifie aussi savoir accepter qu'ils ne prennent pas la place qu'on leur donne » (Quelvennec, 2003). La "place du père" est souvent évoquée par les partisans de la psychanalyse comme une place tierce aidant à la dé-fusion mère-bébé : le père doit donc être présent auprès de la mère pour l'aider à se séparer de son enfant pour que ce dernier acquière son autonomie. Cette vision entend le rôle du père comme périphérique dans le développement infantile. Bien sûr les réflexions psychopathologiques autour de la "fonction paternelle" sont nombreuses : « fonction psychologique primordiale qui régule les liens parents-enfant dès le moment de la conception, qui est fondatrice des qualités plus évoluées du psychisme humain et de la capacité de symbolisation et de triangulation » (Ibanez, 2003). Cependant en évinçant le père au sein des institutions soignantes, on néglige un pan de la réalité : en dehors des considérations psychopathologiques sur la fonction paternelle, ce dernier interagit au quotidien avec son enfant. Ainsi, cet angle mort de la pensée périnatale doit être dépassé pour éviter toute erreur d'appréciation clinique : « la place accordée aux pères par les équipes constitue un élément absolument essentiel pour l'avenir » (Audier, 2003).

Différents travaux de sciences sociales décryptent les pratiques soignantes en périnatalité à la lumière de l'environnement social dans lequel elles s'intègrent : derrière les actions de prévention et de soutien à la parentalité, des enjeux moraux se manifestent par l'aspect prescriptif des réponses apportées : « la parentalité n'est pas qu'une affaire de famille. Dans les pratiques quotidiennes, s'occuper de parentalité implique que tous et chacun des intervenants sont objectivement engagés dans une *cause*, désignée par "revitalisation du projet démocratique", "étayage du lien social", etc. Or, cette cause revêt bien un caractère idéologique et politique » (Karsz, 2004). Garcia de son côté s'intéresse à la construction d'une "cause des enfants" et de ses conséquences insidieuses sur les femmes (et mères). Son argumentaire pointe le glissement progressif d'une cause des enfants initialement en lien avec la libération des femmes – la lutte pour avoir le choix de devenir ou non mère - vers la construction « d'un paradigme du "risque psychologique" » encouru par les enfants, et de politiques de prévention allant à l'encontre des intérêts des femmes (et mères) : « l'existence d'un exercice durable d'un magistère moral sur les parents, et en particulier les mères, par des

"spécialistes" invoquant l'intérêt de l'enfant. (...) Le phénomène actuel d'autonomisation du magistère moral par rapport à la période glorieuse de la psychanalyse, avec d'une part, la concurrence représentée par d'autres approches – qui, elles, agissent et parlent au nom de la science – de l'autre, la politisation de l'espace privé, avec la prise en charge d'une politique de lutte contre la maltraitance par les institutions européennes, qui font de leurs "bonnes pratiques" une ligne tenant lieu, faute de mieux, de politique sociale » (Garcia, 2011). Cette critique sociologique des politiques de prévention et de protection de l'enfance nous semble intéressante à prendre en compte. En dehors d'un premier abord polémique, la critique pointe l'aspect moralisant et culturocentré des "bonnes pratiques scientifiquement labélisées". Les soignants en périnatalité traitent avec des objets socialement sensibles saturés émotionnellement (le bébé, la parenté). Il est indispensable de développer un sens critique sur nos pratiques, de prendre conscience de notre position socialement située et potentiellement moralisante. Le travail pluridisciplinaire nous semble être un garant d'un espace de réflexion critique en faisant se rencontrer des professionnels aux missions et compétences diverses, parfois contradictoires. En effet, Garcia pointe le conflit d'intérêt entre femme et enfant et le risque pour les professionnels de la petite enfance de devenir « une nouvelle "police des familles" ».

Enfin, une troisième critique peut être adressée à l'approche psychologique du très jeune enfant. Nous citerons le témoignage de ce pédiatre car il nous semble faire écho aux principales critiques que nous avons entendu lors de nos échanges en maternité : « La compréhension des expressions somatiques de la souffrance psychique nous semble nécessaire, souvent difficile, toujours insuffisante et inachevée. De l'autre côté, nous constatons que ces aspects sont de plus en plus connus, reconnus, que les pédiatres comme d'autres professionnels, apprennent de plus en plus à tenir compte explicitement de la souffrance psychique et ses manifestations (...) avec quelques conséquences inattendues, et aussi quelques écueils. Je suis parfois frappé par l'excès dans l'attribution de sens, d'explications, qui privilégient presque exclusivement cette causalité que j'appellerais alors psychologisante. Il faut faire attention à ne pas trop se laisser enfermer dans l'alternative de l'organique ou du psychologique. Ces deux dimensions sont forcément présentes, tout comme les dimensions relationnelles et familiales, et font partie des ressources de la situation. La question, plus pragmatique, serait de repérer comment jouent ces ressources dans la rencontre thérapeutique et quels enjeux elles servent » (Franko, 2001). Cette prise de parole rejoint un commentaire laissé lors de notre enquête : « *les maternités devraient être des lieux de*

prévention (...) c'est malheureusement trop souvent des lieux où les parents se sentent jugés et malmenés et dont ils souhaitent partir vite ».

Fort de ces critiques, nous tenterons d'en éclairer notre pratique.

➤ L'observation au cœur de la clinique du bébé

La pratique périnatale consciente des différents enjeux qu'elle contient, a développée une importante réflexion éthique autour de ses pratiques professionnelles. Molénat, figure militante de l'intégration de l'approche psychologique en périnatalité, souligne la place centrale du "souci éthique". Ce souci permet de tenir à distance le "mouvement spontané d'identification du soignant au bébé" : « Rien n'est plus difficile que de faire exister un bébé extérieur à nous, c'est-à-dire d'en tenir compte, de le sentir, le regarder, l'observer, d'y être attentif dans son originalité pure. Préjugés, idéologies, conseils médicaux, invention de maladies, conseils de puériculture, interprétations psychanalytiques... bombardent les couples parent-bébé » (Garret-Gloanec, 2010).

L'observation du bébé, de son comportement, de ses modalités interactives nous semble cruciale pour appréhender la clinique périnatale, évitant les impasses de la fascination ou de l'idéalisation tant du côté parental que soignant. La démarche observatrice fut initialement développée par Bick. Golse et Alvarez (2012) dégagent à la lumière des travaux de recherche contemporains cinq modalités de l'approche clinique du bébé. Cette dernière se fonde sur l'observation du bébé et de « sa singularité somato-psychique ». Elle doit être interactive et prendre en considération des interactions parent-bébé mais également soignant-bébé et soignant-parent. La démarche est situationnelle, c'est-à-dire que le clinicien doit être attentif à l'intégralité de la situation tant sur le plan social, biologique que émotionnel. Une historicisation de la situation présente pourra alors être proposée par la « mise en récit d'une histoire neuve qui intègre, élabore, différencie et donne sens aux scénarios du passé et aux événements du présent ». Enfin, les affects et les représentations que la rencontre suscite complètent l'élaboration clinique. Ainsi en associant les critères objectifs de l'observation, les discours portés sur l'enfant par ses parents, les ressentis du soignant et l'histoire de vie de cet enfant, la clinique du bébé pourra garder à distance les diverses projections, désirs intimes, craintes et fantasmes des différents protagonistes de cette rencontre au même titre que les diverses attitudes moralisantes incarnées par certaines positions théoriques excessives. La rencontre clinique tentera de rester respectueuse de la créativité des parents et des soignants (Delion, 2004).

Conclusion générale

En prenant comme objet de réflexion la souffrance psychique du bébé, et en nous appuyant sur l'étude de ses représentations parmi des professionnels de la périnatalité, nous avons souhaité questionner les évidences sur lesquelles nous nous appuyons dans le quotidien de nos pratiques de soin et ainsi remettre en mouvement le caractère acquis de nos connaissances. En nous intéressant aux avis de différents professionnels, il s'agissait d'aborder la complexité du travail pluridisciplinaire et de réfléchir à ce qui peut rendre possible le travail collectif en périnatalité.

Dans une seconde partie, nous avons cherché à retracer la généalogie de deux entités cliniques essentielles de la pratique pédopsychiatrique périnatale. L'autisme précoce et la dépression anaclitique incarnent toutes deux des figures de la souffrance psychique du bébé. Le tableau autistique présente la souffrance psychique selon deux états : des angoisses archaïques déstructurantes rendent compte d'une dimension affective ; des désordres neurocognitifs sous-tendent une vision cognitive. Loin de s'exclure mutuellement, ces deux états témoignent de la complexité de cette notion de souffrance psychique. La dépression précoce quant à elle traduit une souffrance relationnelle réactionnelle soulignant une troisième dimension possible de notre objet d'étude qu'est la composante interpersonnelle. Ces conceptions participent à ancrer la notion de souffrance psychique dans le savoir théorique du pédopsychiatre.

Le troisième volet de notre travail se caractérise par une étude exploratoire concernant les représentations sociales des professionnels de périnatalité. L'approche méthodologique *a priori* étrangère à la psychiatrie propose d'éclairer notre activité professionnelle en opérant une distanciation avec nos pratiques. Par l'intermédiaire d'un auto-questionnaire, nous avons pu recueillir des éléments saillants constituant une constellation de définitions de la souffrance psychique pour des professionnels travaillant en périnatalité. Cette catégorie se structure essentiellement autour de situations à risque de nature sociale (*isolement, séparation du couple*), relationnelle entre une mère malade psychiatrique et son bébé (*dépression maternelle, mère schizophrène*) mais également d'attitudes soignantes (*soutien, accompagnement*) et d'une séméiologie pédiatrique spécifique (*fuite du regard, visage inexpressif*). Par ailleurs, des différences concernant les représentations de ce phénomène s'observent principalement en fonction des professions exercées (médecins du bébé, puéricultrices, soignants de la mère et professionnels psychiatriques). Le lieu d'exercice ne semble pas influencer les contenus représentationnels (maternité, PMI et libéral). L'univers

représentationnel des différents professionnels est en partie déterminé par le savoir théorique psychiatrique. Ainsi, de manière congruente aux données de la littérature, notre étude souligne la multiplicité des composantes de ce phénomène. La pluridisciplinarité semble être un avantage pour rendre compte de la complexité de cet objet. Par ailleurs, l'étude souligne l'investissement positif du bébé par les professionnels enquêtés ainsi que l'importance accordée aux interactions parent-bébé (parfois réduites au couple mère-bébé) au sein de leurs pratiques.

A l'issue de ce travail, nous souhaitons ouvrir la réflexion sur l'importance d'une approche clinique ancrée sur l'observation directe du bébé afin de préserver notre objet professionnel : Les multiples spécificités de la psychiatrie périnatale en font « un paradigme possible de la complexité du "syndrome psychiatrique". En prenant en compte simultanément, sur une période donnée, les perspectives développementales, psychologiques, sociologiques et culturelles, associées à la notion de fonctionnement interpersonnel, (...) elle oblige à une prise en compte des logiques multiples d'une situation et conduit les professionnels de la santé périnatale au développement de projets de soins multifocaux » (Sutter-Dallay, 2010). Quelles raisons nous empêcheraient de penser que cette complexité du vivant mise en évidence dans la sphère périnatale, n'a pas son importance au sein de toute démarche psychiatrique ?

Bibliographie

- Abric, J.-C., 2007. La recherche du noyau central et de la zone muette des représentations sociales. *Hors collection*, pp.59–80.
- Abric, J.-C., 2003. *Méthodes d'étude des représentations sociales*, Ramonville Saint-Agne, Erès.
- Ainsworth, M., 1961. Les répercussions de la carence maternelle : faits observés, controverses dans la stratégie de recherche. In *La carence de soins maternels : réévaluation de ses effets*. Cahiers de l'OMS. Genève: OMS, pp. 95–168.
- Alessio, R., 2011. Représentations sociales et embryon humain : une étude comparative Brésil / France. *Presses universitaires de Liège*, 4(92), pp.371–395.
- Alvarez, L., Beauquier-Maccotta & Golse, B., 2012. Approche clinique du bébé en pédopsychiatrie. *Encyclopédie Médico-Chirurgicale, Psychiatrie-Pédopsychiatrie*, Art 37-200-D-20.
- Alvarez, L. & Golse, B., 2013. *La psychiatrie du bébé* 2^oéd ed., P.U.F.
- Amar, M., Garret-Gloaneac, N. & Le Marchand-Cottenceau, M., 2009. Réflexion autour du corps du bébé comme indicateur de souffrance psychique précoce. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 57(6), pp.542–547.
- ANAES, FFP & SFPEA, 1995. Conférence de Consensus : « Troubles dépressifs chez l'enfant : reconnaître, soigner, prévenir. Devenir. ».
- APA, 2005. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux - DSM-IV-TR.
- Apostolidis, T., 2003. Représentations sociales et triangulation : enjeux théorico-méthodologiques. In *Méthodes d'étude des représentations sociales*. Ramonville Saint-Agne : Erès, pp. 13–35.
- Ariès, P., 1975. *L'enfant et la vie familiale sous l'ancien régime.*, Paris: Éditions du Seuil.
- Atger, F. & Guedeney, A., 2006. Attachement et développement. *Encyclopédie Médico-Chirurgicale, Psychiatrie-Pédopsychiatrie*, Art 37-200-B-35.
- Audier, 2003. La place des pères : à propos d'une enquête. In *Le père, l'homme, le masculin en périnatalité*. Toulouse: Erès.
- Aussilloux, C. & Barthélemy, L., 2007. Évolution des classifications de l'autisme. *Le Carnet psy*, pp.39–48.
- Badinter, E., 1989. La place du nourrisson dans l'histoire de la famille et de la société. In *Psychopathologie du bébé*. P.U.F. pp. 29–34.
- Barker Schaerer, M. & Cramer, B., 2000. Les dépressions chez l'enfant. *Archives de Pédiatrie*, 7(8), pp.883–887.

- Bensoussan, P., 1995. Le bébé dans l'histoire et en psychiatrie. *Journal de Pédiatrie et de Puériculture*, (6), pp.367–373.
- Boddaert, N., 2012. Imagerie dans l'autisme infantile. *Mt pédiatrie*, 15(3), pp.202–12.
- Brazelton, T.B. & Cramer, B., 1991. *Les premiers liens* Stock., Calmann-Lévy.
- Bullinger, A., 2008. Le dialogue sensorimoteur avec l'enfant : les particularités du bébé à risque autistique. In *Les bébés à risque autistique, 1001 bébés*, pp.65–77.
- Bursztejn, C., Golse, B. & Misès, R., 2003. Classifications en psychiatrie de l'enfant. *Encyclopédie Médico-Chirurgicale, Psychiatrie-Pédopsychiatrie*, Art 37-200-B-10.
- Carel, A., 2008. Les signes précoces de l'autisme et de l'évitement relationnel du nourrisson. In *Les bébés à risque autistique, 1001 bébés*, pp.45–64.
- Carel, A. & Picco, M., 2002. Évitement relationnel du nourrisson et dépistage précoce. *La psychiatrie de l'enfant*, Vol. 45(1), pp.171–205.
- Ciccone, A., 2007. Psychopathologie du bébé, de l'enfant et de l'adolescent. In *Manuel de psychologie et de psychopathologie clinique générale*. Elsevier Masson.
- David, M., 2002. *Lóczy, un nouveau paradigme: l'Institut Pikler dans un miroir à facettes multiples* A. Szántó, ed., Paris: Presses universitaires de France.
- Delion, P., 2004. La sage-femme, la puéricultrice et le pédopsychiatre. *Spirale*, n° 29(1), pp.81–99.
- Delion, P., 2002. *La souffrance psychique du bébé: approches pluridisciplinaires*, Paris: ESF.
- Delion, P., 2001. Le bébé à risque autistique: Une théorie de l'organisation thérapeutique. *Devenir*, 13(1), p.87.
- Delion, P., Balat, Michel & Golse, B., 2005. *L'enfant autiste, le bébé et la sémiotique*, Paris: Presses Universitaires de France.
- Denis, P., 1987. La dépression chez l'enfant : réaction innée ou élaboration? *La Psychiatrie de l'enfant*, XXX(2), pp.301–328.
- De Rosa, 2003. Le réseau d'associations. In *Méthodes d'étude des représentations sociales*. Ramonville Saint-Agne : Erès, pp. 81–117.
- Dugravier, R. & Guedeney, A., 2007. Contribution de quatre pionnières à l'étude de la carence de soins maternels. *La psychiatrie de l'enfant*, Vol. 49(2), pp.405–442.
- Durkheim, 1898. Représentations individuelles et représentations collectives. *Revue de Métaphysique et de Morale*, 6(3), pp.273–302.
- Ehrenberg, 2005. Le grand renversement. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 163, pp.364–74.
- Fraiberg, S., 1982. Pathological Defenses in Infancy. *Psychoanalytic Quarterly*, 51, pp.612–635.

- Franko, E., 2001. La prise en compte de la souffrance psychique en pédiatrie générale. *Archives de Pédiatrie*, 8, Supplément 2, pp.457–458.
- Fraysse, B., 2000. La saisie des représentations pour comprendre la construction des identités. *Revue des sciences de l'éducation*, 26(3), p.651.
- Freud, S., 1926. Deuil et Mélancolie (1915). In *Métopsiologie*. Idées.
- Garcia, S., 2011. *Mères sous influence: de la cause des femmes à la cause des enfants*, Paris: La Découverte.
- Garret-Gloaneac, N. & Gloaneac, Y., 2007. De la psychiatrie périnatale à la psychiatrie néonatale. *Encyclopédie Médico-Chirurgicale, Psychiatrie-Pédopsychiatrie*, Art 37-200-B-25.
- Garret-Gloaneac & Pernel, 2010. Un soin psychique au bébé, ça n'existe pas? Et pourquoi pas! *L'information Psychiatrique*, 86(10), pp.813–823.
- Gauvain-Piquard, A., 1989. La douleur et le bébé. In *Psychopathologie du bébé*. PUF.
- Georgieff, N., 2012. Psychopathologie et physiopathologie de l'autisme aujourd'hui (de la psychopathologie clinique à la psychopathologie cognitive). *Mt pédiatrie*, 15(3), pp.213–8.
- Giust-Desprairies, F., 2002. Représentation et imaginaire. In *Vocabulaire de psychosociologie*. Eres. pp. 231–250.
- Golse, B., 2011. Dépressions du bébé (points de vue psychopathologique et psychanalytique). *Encyclopédie Médico-Chirurgicale, Psychiatrie-Pédopsychiatrie*, Art 37-201-A-10.
- Golse, B., 2001a. *Du corps à la pensée*, Paris: Presses universitaires de France.
- Golse, B., 2008a. Du risque autistique au risque prédictif : dépistage précoce et prévention. In *Les bébés à risque autistique, 1001 bébés*, pp.29–43.
- Golse, B., 2001b. Les dépressions chez le bébé : affect, état, structure ? *Revue française de psychosomatique*, 20(2), p.29.
- Golse, B. & Delion, P., 2008b. *Autisme : états de lieux et horizons*. Eres.
- Golse, B. & Durand, B., 2002. Révision CFTMEA : Propositions pour le bébé (0-3ans), axe I bébé (compléments de l'axe I général). *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, (160), pp.220–223.
- Golse, B. & Robel, L., 2012. Les controverses et le concept de spectre autistique. *Mt pédiatrie*, 15(3), pp.183–5.
- Guedeney, A., 1999. De la réaction précoce et durable de retrait à la dépression chez le jeune enfant. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 47(1-2), pp.63–71.

- Guedeney, A. et al., 2001. L'évaluation du comportement de retrait relationnel du jeune enfant lors de l'examen pédiatrique par l'échelle d'alarme détresse bébé (ADBB). *La psychiatrie de l'enfant*, Vol. 44(1), pp.211–231.
- Guedeney, A., 2006. Myriam David : la pionnière discrète. *Devenir*, Vol. 18(2), pp.93–98.
- Guedeney, A. & Dubois de Bodinat, L., 2009. Classification diagnostique 0-3 ans (DC 0-3, 1994) et sa révision (DC 0-3-R, 2005). *Encyclopédie Médico-Chirurgicale, Psychiatrie-Pédopsychiatrie*, .
- Guedeney, A., Mintz, A.S. & Dugravier, R., 2007. Risques développementaux chez le nourrisson de la naissance à 18 mois. *Encyclopédie Médico-Chirurgicale, Psychiatrie-Pédopsychiatrie*, Art 37-195-A-20.
- Guedeney, N., 2002. Psychiatrie périnatale : spécificités et apports. *Encyclopédie Médico-Chirurgicale, Psychiatrie-Pédopsychiatrie*, Art 37-200-B-30.
- Guedeney, N., Guedeney, A. & Cyrulnik, B., 2009. *L'attachement approche théorique: du bébé à la personne âgée*, Paris: Elsevier Masson.
- Guimelli, C., 2003. Le modèle des Schèmes Cognitifs de Base (SCB): méthodes et applications. In *Méthodes d'étude des représentations sociales*. pp. 119–143.
- Guimelli, C., Flament, C. & Abric, J.-C., 2006. Effets de masquage dans l'expression d'une représentation sociale. *Les cahiers internationaux de psychologie sociale*, Numéro 69(1), pp.15–31.
- Hacking, I., 2001. La fabrication d'un genre : le cas de la maltraitance. In *Entre science et réalité. La construction sociale de quoi? La découverte*.
- Havelange, V., Lenay, C. & Stewart, J., 2003. Les représentations : mémoire externe et objets techniques. *Intellectica*, (35), pp.115–131.
- HAS, FFP, 2005, Recommandations pour la pratique professionnelle du diagnostic de l'autisme, *Rapport complet*. 167p.
- HAS, 2010. *Autisme et autres troubles envahissants du développement - Etat des connaissances hors mécanismes physiopathologiques, psychopathologiques et recherche fondamentale*.
- Hervé, M.-J. et al., 2008. Les ressentis négatifs du thérapeute: Partie 1: un outil sémiologique ? *Devenir*, 20(4), p.293.
- Hochmann, J., 2009. *Histoire de l'autisme: de l'enfant sauvage aux troubles envahissants du développement*, Paris: Odile Jacob.
- Hochmann, J., 2010. Histoire et actualité du concept de psychose de l'enfant. *L'information Psychiatrique*, 86(3), pp.227–235.
- Horst, F.C.P. & Veer, R., 2008. Loneliness in Infancy: Harry Harlow, John Bowlby and Issues of Separation. *Integrative Psychological and Behavioral Science*, 42(4), pp.325–335.

- Houzel, D., 2007. Les signes précoces de l'autisme et leurs significations psychopathologiques. *Le Carnet psy*, pp.163–174.
- Houzel, D., 2013. Que nous disent les bébés de leur souffrance psychique? *Swiss Archives of Neurology and Psychiatry*, 164(1), pp.20–25.
- Ibanez, 2003. Et le père aussi... Eléments pour une discussion à propos du père en périnatalité. In *Le père, l'homme, le masculin en périnatalité*. Toulouse: Erès.
- Janati Idriss M., Dany, L. & Libert, M., 2014. Représentations sociales du déni de grossesse chez des professionnels et futurs professionnels de maternité de la métropole lilloise. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 62(4), pp.195–202.
- Jodelet, D., 2008a. Le mouvement de retour vers le sujet et l'approche des représentations sociales. *Connexions*, 1(89), pp.25–46.
- Jodelet, 2008b. *Identité et subjectivité*, Ramonville Saint-Agne: Erès.
- Joffe, W.G. & Sandler, J., 1967. Remarques sur la souffrance la dépression et l'individuation. *La Psychiatrie de l'enfant*, X(1), pp.123–156.
- Kalampalikis, N., 2007. L'apport de la méthode Alceste dans l'analyse des représentations sociales. *Hors collection*, pp.147–163.
- Kanner, L., 1990. Les troubles autistiques du contact affectif (1943). *Neuropsychiatrie de l'Enfance*, 38(1-2), pp.65–84.
- Karsz, 2004. "Soutien à la fonction parentale": l'impossible neutralité. *Spirale*, (1), pp.111–122.
- Klein, M., 1952. Quelques conclusions théoriques au sujet de la vie émotionnelle des bébés. In *Développements de la psychanalyse*. Bibliothèque de psychanalyse. Paris: P.U.F., pp. 187–222.
- Kreisler, L., 2004a. Le nourrisson - La clinique psychosomatique du nourrisson. In *Traité de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent*. Quadrige. Presses universitaires de France (Paris), pp. 1995–2014.
- Kreisler, L., 2004b. Le nourrisson - Les bases de l'organisation psychosomatique et ses déviations originaires. In *Traité de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent*. Quadrige. Presses universitaires de France (Paris), pp. 2015–2028.
- Kreisler, L., 1992. *Le nouvel enfant du désordre psychosomatique*, Privat.
- Kreisler, L. & Cramer, B., 1981. Sur les bases cliniques de la psychiatrie du nourrisson. *Psychiatrie de l'enfant*, 24(1), pp.223–263.
- Lahlou, S., 2007. L'exploration des représentations sociales à partir des dictionnaires. *Hors collection*, pp.37–58.
- Lamour, M. & Barraco, M., 1997. Les représentations du bébé en souffrance chez les soignants : penser l'impensable. *Devenir*, 9(1), pp.33–58.

- Lamour, M. & Barraco, M., 1998. *Souffrances autour du berceau : des émotions au soin*, Paris: Gaëtan Morin.
- Lamour, M. & Lebovici, S., 1989. Les interactions du nourrisson avec ses partenaires. *Encyclopédie Médico-Chirurgicale, Psychiatrie-Pédopsychiatrie*, Art 37-190-B-60.
- Laplanche, J., Pontalis, Jean-Bertrand, Lagache, Daniel, 2007. *Vocabulaire de la psychanalyse*, Paris: Presses universitaires de France.
- Laplantine, 1989. Anthropologie des systèmes de représentations de la maladie : des recherches menées dans la France contemporaine réexaminées à la lumière d'une expérience brésilienne. In *Les représentations sociales*. P.U.F. Paris, pp. 297–318.
- Lauwe de Chombart, M.-J. & Feuerhahn, N., 2003. La représentation sociale dans le domaine de l'enfance. *Sociologie d'aujourd'hui*, 7, pp.340–360.
- Lebovici, S., Golse, B. & Moro, M.R., 2009. L'approche psychiatrique du très jeune enfant et le développement de la psychiatrie périnatale. *À l'Aube de la vie*, pp.53–72.
- Lenestour, A. & Apter-Danon, G., 2007. Parentalités limites et prises en charge thérapeutiques. *La Psychiatrie de l'enfant*, 50(1), pp.125–177.
- Manciaux, M., 1989. Le bébé et le nourrisson : leur place dans la société actuelle. In *Psychopathologie du bébé*. P.U.F. pp. 35–42.
- Marcelli, D., 1999. "La dépression dans tous ses états" du nourrisson à l'adolescent...et après. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 47, pp.1–11.
- Marcelli, D. & Cohen, D., 2009. *Enfance et psychopathologie*, Issy-les-Moulineaux: Elsevier-Masson.
- Marcelli, D., Paget, A. & Blossier, P., 1996. Les origines du travail de penser entre mère et bébé. *Psychiatrie de l'enfant*, 39(1), pp.5–40.
- Misès, R., 2012. Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent - R-2012.
- Massé, Poulin & Bélair, 1998. Elaboration et validation d'un outil de mesure du bien-être psychologique : EMMBEP. *Canadian Journal of Public Health*, 89(5), pp.352–357.
- Mazet, P., Houzel, D. & Bursztejn, C., 2000. Autisme infantile et psychoses précoces de l'enfant. *Encyclopédie Médico-Chirurgicale, Psychiatrie-Pédopsychiatrie*, Art 37-201-G-10.
- Mazet, P. & Stoleru, S., 1993. *Psychopathologie du nourrisson et du jeune enfant*, Paris: Masson.
- Missonnier, S., 2012. L'agora de Babel : de la complémentarité des « somaticiens » et des « psychistes ». *Cliniques*, N° 3(1), pp.32–45.
- Missonnier, S., 2008. Naître : basse continue et syncopes. *Spirale*, n° 44(4), pp.165–179.

- Molénat, F., 2006. Comment organiser l'accompagnement périnatal? In *Journées nationales de la Société française de médecine périnatale. Emotions et accompagnement en périnatalité*.
- Morel, M.-F., 2010. Le bébé d'hier : histoire et représentations. *Les Dossiers de Spirale*, pp.15–37.
- Nezelof, S., Ropers, G. & Duquet, A., 2006. Soins psychiques en périnatalité. Qui demande quoi ? À qui ? Et pourquoi ? *Enfances & Psy*, 30(1), p.20.
- OMS, 2006. Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes - version 10.
- Ouss-Ryngaert, L., 2012. Le diagnostic précoce de l'autisme. *Mt pédiatrie*, 15(3), pp.225–30.
- Parmentier, S., 2001. Généalogie de la position dépressive chez Mélanie Klein. *Figures de la psychanalyse*, n°4(1), pp.43–67.
- De Parseval, G.D. & Lallemand, S., 2010. *L'art d'accommoder les bébés : cent ans de recettes françaises de puériculture*, O.Jacob. 352p.
- Philippe, A., 2012. Les anomalies génomiques dans les troubles du spectre autistique. *Mt pédiatrie*, 15(3), pp.194–201.
- Quelvennec, 2003. Pères en maternité ou quelle place pour les pères dans l'institution maternité? In *Le père, l'homme, le masculin en périnatalité*. Toulouse: Erès.
- Ricoeur, P., 1994. La souffrance n'est pas la douleur. *Autrement. Série mutations*, (142), pp.58–69.
- Roussillon, R. et al., 2007. *Manuel de psychologie et de psychopathologie clinique générale*, Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson.
- Rusconi Serpa, S. et al., 2009. Les ressentis négatifs du thérapeute: Partie 2 : Quelles stratégies thérapeutiques ? *Devenir*, 21(1), p.7.
- Saint-Georges, C. et al., 2013. Signes précoces d'autisme : d'où vient-on ? Où va-t-on ? *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 61(7-8), pp.400–408.
- Salbreux, R., Fuentès, K. & Golse, B., 2007. Évolution de la culture de l'action médico-sociale précoce entre son origine (1967-1976) et nos jours (2002-2007). *Contraste*, 27(2), p.9.
- Sauvage, D. et al., 1989. Signes prémonitoires de l'autisme. In *Psychopathologie du bébé*. P.U.F., pp. 367–382.
- Schaal, J.-P. & Poizat, A., 2006. Intervenants et organisation de la continuité. In *Journées nationales de la Société française de médecine périnatale. Emotions et accompagnement en périnatalité*.

- Soulé, M., Lauzanne, K. & Leblanc, N., 2004. La carence des soins maternels et ses effets. In *Traité de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent*. Quadrige. Presses universitaires de France (Paris), pp. 2529–2548.
- Spitz, R.A., 1968. Déviations et perturbations des relations objectales. In *De la naissance à la parole*. Paris: PUF.
- Spitz, R.A., 1948. La perte de la mère par le nourrisson. *Enfance*, 1(1-5), pp.373–391.
- Sutter-Dallay, A.-L. & Guédeney, N., 2010. Concept de psychiatrie périnatale, histoire, applications, limites. *Encyclopédie Médico-Chirurgicale, Psychiatrie-Pédopsychiatrie*, Art 37-200-B-20.
- Tafani, É. & Bellon, S., 2007. Études expérimentales de la dynamique des représentations sociales. *Hors collection*, pp.255–277.
- Tordjman, S., 2008. Les investigations cliniques et paracliniques dans l'autisme (du bilan de routine au bilan de recherche). In *Autisme : état des lieux et horizons*. Le carnet psy. Erès, pp. 191–213.
- Trevarthen, C. & Aitken, K.J., 2003. Intersubjectivité chez le nourrisson : recherche, théorie et application clinique. *Devenir*, Vol. 15(4), pp.309–428.
- Vabre, F., 2005. Le traitement politique de la maltraitance infantile. *Recherches et Prévisions*, (82), pp.5–16.
- Vergès, P., 2001. L'analyse des représentations sociales par questionnaires. *Revue française de sociologie*, pp.537–561.
- Voizot, B. et al., 2009. Le travail en réseau, échanges entre institutions et investissement des espaces interstitiels. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 57(6), pp.517–522.
- Winnicott, D.W., 1976. La position dépressive dans le développement affectif normal (1954-55). In *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Science de l'homme. PBP, pp. 149–167.
- Winnicott, D.W., 1976. La préoccupation maternelle primaire (1958). In *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Science de l'homme. PBP, pp. 168–174.
- Winnicott, D.W., 1976. L'esprit et ses rapports avec le psyché-soma (1949). In *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Science de l'homme. PBP, pp. 66–79.
- Zarifian, E., 1996. *Le prix du bien-être : psychotropes et société*, Odile Jacob.
- Zero to Three, 2005. Classification diagnostique des Troubles de la Santé Mentale et du Développement de la Petite Enfance - DC: 0-3-R.

Table des illustrations

<i>Figure 1 - Le taux de réponse en fonction du réseau d'appartenance</i>	101
<i>Figure 2- Composition de l'échantillon selon la profession</i>	102
<i>Figure 3 - Caractéristiques des participants (profession et lieu d'exercice)</i>	102
<i>Figure 4- Durée moyenne d'exercice des groupes professionnels</i>	103
<i>Figure 5- Ancienneté en périnatalité des groupes professionnels</i>	104
<i>Figure 6- Présence de soignants psy* en fonction du lieu d'exercice</i>	105
<i>Figure 7- Représentation "la santé du bébé"</i>	107
<i>Figure 8- Représentation « La santé du bébé » chez les médecins du bébé</i>	109
<i>Figure 9- Représentation « La santé du bébé » chez les puéricultrices</i>	110
<i>Figure 10- Représentation « La santé du bébé » chez les professions de la mère</i>	111
<i>Figure 11- Représentation « La santé du bébé » chez les professionnels psy*</i>	112
<i>Figure 12- Représentation "La santé du bébé" chez les professionnels travaillant en PMI</i>	114
<i>Figure 13- Représentation de « La santé du bébé » chez les professionnels travaillant en libéral</i>	115
<i>Figure 14- Représentation « La santé du bébé » chez les professionnels travaillant en maternité</i>	116
<i>Figure 15 - Champs lexicaux du champ représentationnel « La santé du bébé »</i>	119
<i>Figure 16 - Représentation "Les interactions parents-bébé"</i>	119
<i>Figure 17 - Représentation « Les interactions parents-bébé » chez les médecins du bébé</i>	121
<i>Figure 18- Représentation « Les interactions parents-bébé » chez les puéricultrices</i>	122
<i>Figure 19- Représentation « Les interactions parents-bébé » chez les professionnels de la mère</i>	123
<i>Figure 20- Représentation « Les interactions parents-bébé » chez les professionnels psy*</i>	124
<i>Figure 21 – Représentation « Les interactions parents-bébé » des professionnels travaillant en PMI</i>	125
<i>Figure 22- Représentation « Les interactions parents-bébé » chez les professionnels travaillant en libéral</i>	126
<i>Figure 23- Représentation « Les interactions parents-bébé » chez les professionnels travaillant en maternité</i>	127
<i>Figure 24 - Champs lexicaux du champ représentationnel "Les interactions parent-bébé"</i>	130
<i>Figure 25 - Représentation « Une situation à risque psychologique »</i>	131
<i>Figure 26 - Représentation « Une situation à risque psychologique» chez les médecins du bébé</i>	133
<i>Figure 27 - Représentation « Une situation à risque psychologique» chez les puéricultrices</i>	134
<i>Figure 28 - Représentation « Une situation à risque psychologique» chez les professions côté mère</i>	135
<i>Figure 29 - Représentation « Une situation à risque psychologique» chez les professionnels psy*</i>	136
<i>Figure 30- Représentation « Une situation à risque psychologique» chez les professionnels de PMI</i>	137
<i>Figure 31 - Représentation « Une situation à risque psychologique» chez les professionnels libéraux</i>	138
<i>Figure 32 - Représentation « Une situation à risque psychologique» chez les professionnels de maternité</i>	139
<i>Figure 33 - Champs lexicaux du champ représentationnel "Une situation à risque psychologique"</i>	141
<i>Figure 34 - Moyenne par items du questionnaire d'opinion</i>	142
<i>Figure 35 - Moyennes par item en fonction de la profession</i>	144
<i>Figure 36 - Moyenne par item en fonction du lieu d'exercice</i>	145
<i>Figure 37 - Caractéristiques du "métier" pour les professionnels</i>	147
	169

Annexes

Annexe n° 1 : Évitement relationnel du nourrisson, Carrel (1999)

LE COMPORTEMENT GENERAL

1. Sagesse, gravité, excessives
2. Intérêt spontané faible envers les personnes
3. Sensibilité faible aux sollicitations relationnelles
4. Intolérance aux sollicitations relationnelles
5. Instabilité excessive des conduites d'attachement
6. Excitabilité excessive aux stimulations sensorimotrices
7. Tolérance faible aux changements
8. Variabilité excessive de la vigilance
9. Faible consolabilité

LE VISAGE

10. Orientation faible du visage vers autrui
11. Mimiques émotionnelles peu expressives
12. Sourire faible en présence d'autrui
13. Mimiques d'imitation pauvres
14. Mimiques trop instables - variables
15. Mimiques émotionnelles mal contextualisées

LE REGARD

16. Regard peu orienté vers autrui
17. Recherche rare du contact oeil à oeil
18. Regard fuyant, à la dérobée
19. Regard périphérique, « du coin de l'œil »
20. Regard flou en « passe-muraille »
21. Regard hyperpénétrant, dur
22. Regard trop proche, avec « effet cyclope »
23. Strabisme éphémère
24. Nystagmus éphémère
25. Fixation excessive aux sources lumineuses
26. Désintérêt pour son image dans le miroir
27. Attention préférentielle pour les choses plutôt que pour les personnes
28. Attention visuelle paradoxale (pour les objets menus, lointains...)
29. Attention partagée faible ou absente (Cf. item 89 à 10 mois du Brunet Lézine révisé : regarde ce que l'adulte regarde)

L'ECOUTE

30. Réaction faible ou absente à la voix familière
31. Peurs auditives excessives
32. Intérêt particulier pour la musique
33. Attention auditive paradoxale (pour les bruits faibles, lointains...)

LA VOCALITE, LA PRE-VERBALITE

34. Babillage ou jargon insuffisant
35. Babillage monotone, répétitif, atypique
36. Disparition des premiers mots
37. Imitations et jeux vocaliques faibles
38. Rires mal contextualisés
39. Pleurs mal contextualisés
40. Bruits buccaux étranges

LE TOUCHER

41. Faible intérêt pour le contact cutané, les caresses, les câlins, les baisers
42. Intérêt exclusif pour les contacts et les jeux moteurs
43. Stimulations tactiles répétitives
44. Sensibilité insuffisante à la douleur

LA PREHENSION

45. Inertie préhensive
46. Approche avec le buste seul, bras inertes
47. Préhension hésitante (« le cube brûlant »)
48. Contact par effleurement, du bout des doigts
49. Brièveté de la saisie palmaire
50. Atypie de la pince fine
51. Désintérêt visuel pour l'objet tombé-jeté (« signe des oubliettes »)
52. Non réalisation du jeu de jeter-ramasser
53. Découplage du regard et de la préhension (prendre sans regarder)
54. Jeu répétitif, stéréotypé avec un objet

LA GESTUALITE

55. Gestualité émotionnelle peu expressive
56. Imitations gestuelles faibles ou absentes
57. Pointage de l'objet dans l'attention partagée faible ou absent (Cf. item 110 à 14 mois, BLR-E : montre du doigt ce qui l'intéresse)
58. Jeu de mains ou de pieds répétitif ou atypique
59. Fascination visuelle pour certains jeux de mains
60. Découplage du regard et de la gestualité
61. Attitude anticipatrice du portage pauvre ou atypique
62. Retrait des bras "en chandelier"
63. Auto agressivité par les mains
64. Négligence des membres inférieurs (ni touchés, ni saisis)
65. Jeu en faire-semblant pauvre ou absent (Cf. item 120 à 17 mois, BLR-E)

LA POSTURE

66. Hypotonie atypique, variable
67. Hypertonie atypique, variable
68. Accès d'hypertension axiale
69. Trouble de l'ajustement postural lors du maintien par autrui

70. Balancement postural (y compris rythmies excessives d'endormissement)

LA LOCOMOTION

71. Hypoactivité motrice
72. Hyperactivité motrice
73. Appui palmaire en position assise évité
74. Appui plantaire en position debout évité
75. Appui ventral, évité
76. Angoisse très vive en position ventrale
77. Retournement dos-ventre évité
78. Ramper évité
79. Quadripédie évitée
80. Déplacement atypique sur les fesses
81. Marche debout sur la pointe des pieds
82. Marche en pantin, jambes raides et écartées
83. Tronc et membres supérieurs rigides lors de la marche
84. Découplage de la marche et du regard
85. Dextérité locomotrice atypique

LES ORGANISATEURS PSYCHIQUES (Un certain nombre de comportements affectifs, témoignent de la qualité du fonctionnement psychique du nourrisson en lien avec son entourage. Ils peuvent être explorés en complément du recueil des signes précédents et faire l'objet de commentaires.)

1. La relation orale-alimentaire
2. L'organisation du sommeil
3. Le sourire au visage
4. Les jeux d'accordage intermodal parent-bébé
5. La différenciation familial/étranger
6. Les phénomènes et objets transitionnels
7. La relation spéculaire
8. Le stade du NON
9. L'attention partagée
10. La capacité d'être seul en prés

Annexe n°2 : Alarme de détresse bébé (ADBB) A. Guedeney, 2007

Chaque item est coté de 0 à 4.

- 0** : Pas de comportement anormal de retrait
- 1** : Comportement discrètement anormal
- 2** : Comportement nettement anormal
- 3** : Comportement très nettement anormal
- 4** : Comportement massivement anormal

L'échelle est au mieux remplie par l'observateur lui-même, sur la base de ses propres observations, juste après la consultation. On évalue d'abord le comportement spontané, puis la réaction aux stimulations (sourire, voix, geste, toucher, etc.), en suivant l'évolution des réactions tout au long de l'examen. La valeur correspond à la réaction la plus significative pendant toute la durée de l'observation. En cas d'hésitation entre deux valeurs de l'échelle, on applique la gradation ci-dessus. **En cas de doute, on applique la valeur la plus basse.**

EXPRESSION DU VISAGE. Diminution de l'expressivité du visage:

- 0** : Le visage est spontanément mobile, expressif, animé par de fréquents changements d'expression.
- 1** : Visage mobile, expressif, mais sans changements fréquents d'expression.
- 2** : Peu de mobilité faciale spontanée.
- 3** : Visage immobile.
- 4** : Visage figé, froid, absent.

CONTACT VISUEL. Diminution du contact visuel:

- 0** : Contact visuel spontané facile et prolongé.
- 1** : Contact visuel spontané, mais bref.
- 2** : Contact visuel possible, mais seulement lorsqu'il est recherché.
- 3** : Contact visuel fugace, vague, fuyant.
- 4** : Evitement total du contact visuel.

ACTIVITE CORPORELLE. : Diminution de la mobilité de la tête, du torse et des membres, sans prendre en compte l'activité des mains et des doigts :

- 0** : Mouvements fréquents et spontanés du torse, de la tête et des membres.
- 1** : Activité générale spontanée légèrement réduite, peu d'activité de la tête ou des membres.
- 2** : Peu ou pas d'activité spontanée, mais activité présente en réponse à la stimulation.
- 3** : Faible activité en réponse à la stimulation.
- 4** : Enfant immobile et figé, quelle que soit la stimulation.

GESTES D'AUTO-STIMULATION. L'enfant se centre son corps (doigts, mains, cheveux, succion du pouce, frottement répétitifs...), d'une manière automatique, sans plaisir, et de façon apparaissant détachée du reste de son activité :

- 0** : Absence d'autostimulation, l'activité d'auto exploration est en rapport harmonieux avec le niveau d'activité général
- 1** : Autostimulation fugitive
- 2** : Autostimulation peu fréquente mais nette
- 3** : Autostimulation fréquente
- 4** : Autostimulation constante

VOCALISATIONS. Diminution des vocalisations, qu'elles traduisent le plaisir (gazouillis, rire, babil, lallations, cris aigus de plaisir), mais aussi le déplaisir, l'anxiété ou la douleur (cris, geignements et pleurs) :

- 0** : Vocalisations positives spontanées fréquentes, plutôt gaies et modulées ; cris ou pleurs brefs en réponse à une sensation désagréable.
- 1** : Vocalisations spontanées positives brèves
- 2** : **Vocalisations spontanées rares, seulement négatives.**
- 3** : **Geignement** en réponse à une stimulation.
- 4** : Aucune vocalisation, **même en cas de stimulation nociceptive.**

VIVACITE DE LA REACTION A LA STIMULATION. Diminution de la vivacité de la réaction à la stimulation, au cours de l'examen (sourire, voix, toucher). Note: ce n'est pas l'ampleur de la réponse qui est évaluée ici, mais le délai de la réponse ; **l'absence de réaction ne permet pas de coter:**

- 0** : Réaction adaptée, vive et rapide.
- 1** : Réaction légèrement retardée.
- 2** : Réaction nettement retardée.
- 3** : Réaction nettement retardée, même en réponse à une stimulation désagréable.
- 4** : Réaction très retardée.

RELATION. Diminution de l'aptitude de l'enfant à entrer en relation, avec l'observateur, l'examineur ou toute personne présente dans la pièce, exceptée celle qui s'occupe habituellement de l'enfant. La relation est évaluée par le comportement, le contact visuel, la réaction aux stimulations :

0 : La relation rapidement et nettement établie reste soutenue (après une éventuelle phase initiale d'anxiété).

1 : Relation identifiable, positive, ou négative, mais moins marquée ou soutenue qu'en 0

2 : Relation peu marquée, positive ou négative, peu soutenue.

3 : Relation à peine marquée.

4 : Absence de relation identifiable à l'autre.

ATTRACTIVITE. Effort d'attention nécessaire pour rester en contact avec l'enfant, et sentiment de plaisir ou d'inquiétude que procure le contact avec l'enfant, **et le sentiment subjectif de durée de l'examen :**

0 : L'enfant attire l'attention par ses initiatives, sans aucun effort tout au long de l'examen, et inspire un sentiment d'intérêt et de plaisir, sans aucune inquiétude.

1 : Pas d'inquiétude, mais sentiment d'attraction moins marqué et soutenu.

2 : Sentiment neutre vis-à-vis de l'enfant, avec parfois du mal à garder durablement son attention centrée sur lui.

3 : Sentiment de malaise, d'être maintenu à distance, inquiétude nette.

4 : Contact éprouvant, sentiment d'un enfant hors d'atteinte, très préoccupant.

Total :

NOM : PRENOM :

N° dossier :

DATE :

AGE mois jours :

Examineur :

Annexe n° 3 : Repères de signes de souffrance psychique précoce (Lamour, Barraco, 1998)

Troubles somatiques

- Variation de la croissance staturo-pondérale
- Troubles de l'alimentation
- Troubles du sommeil
- Troubles de la coloration cutanée
- Vulnérabilité somatique : fièvres inexplicables, infections à répétition, pathologies respiratoires

Troubles tonico-moteurs

- Hypo/Hypertonie
- Troubles de la motricité segmentaire ou globale
- Présence d'activités répétitives

Troubles de la régulation des états de vigilance

Troubles relationnels

- Absence ou importance de manifestations émotionnelles
- Troubles du contact avec évitement
- Hyperadaptation avec passivité
- Troubles de la différenciation des personnes

Annexe n°4 : L'auto-questionnaire

Recherche autour des repères professionnels concernant les soins psychiques en périnatalité

Dans le cadre d'une thèse de doctorat en médecine, cette recherche vise l'exploration des représentations professionnelles des soins psychiques en périnatalité. Notre étude se concentre autour du recueil de l'expérience des différents professionnels travaillant dans le domaine de la petite enfance, au sein des maternités, des services de protection maternelle et infantile (PMI) et des professionnels de périnatalité exerçant en libéral. L'objectif est de comprendre comment cette pluralité des regards influence le travail de prise en charge des personnes en périnatalité. Cette étude s'intéresse à trois réseaux de périnatalité.

* * * * *

Ce questionnaire est entièrement anonyme.

Il nécessite approximativement 20 minutes.

1. A l'évocation de l'expression « *la santé du bébé* », quels sont les 5 mots ou expressions qui vous viennent **spontanément** à l'esprit ?

* * * * *

2. Maintenant, classez ces 5 mots ou expressions dans **l'ordre d'importance** que vous leur accordez. Mettez le chiffre 1 devant le plus important pour vous, puis le chiffre 2, et ainsi de suite, par ordre décroissant d'importance jusqu'à 5.

* * * * *

3. En reconsidérant les 5 mots/expressions que vous venez d'écrire, indiquez pour chacun **la valeur** que vous lui attribuez : positif (+), négatif (-), ou neutre (0).

* * * * *

4. A l'évocation de l'expression « **les interactions parents-bébé** », quels sont les 5 mots ou expressions qui vous viennent spontanément à l'esprit ?

* * * * *

5. Maintenant, classez ces 5 mots ou expressions dans **l'ordre d'importance** que vous leur accordez. Mettez le chiffre 1 devant le plus important pour vous, puis le chiffre 2, et ainsi de suite, par ordre décroissant d'importance jusqu'à 5.

* * * * *

6. En reconsidérant les 5 mots/expressions que vous venez d'écrire, indiquez pour chacun **la valeur** que vous lui attribuez : positif (+), négatif (-), ou neutre (0).

* * * * *

7. A l'évocation de l'expression «**une situation à risque psychologique** », quels sont les 5 mots ou expressions qui vous viennent spontanément à l'esprit ?

* * * * *

8. Maintenant, classez ces 5 mots ou expressions dans **l'ordre d'importance** que vous leur accordez. Mettez le chiffre 1 devant le plus important pour vous, puis le chiffre 2, et ainsi de suite, par ordre décroissant d'importance jusqu'à 5.

* * * * *

9. En reconsidérant les 5 mots/expressions que vous venez d'écrire, indiquez pour chacun **la valeur** que vous lui attribuez : positif (+), négatif (-), ou neutre (0).

* * * * *

10. A propos des mots/expressions que vous avez associés à l'expression « une situation à risque psychologique », pouvez vous **expliciter** en quelques mots vos réponses en les reprenant une à une :

Réponse 1 : j'ai répondu cela parce que

Réponse 2 : j'ai répondu cela parce que

Réponse 3 : j'ai répondu cela parce que

Réponse 4 : j'ai répondu cela parce que

Réponse 5 : j'ai répondu cela parce que

* * * * *

11. Selon vous, **Votre réponse correspond à ... ?** *Plusieurs choix sont possibles*

	Un exemple parlant, une illustration.	Le besoin d'agir, d'intervenir	Un constat, un ressenti.
<i>Réponse 1</i>			
<i>Réponse 2</i>			
<i>Réponse 3</i>			
<i>Réponse 4</i>			
<i>Réponse 5</i>			

* * * * *

12. Dans votre **travail d'équipe au quotidien**, quel **degré de risque** attribuez-vous aux situations qui sont assimilées à une **possible fragilisation psychologique du bébé** ? Évaluez le risque potentiel des situations suivantes sur une **échelle de risque de 1 à 5**.

Le degré 1 correspond à une situation à risque très faible, le degré 2 à un risque faible, le degré 3 à un risque modéré, 4 à un risque haut et enfin le degré 5 à un risque très important de fragilisation psychologique.

SITUATION FAMILIALE	1	2	3	4	5	Ne souhaite pas se prononcer
Jeunes parents (-25 ans)						
Parents sans entourage proche						
Mère célibataire						
Séparation du couple pendant la grossesse						
Grossesse non planifiée par le couple						

ANTECEDENTS DES PARENTS	1	2	3	4	5	Ne souhaite pas se prononcer
Antécédent chez un parent de placement par ASE dans son enfance						
Suivi psychiatrique d'un parent précédant la naissance (dépression, schizophrénie, etc.)						
Mère ou père pris(e) en charge pour dépression						
Mère ou père pris(e) en charge pour schizophrénie						

A PARTIR DE LA NAISSANCE	1	2	3	4	5	Ne souhaite pas se prononcer
Problèmes liés au sommeil chez le bébé (réveils nocturnes très fréquents, endormissement difficile, réveil matinal tôt, etc.)						
Problèmes liés à l'alimentation (régurgitations très fréquentes, coliques.)						
Développement non harmonieux du poids et/ou de la taille de l'enfant						
Bébé souvent malade (fièvre, infections virales inexplicables, etc.)						
Bébé tout « mou » dans les bras de son parent						
Bébé très tonique						
Bébé bougeant peu spontanément						
Bébé réagissant peu aux stimulations						
Bébé décrit comme dormant tout le temps, réclamant peu						
Bébé réclamant beaucoup d'attention						
Visage inexpressif du bébé						
Bébé ne vocalisant pas						
Bébé peu accessible par le regard						
Bébé impossible à consoler (par exemple lors de l'examen)						
Echanges avec le bébé vécus comme peu ou pas engageants						
Parents en difficulté pour comprendre son bébé						
Mère ou père anxieux						
Mère ou père triste						

13. Situation professionnelle

Votre êtes :

- Médecin généraliste Médecin pédiatre Médecin obstétricien
- Médecin psychiatre Médecin pédopsychiatre
- Psychologue
- Cadre de santé
- Sage Femme
- Puéricultrice Infirmière Auxiliaire de puériculture
- Kinésithérapeute Psychomotricien
- Assistante Sociale
- Autre : Ne souhaite pas répondre

Votre lieu d'exercice professionnel :

- Hôpital général Hôpital psychiatrique Maternité
- Clinique privée
- PMI – Protection Maternelle Infantile
- Exercice en libéral
- Autre : Ne souhaite pas répondre

Depuis combien de temps exercez-vous votre profession ?

|_|_| années

Depuis combien de temps exercez-vous dans la sphère périnatale ?

|_|_| années

* * * * *

Travaillez-vous avec un professionnel du champ psy* (psychiatre, psychologue) ?

- Très souvent
- Souvent
- Rarement
- Jamais
- Présence régulière du professionnel à des réunions cliniques
- Autre :
- Ne souhaite pas répondre

* * * * *

Selon vous, qu'est-ce qui caractérise le cœur de votre métier ?

* * * * *

Commentaires libres :

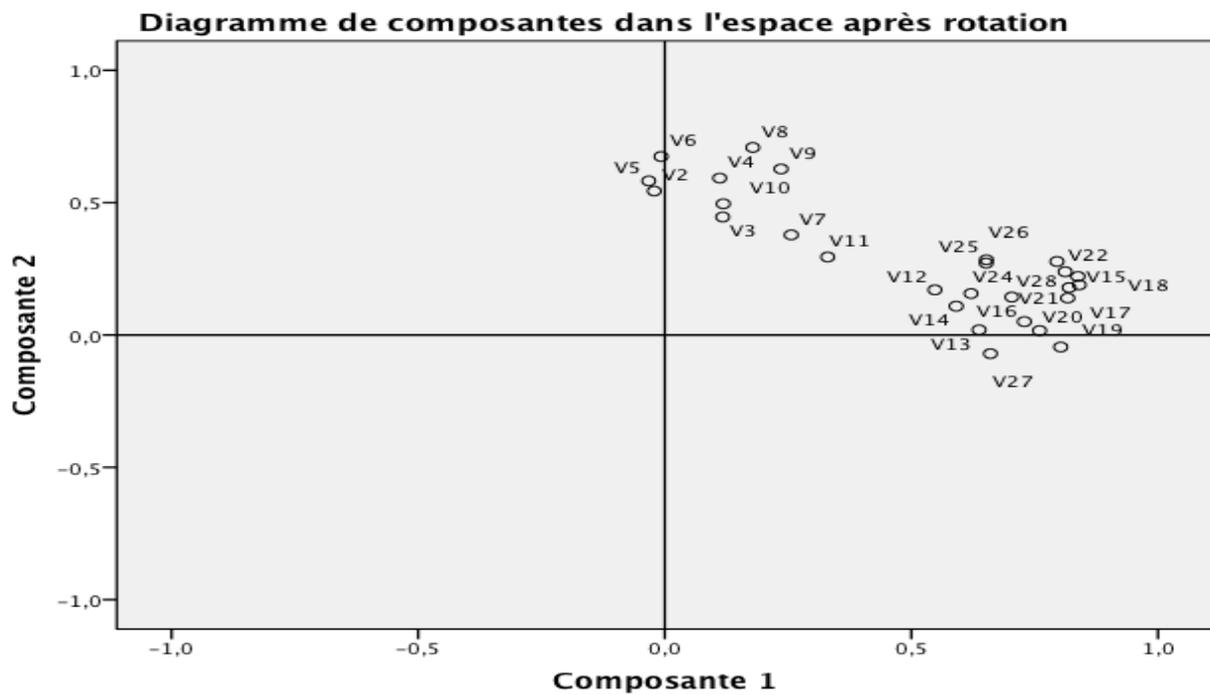
.....

.....

* * * * *

Nous vous remercions pour votre participation.

Annexe 5 : Etude des corrélations au sein du questionnaire d'opinion



- V1 Jeunes parents (moins de 25ans)
- V2 Parents sans entourage proche
- V3 Mère célibataire
- V4 Séparation du couple pendant la grossesse
- V5 Grossesse non planifiée
- V6 Antécédent chez un parent de placement par ASE dans son enfance
- V7 Suivi psychiatrique d'un parent précédent la naissance (dépression, schizophrénie, etc.)
- V8 Mère ou père pris(e) en charge pour dépression
- V9 Mère ou père pris(e) en charge pour schizophrénie
- V10 Problèmes liés au sommeil chez le bébé
- V11 Problèmes liés à l'alimentation pour le bébé
- V12 Développement non harmonieux du poids et/ou de la taille de l'enfant
- V13 Bébé souvent malade (fièvre, infections virales inexpliquées, etc.)
- V14 Bébé tout "mou" dans les bras de son parent
- V15 Bébé très tonique
- V16 Bébé bougeant peu spontanément
- V17 Bébé réagissant peu aux stimulations
- V18 Bébé décrit comme dormant tout le temps, réclamant peu
- V19 Bébé réclamant beaucoup d'attention
- V20 Visage inexpressif du bébé
- V21 Bébé ne vocalisant pas
- V22 Bébé peu accessible par le regard
- V23 Bébé impossible à consoler
- V24 Echanges avec le bébé vécus comme peu ou pas engageants
- V25 Parents en difficulté pour comprendre son bébé
- V26 Mère ou père anxieux
- V27 Mère ou père triste

Variance totale expliquée

Composante	Valeurs propres initiales		
	Total	% de la variance	% cumulés
1	10,137	37,544	37,544
2	2,712	10,043	47,587

Matrice des composantes après rotation

Composante	1	2
17	0,84	0,189
14	0,838	0,221
20	0,82	0,179
16	0,817	0,14
21	0,812	0,239
18	0,803	-0,046
22	0,795	0,278
19	0,76	0,016
15	0,729	0,05
27	0,704	0,143
26	0,66	-0,071
24	0,652	0,284
25	0,652	0,271
12	0,637	0,019
23	0,621	0,157
13	0,591	0,109
11	0,548	0,17
10	0,33	0,295
7	0,178	0,708
5	-0,007	0,674
8	0,236	0,627
3	0,111	0,593
4	-0,032	0,582
1	-0,021	0,544
9	0,119	0,496
2	0,117	0,446
6	0,256	0,378

Méthode d'extraction : Analyse en composantes principales.

Méthode de rotation : Varimax avec normalisation de Kaiser.

a La rotation a convergé en 3 itérations.

Résumé

Introduction : La notion de souffrance psychique du bébé est une évidence sur laquelle se construit le travail de psychiatrie en périnatalité. La périnatalité est un domaine hautement pluridisciplinaire où se côtoient différents professionnels aux compétences et missions diverses.

Objectif : Ce travail exploratoire souhaite questionner le contenu représentationnel de la notion de souffrance psychique afin de mieux appréhender ce qui fonde et organise l'intervention psychiatrique en périnatalité.

Matériel et Méthode : Dans un premier temps, les représentations de la pédopsychiatrie sont abordées au travers des diagnostics d'autisme infantile et de dépression précoce. Puis, un auto-questionnaire construit à partir des travaux de la psychologie sociale a permis l'exploration des représentations sociales de 101 professionnels travaillant en périnatalité. Sont représentés les pédiatres et médecins généralistes, les médecins obstétriciens et gynécologues, les puéricultrices, les sages-femmes, les psychologues et les psychiatres. Les professionnels se répartissent entre travail au sein de maternité, de PMI et en libéral.

Résultats : Le contenu représentationnel des différents professionnels de la souffrance psychique du bébé et des situations à risque se compose d'une pluralité d'éléments aux composantes médicales, psychologiques, sociales et relationnelles. La complexité de ses représentations souligne la complémentarité des regards. Des différences semblent apparaître en fonction des professions.

Conclusion : Ces résultats sont discutés et mis en correspondance avec les données de la littérature. Ils ouvrent des pistes de réflexion et place le regard clinique au centre de toute démarche psychiatrique en périnatalité.

Mots-clés : représentation sociale, périnatalité, souffrance psychique du bébé, travail pluridisciplinaire.



UNIVERSITE DE POITIERS



Faculté de Médecine et de
Pharmacie

SERMENT



En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !



NOM : BRUNET

PRENOM : FLORIANE

TITRE DE LA THESE

« DU THEORIQUE A LA PRATIQUE COLLECTIVE : LA COMPLEXITE DES REPRESENTATIONS SOCIALES DE LA SOUFFRANCE PSYCHIQUE DU BEBE EN PERINATALITE »

Résumé

Introduction : La notion de souffrance psychique du bébé est une évidence sur laquelle se construit le travail de psychiatrie en périnatalité. La périnatalité est un domaine hautement pluridisciplinaire où se côtoient différents professionnels aux compétences et missions diverses.

Objectif : Ce travail exploratoire souhaite questionner le contenu représentationnel de la notion de souffrance psychique afin de mieux appréhender ce qui fonde et organise l'intervention psychiatrique en périnatalité.

Matériel et Méthode : Dans un premier temps, les représentations de la pédopsychiatrie sont abordées au travers des diagnostics d'autisme infantile et de dépression précoce. Puis, un auto-questionnaire construit à partir des travaux de la psychologie sociale a permis l'exploration des représentations sociales de 101 professionnels travaillant en périnatalité. Sont représentés les pédiatres et médecins généralistes, les médecins obstétriciens et gynécologues, les puéricultrices, les sages-femmes, les psychologues et les psychiatres. Les professionnels se répartissent entre travail au sein de maternité, de PMI et en libéral.

Résultats : Le contenu représentationnel des différents professionnels de la souffrance psychique du bébé et des situations à risque se compose d'une pluralité d'éléments aux composantes médicales, psychologiques, sociales et relationnelles. La complexité de ses représentations souligne la complémentarité des regards. Des différences semblent apparaître en fonction des professions.

Conclusion : Ces résultats sont discutés et mis en correspondance avec les données de la littérature. Ils ouvrent des pistes de réflexion et place le regard clinique au centre de toute démarche psychiatrique en périnatalité.

Mots-clés : représentation sociale, périnatalité, souffrance psychique du bébé, travail pluridisciplinaire.