



Colloque

« Les premiers temps de la vie »

Regards croisés sur les
Signes de souffrance
psychique du nourrisson

MOT DE BIENVENUE

Dr Michel JURUS, psychiatre

Coordinateur du GT Souffrance de l'enfant
et de sa famille

Dr Jean STAGNARA, pédiatre

Modérateur et time keeper du Colloque

DEROULE DE LA JOURNEE

9-9h30  **ACCUEIL**

Mot de bienvenue, par dr Jurus

11h-11h30  **PAUSE**

13h15-14h15  **COCKTAIL**

LE BEBE EN SOUFFRANCE

9h30

Les signes de souffrance psychique du bébé
Drs Laub et Tenenbaum

10h

Zoom sur des signes du quotidien : pleurs et troubles du sommeil du bébé
Drs Abid et Stagnara

10h30

Temps d'échanges

AUTOUR DE LA PERINATALITE

11h30

Environnement psychologique périnatal : source de souffrance psychique pour le bébé ?
Drs Thomas et Desmarchelier

12h15

Travaux inter-URPS et réseau AURORE
Pr Dupont

12h45

Présentation du RPPR
Mme Seydi et dr Pasi-Delay

LE BEBE ET SON ENVIRONNEMENT

14h15

Table ronde « Les facteurs de risques d'une souffrance psychique du bébé »
Drs Capelli, Maggi-Perpoint, Bessi et Mme Gestas

15h15

Table ronde « L'apport pour le bébé d'un accompagnement pluridisciplinaire »
Drs Abid, Combris et Mme Katz

16h15

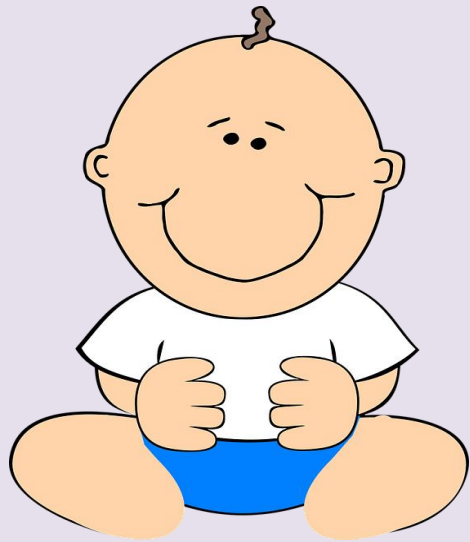
Conclusion, par dr Jurus

LE BEBE EN SOUFFRANCE

Les signes de souffrance psychique du bébé

Dr Joseph TENENBAUM, pédopsychiatre
Dr Sophie LAUB, pédopsychiatre

Les signes de souffrance psychique du bébé



Dr Joseph TENENBAUM
Pédopsychiatre libéral

Pour commencer...

- ❖ Pas de données épidémiologiques
- ❖ Champ encore méconnu
- ❖ Importance fondamentale des 1000 premiers jours : de la conception aux 2 ans du bébé
- ❖ Prévention, enjeu de santé publique : impact sur le développement psycho-affectif, cognitif, relationnel...

Qu'est-ce qu'un symptôme ?

- ❖ Défense du bébé face à des stimuli en excès, endogènes (la pulsion) ou exogènes
- ❖ Réponse du bébé à une excitation qui dépasse ses capacités adaptatives

Or : l'infans (le bébé qui n'a pas la parole) :

- a un éventail limité de réponses : c'est le corps qui parle
- n'attend pas : « urgence » !

Donc : faire du symptôme un appel à l'autre :

- le symptôme fait sens, c'est un dire
- aider le bébé à le transformer, sinon il s'installe ou se déplace...

Le répertoire défensif du bébé est limité :

Actif : la protestation

Passif : le retrait

Sommeil

Hyposomnie, réveils

Hypersomnie refuge

Alimentation

Demande insatiable, RGO

Refus alimentaire

Tonus

Hypertonie (raideur)

Hypotonie (poupée de chiffon)

Pleurs

Pleurs inconsolables

Absence de sons, de pleurs

Relation

Hypersensibilité

Retrait relationnel : évitement du regard, pas de sourire, pas de vocalisation, pas d'imitation

Insécurité

+ Troubles somatiques

+ Régulation des états émotionnels

- ❖ Règle numéro 1 : observez le bébé
- ❖ Règle numéro 2 : observez le bébé
- ❖ Règle numéro 3 : si besoin observez-le à nouveau !

Notamment :

- les interactions visuelles : regard
- les interactions sonores : vocalisations et réponses à la voix
- les interactions corporelles : dialogue tonique avec l'adulte (importance du visage et des mains)

Avec un signe qui transcende tous les autres :
l'appétence pour le lien à l'autre, le plaisir à chercher l'autre.

Notion de circuit pulsionnel en 3 temps, avec importance particulière du 3^{ème} temps : l'initiative du bébé pour « accrocher » l'autre.

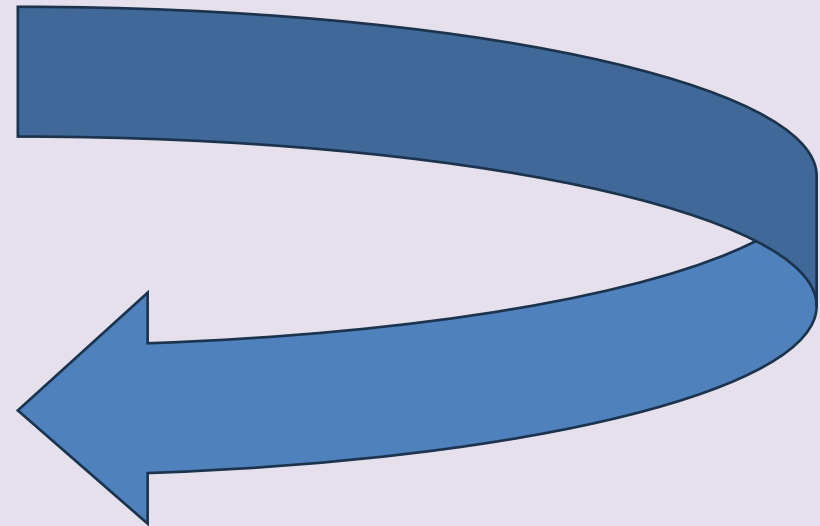
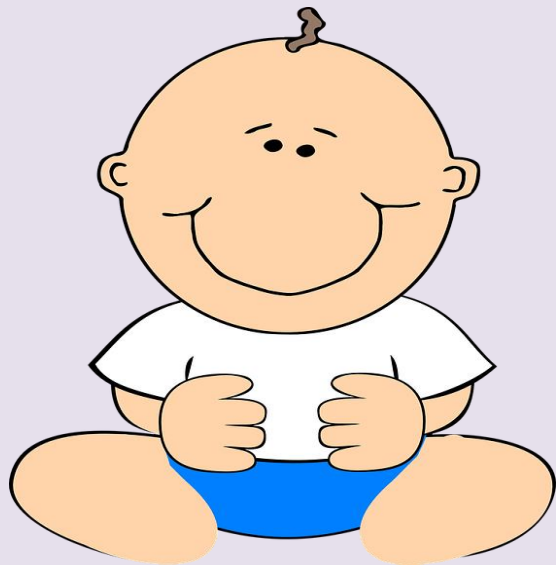
1^{er} temps du circuit de la pulsion

Temps actif : faire



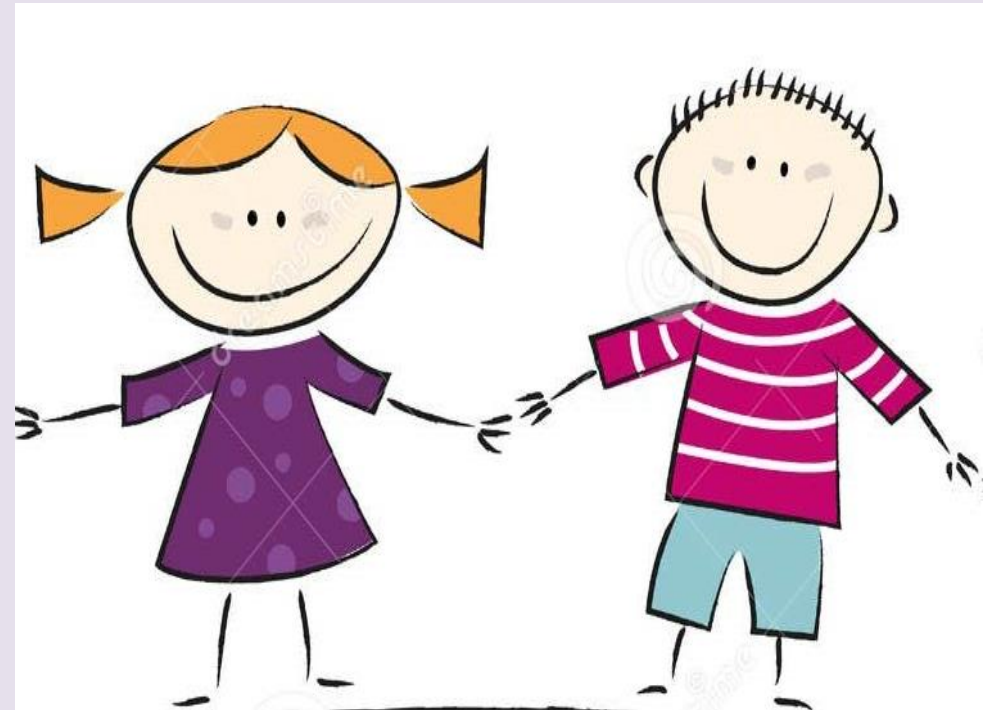
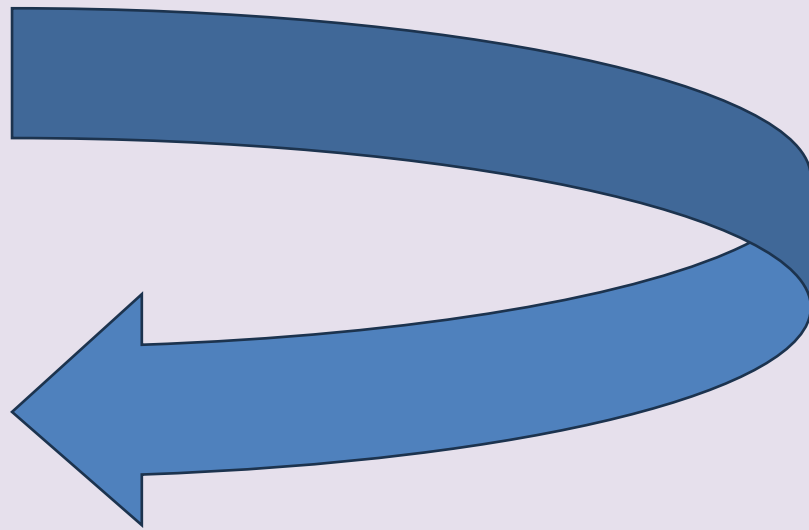
2ème temps du circuit de la pulsion

Temps réflexif : se faire



3ème temps du circuit de la pulsion

Temps réflexif : se faire faire



L'appétence relationnelle : un signe clé

- ❖ Le 3^{ème} temps du circuit de la pulsion est essentiel : il est le témoin de l'appétit du bébé pour entrer en relation avec l'autre, de cette force vitale d'accrochage de son désir au désir d'autrui. Importance de :
 - l'initiative du bébé
 - du maintien de son investissement.
- ❖ Ce signe est connoté de plaisir (côté bébé et côté parents), véritable baromètre de l'état psychique du bébé : son absence dans les différents champs pulsionnels est un marqueur de souffrance psychique.
- ❖ On retrouve cette notion :
 - dans les items 7 et 8 de l'échelle ADBB
 - dans les items 4 et 5 de l'échelle M-ADBB.

Echelle ADBB

7. Relation

Évaluation de la réduction de **l'aptitude de l'enfant à entrer en relation** avec l'observateur, l'examineur ou toute personne présente dans la pièce, excepté celle qui s'occupe habituellement de l'enfant. La relation est évaluée par le comportement, le contact visuel, la réaction aux stimulations et la réaction à la fin de la séance

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

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

2 : Relation à peine marquée, positive ou négative

3 : Doute sur l'existence d'une relation

4 : Absence de relation identifiable à l'autre

8. Attractivité

Évaluation de l'effort nécessaire pour **rester en contact** avec l'enfant, ainsi que du **sentiment de plaisir** que procure le contact avec l'enfant

0 : L'enfant attire l'attention par ses initiatives et inspire un sentiment d'intérêt et de plaisir, sans aucune inquiétude

1 : On s'intéresse à l'enfant, mais avec moins de plaisir qu'en 0

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

3 : Sentiment de malaise et d'être maintenu à distance

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




M-ADBB (Seuil = 2)	
Expression faciale	0
Expressivité du visage	1
2 mois : 3 émotions	2
7 mois : 7 émotions	
Contact visuel	0
Facilité à obtenir et à maintenir un contact oculaire <i>avec vous</i>	1
	2
Activité générale	0
Mouvements de la tête et des membres.	1
Mouvements spontanés ou après stimulation	2
Vocalisations	0
Quantité essentiellement	1
Qualité : plaisir/déplaisir	
Relation	0
Acceptation de l'engagement dans la relation <i>avec vous</i> et son maintien.	1
Prise d'initiative ?	2

SCORE =

Merci pour
votre attention !





Les signes de souffrance psychique du bébé/nourrisson : Echelles et grilles d'observations

Dr Sophie LAUB
Psychiatre/Pédopsychiatre
USPPP NATECIA
Unité Périnatalité I11 Oullins
drsophielaub@gmail.com

Différents types d'échelles



CAPACITES ET
COMPETENCES
PARENTALES

Ainsworth



QUALITE INTERACTION
DYADIQUE (TRIADYQUE)

Bobigny/Marcé

BIS, PIPE

DMC

Care-Index

CIB

GEDAN

GRMII



SIGNAUX DU BEBE

ADBB

Kia profil

Brazelton (NBAS)

Echelle de sensibilité maternelle (parentale): Ainsworth

Ainsworth, M. D. S., Bell, S. M., & Stayton, D. F. (1974). Infant-mother attachment and social development: Socialization as a product of reciprocal responsiveness to signals. In M. P. M. Richards (Ed.), *The integration of a child into a social world* (pp. 99–135). Cambridge University Press.

Sensibilité maternelle :

- > Repérage et conscience des signaux
- > Interprétation adéquate des signaux
- > Réponse appropriée aux signaux

(dans une temporalité adéquate à l'âge de l'enfant)

COTATION= Très sensible à très insensible (5 items)

AABB

Guédeney, A, et M Vermillard. « L'échelle AABB : intérêt en recherche et en clinique de l'évaluation du comportement de retrait relationnel du jeune enfant », Médecine et enfance, 2004.

8 items d'observations (en interaction directe avec le bébé) :

- > Expression du visage
- > Contact visuel
- > Activité corporelle
- > Gestes d'auto-mutilation
- > Vocalisations
- > Vivacité de la réaction à la stimulation
- > Relation
- > Attractivité

5 items de cotation 0 à 4

Exemple clinique: Socrate

Arrivée dans les suites du séjour en néonatalogie:

- Bb hypersomnique
- Peu de temps d'éveil calme (NBAS)
- Hypotonie
- Evitement relationnel modulé par ses états de veille/sommeil
- Mère sensible aux signaux , interprétation moyennement congruente, symptômes dépressifs majeurs avec ralentissement idée-moteurs et pauci-mimie

PEDIATRIC INFANT PARENT EXAM

COMMENCER LE JEU

- 0 ENGAGEMENT FACILE. Les parents attirent facilement l'attention du nourrisson et le nourrisson montre des affects positifs. (Ex : le visage du nourrisson peut s'égayer au son de la voix du parent ; le parent peut caresser l'enfant).
- 1 ENFANT DIFFICILE À ENGAGER. Le parent doit travailler pour attirer l'attention du nourrisson, mais les affects du nourrisson sont positifs ou neutres. (Ex : les parents remuent le bébé à plusieurs reprises ; le bébé finit par regarder ou sourire).
- 2 PARENTS DÉSENGAGÉS. Le parent tente faiblement d'attirer l'attention du nourrisson, mais le nourrisson reste positif ou neutre. (Ex : le regard du parent fait le va et vient entre le pédiatre et l'enfant ; le nourrisson regarde le parent avec anticipation).
- 3 DÉSENGAGEMENT DES PARENTS/PROTESTATION DU NOURRISSON. Tentative faible d'un parent suivie d'une légère protestation du nourrisson ou regard vide. (Ex : le parent regarde vers le pédiatre, le nourrisson s'agite ou a l'air sombre).
- 4 ENGAGEMENT INTRUSIF/NOURRISSON ÉVITE OU SANS AFFECT. Le parent titille ou stimule le nourrisson à plusieurs reprises pour attirer son attention et l'enfant tourne la tête, proteste ou est sans affect. (Ex : un parent pique l'enfant du doigt alors que le nourrisson se détourne ou s'agite).
- 5 ENGAGEMENT INAPPROPRIÉ ET BIZARRE. Le parent commence le jeu avant que le nourrisson ne regarde ou il peut faire des commentaires bizarres, hors de contexte du jeu. Le nourrisson a le regard fixe ou semble être détaché de ses parents. (Ex : le parent commente les affaires du monde de manière bizarre ; l'enfant regarde tout autour de lui).

MAINTENIR LE JEU

- 0 AMUSEMENT FACILE. Mouvements doux d'aller-retour entre les parents et le nourrisson, le nourrisson peut rire ou sourire. (Ex : le parent chante, fait une pause, le bébé rit, le parent répète).
- 1 ENFANT DIFFICILE À MAINTENIR. Le parent doit persister pour maintenir l'attention du nourrisson, mais l'affect du nourrisson est globalement positif ou neutre. (Ex : le parent doit augmenter le son de la voix ou l'intensité de l'activité physique pour que le bébé maintienne son attention ; le nourrisson peut balayer du regard autour du visage de son parent).
- 2 PARENTS DÉSENGAGÉS. Le parent joue mécaniquement mais l'enfant reste neutre. (Ex : peu ou pas d'attention du regard du nourrisson ; peu de variation d'intensité dans la voix et le toucher ; le nourrisson peut sembler méfiant avec un froncement de sourcils mais il reste globalement positif ou neutre).

- 3 PARENTS DÉSENGAGÉS/PROTESTATION DU NOURRISSON. Les parents jouent à un jeu mécanique, le bébé peut s'agiter. (Ex : le parent ne montre que peu ou pas de variation dans le rythme de la voix ou du toucher, le bébé détourne le regard ou s'agite).
- 4 STIMULATION INTRUSIVE/NOURRISSON ÉVITANT OU PASSIF. Niveaux élevés de stimulation physique par des titillement et des poussées du nourrisson ; le nourrisson détourne le regard ou est mou (Ex : les parents peuvent utiliser des mouvements de type staccato avec peu ou pas d'affects positifs. Le nourrisson peut se taire, ou protester).
- 5 JEU INAPPROPRIÉ. Le parent peut jouer pour son profit ; le nourrisson a un regard vitreux ou pleure. (Ex : Le parent parle du jeu ou parle d'une activité sans rapport avec le jeu ; il ne répond pas aux protestations du nourrisson ; le nourrisson peut regarder fixement, gémir ou pleurer).

TERMINER LE JEU

- 0 APAISEMENT PROGRESSIF. Parent et enfant arrivent progressivement à la fin du jeu. (Ex : le parent baisse la voix ; le nourrisson peut gazouiller ; le corps devient relativement apaisé).
- 1 FIN INÉGALE. Le parent met fin au jeu ; le nourrisson proteste légèrement mais a généralement des affects positifs ou neutres. (Ex : Le parent arrête le jeu aux signes du nourrisson ou peut continuer à apaiser le nourrisson une fois le jeu terminé, le nourrisson proteste brièvement puis revient à un affect positif).
- 2 FIN ABRUPTTE. Le parent stoppe brusquement le jeu et l'enfant reste neutre. (Ex : Le parent peut faire une déclaration au pédiatre "ça suffit" ; le nourrisson peut rester neutre ou sombre).
- 3 FIN ABRUPTTE / PROTESTATION DU NOURRISSON. Le parent met brusquement fin au jeu et le nourrisson proteste. (Ex : le parent arrête le jeu en portant peu d'attention au le nourrisson, le nourrisson proteste, le parent n'apaise pas le nourrisson).
- 4 INTRUSION PERSISTANTE. Le parent continue de stimuler le nourrisson après la fin du jeu ; le nourrisson le fixe du regard ou proteste. (Ex : le parent cesse de "regarder" mais continue à bousculer le nourrisson, le nourrisson s'agite ou détourne le regard du parent ou ne répond pas).
- 5 INCAPABLE D'ARRÊTER LE JEU. Le parent continue le jeu pendant que le nourrisson pleure ou a un affect plat. (Ex : le parent continue le jeu pendant que le bébé pleure ou à l'affect plat. (Ex : le parent continue à jouer même lorsque le pédiatre commence à parler, peu de variation dans le tempo).

IMPRESSION GÉNÉRALE DE L'INTERACTION : Adaptée - 1 2 3 4 5 6 7 - Inadaptée

APPRECIATION DE L'EXAMEN - Dans quelle mesure considérez-vous que cette interaction soit typique pour le parent et l'enfant ?

1 - Très typique

2 - Parfaitement typique

3 - Atypique (expliquer)

GRILLE D'OBSERVATION DES INTERACTIONS
MÈRE-PÈRE-NOURRISSON (DE 0 À 3-4 MOIS)

INTERACTIONS	CORPORELLES	VISUELLES	VOCALES	SOURIRES
BÉBÉ	Recherche le foussement : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non S'agrippe : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Apprécie les contacts corporels : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Maintient le regard à regard : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Évite le regard de sa mère : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non A un regard fixe : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Explore l'environnement : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Vocalise vers sa mère : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Pleure-t-il fréquemment : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Sourit spontanément à sa mère : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Répond au sourire de sa mère : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
MÈRE	Berce son bébé : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Tient son bébé confortablement : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Tient son bébé à distance : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Caresse son bébé : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Embrasse son bébé : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Maintient le regard : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Évite le regard du bébé : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Suit le bébé des yeux : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Parle au bébé : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Jeux vocaux réciproques : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Crie fréquemment : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Reste silencieuse : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Sourit spontanément à son bébé : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Répond au sourire de son bébé : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Les échanges mère-enfant vous paraissent-ils dans ce domaine :	<input type="checkbox"/> Excessifs <input type="checkbox"/> Dans la moyenne <input type="checkbox"/> Rares <input type="checkbox"/> Absents	<input type="checkbox"/> Excessifs <input type="checkbox"/> Dans la moyenne <input type="checkbox"/> Rares <input type="checkbox"/> Absents	<input type="checkbox"/> Excessifs <input type="checkbox"/> Dans la moyenne <input type="checkbox"/> Rares <input type="checkbox"/> Absents	<input type="checkbox"/> Excessifs <input type="checkbox"/> Dans la moyenne <input type="checkbox"/> Rares <input type="checkbox"/> Absents

QUI INITIE LES ÉCHANGES ?	TONALITÉ AFFECTIVE DOMINANTE		
		Enfant	Mère
<input type="checkbox"/> La mère <input type="checkbox"/> Les deux	<input type="checkbox"/> L'enfant <input type="checkbox"/> Aucun des deux	Plaisir <input type="checkbox"/> Tristesse <input type="checkbox"/> Indifférence <input type="checkbox"/> Excitation <input type="checkbox"/> Vide <input type="checkbox"/> Autre (préciser) <input type="checkbox"/>	Plaisir <input type="checkbox"/> Tristesse <input type="checkbox"/> Indifférence <input type="checkbox"/> Excitation <input type="checkbox"/> Vide <input type="checkbox"/> Autre (préciser) <input type="checkbox"/>
RÉCIPROCITÉ DES ÉCHANGES	LES INTERACTIONS SE DÉROULENT-ELLES DE FAÇON PRÉDOMINANTES AVEC :		
<input type="checkbox"/> Fréquente <input type="checkbox"/> Rare <input type="checkbox"/> Absente	<input type="checkbox"/> Continuité <input type="checkbox"/> Discontinuité		

GRILLE D'OBSERVATION DES INTERACTIONS
MÈRE-PÈRE-NOURRISSON (DE 0 À 3-4 MOIS)

Père	
Selon la mère	Selon l'observateur
La mère parle-t-elle spontanément du père : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Le père vient-il spontanément à la consultation : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Le père s'occupe-t-il de l'enfant ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Le père participe-t-il activement à la prise en charge de l'enfant ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si oui, quand il est : <input type="checkbox"/> seul avec l'enfant <input type="checkbox"/> toujours en présence de la mère	Joue-t-il son rôle de père auprès de l'enfant ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Autre (préciser)	Si non, préciser :
	Le père est-il un soutien de la mère dans sa fonction maternelle ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	La mère laisse-t-elle le père prendre sa place ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

D'après la Grille des Interactions précoces de Bobigny
 Recherche-Action-Formation :
 - dirigée par le professeur Lebovici, son équipe le département de psychopathologie de la faculté de Médecine de Bobigny
 - les équipes pédiatriques de quatre centres de PMI
 - l'Inserm

Echelles interactionnelles 1/3 :
Bobigny (Marcé)

ECHELLE BABY INTERACTION SCALE- BIS©

Viaux-Savelon S, Beaupuy M, Couturier-Michel C, Camon Sénéchal L, Fidry E

NOM DE L'ENFANT :

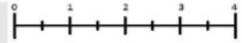
DATE :

AGE DE L'ENFANT :

COTATEUR :

Enfant

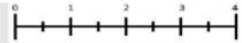
Attention portée au parent : Regard dirigé vers le parent dans une intention d'échange.



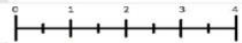
Qualité d'expression de l'enfant : Capacités de l'enfant à exprimer clairement ses émotions (positives et négatives) par la mimique, la gestuelle et la voix.



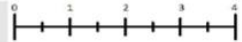
Ajustement corporel : Capacités d'ajustement tonique, postural et moteur de l'enfant, pour être disposé ou non à l'échange.



Engagement relationnel : Initiatives et relances de l'échange de la part de l'enfant, au maximum retrait de la relation.

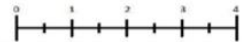


Qualité d'éveil et d'attention : Capacité de l'enfant à se maintenir dans un état stable d'éveil et d'attention dans l'interaction.



Parent

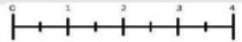
Sensibilité aux signaux du bébé : Perception et capacité de réponse aux signaux manifestés par l'enfant.



Ajustement relationnel : Capacité du parent à être dans la bonne distance relationnelle. Cotation à 4 pour une situation de retrait ou d'intrusivité sévère.



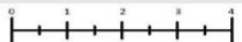
Regard du parent : Regard adressé à l'enfant dans une intention d'échange, témoignant d'une attention de qualité.



Expression émotionnelle : Capacités du parent à exprimer clairement ses émotions (positives et négatives) par la mimique, la gestuelle et la voix.

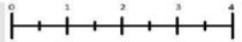


Engagement tonique et postural : Capacité d'ajustement tonique et postural du parent pour permettre l'interaction.

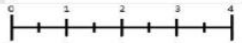


Dyade

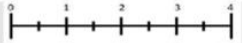
Attention conjointe : Attention partagée de la part du parent et de l'enfant, mouvement d'aller-retour excluant le jeu côte à côte.



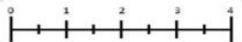
Réciprocité dyadique, tour de rôle : Intervention dans l'interaction en synchronie avec les signaux envoyés par l'autre. Danse interactive.



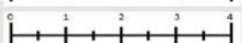
Tonalité affective de l'échange : De l'engagement affectif positif, à l'engagement affectif négatif, qu'il soit pauvre ou riche.



Qualité expressive du dialogue : Qualité de l'échange en prenant en compte les modalités corporelles, visuelles et vocales de l'interaction.



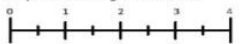
Ajustement postural réciproque : Disposition posturale du parent et de l'enfant dans l'espace permettant l'échange réciproque et le dialogue tonique ajusté.



Evaluation subjective de la dyade.

Etat subjectif induit par l'observation de la séquence interactive dyadique :

Etat subjectif de l'évaluateur après l'observation de la dyade et indication de prise en charge nécessaire.



Echelles interactionnelles 3/3: La BIS, récente, utilisation intermédiaire mais nécessite une formation

Mathieu Beaupuy. Création d'une échelle d'évaluation des interactions précoces parents-enfant, Baby Interaction Scale (BIS), thèse, faculté de médecine de Tours ,2021.

CARE-Index

La plus complète mais visée de recherche uniquement

Crittenden, P.N (1981): Abusing, neglecting, problematic and inadequate dyads: differentiating patterns of interaction.
Merrill-Palmer. Quaterly, 27: 201-218

7 items:

- > Expressions faciales
- > Expressions vocales
- > Position et contact corporel
- > Expression d'affection
- > Tours de rôles
- > Contrôle
- > Choix d'activité

COTATION PARENT ET BEBE: coopération/difficulté/compulsive compliant/passivité

Exemple clinique

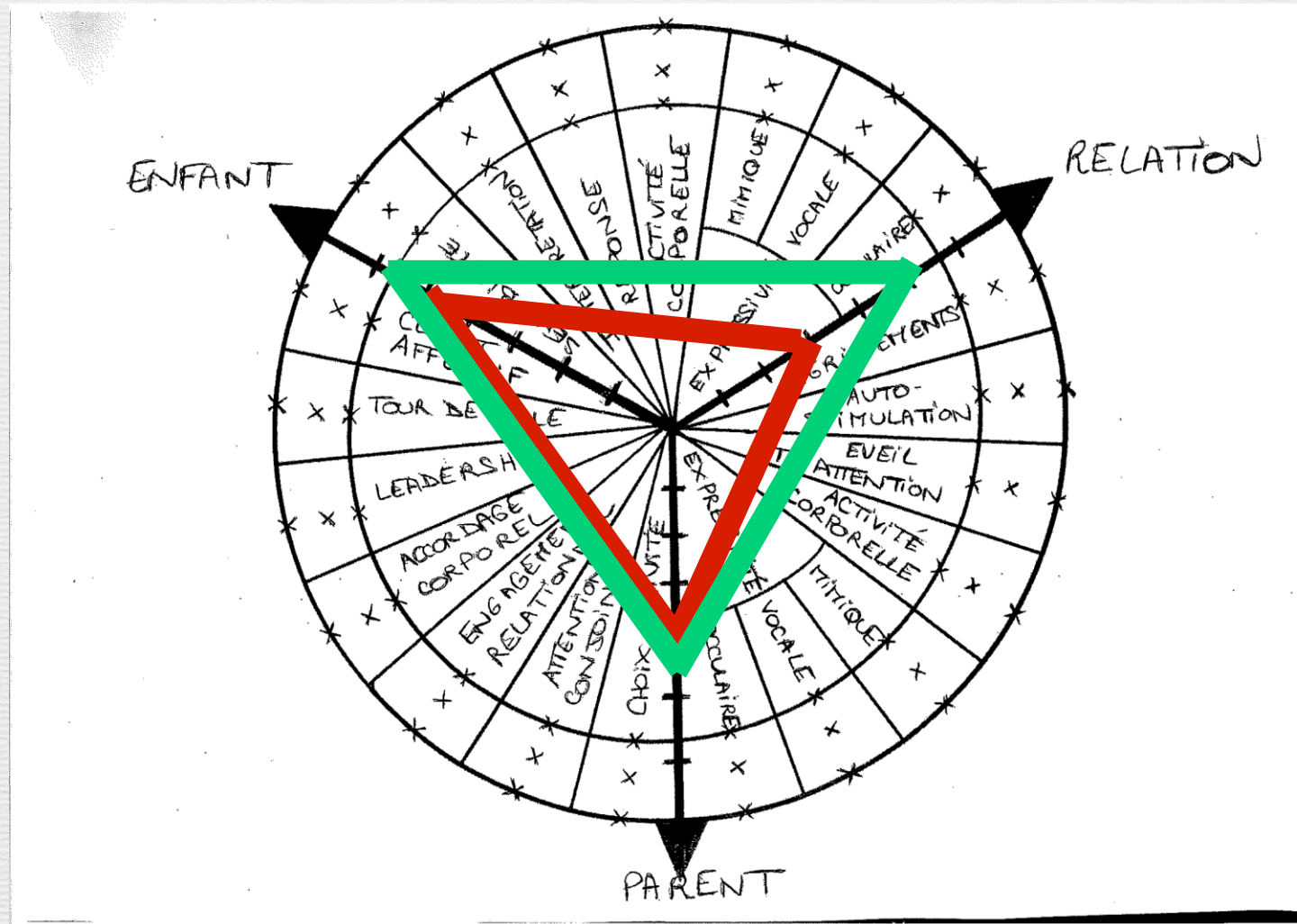
Touma

- Auto-stimulation
- Pauci-mimique
- Vocalisations suraiguës, non modulées
- Evitement du regard
- Trouble du tonus/activité corporelle altérée
- Mère peu sensible au signaux, les interprétant la plupart du temps de façon erronée, propositions peu adaptées aux besoins

—-> Aggravation des troubles du nourrisson et de l'inadaptation maternelle



Une échelle évolutionnelle : en prototype La Relation Parent Bébé



CONCLUSION

En pratique : quels usages

—> Les échelles doivent être un **soutien à la consultation** et ne doivent pas être l'objectif de la consultation

—> La plupart du temps le consultant doit en connaître une ou deux (trois maximum) et cela doit pouvoir aiguïser et **guider son observation** lors de la consultation

—> Le consultant doit s'y référer de façon plus précise si une **objectivation est nécessaire**: inquiétude diffuse par exemple lors d'une première consultation (nécessité de s'appuyer sur des observations et signaux concrets), ou au contraire besoin de prendre du recul sur une situation très familière...

Bibliographie

- Ainsworth, M. D. S., Bell, S. M., & Stayton, D. F. (1974). Infant-mother attachment and social development: Socialization as a product of reciprocal responsiveness to signals. In M. P. M. Richards (Ed.), *The integration of a child into a social world* (pp. 99–135). Cambridge University Press.
- Brazelton TB, Nugent JK. Neonatal behavioral assessment scale. Cambridge University Press; 1995.
- Mathieu Beaupuy. Création d'une échelle d'évaluation des interactions précoces parents-enfant, Baby Interaction Scale (BIS), thèse, faculté de médecine de Tours ,2021.
- CENSULLO, MEREDITH PHD, RN; BOWLER, REGINA BA, RN; LESTER, BARRY PHD; BRAZELTON, T. B. MD. An Instrument for the Measurement Of Infant-Adult Synchrony. *Nursing Research* 36(4):p 244-248, July 1987.
- Crittenden, P.N (1981): Abusing, neglecting, problematic and inadequate dyads: differentiating patterns of interaction. *Merrill-Palmer. Quaterly*, 27: 201-218
- DE ROTEN Y., FIVAZ-DEPEURSINGE E. : « Un guide pour l'évaluation du dialogue adulte-nourrisson (GEDAN) », *La Psychiatrie de l'Enfant*, 1992 ; 35 : 157-195.
- Feldman R. Coding Interactive Behavior manual. (unpublished manuscript). 1998;
- Fiese, Barbara H., Julie Poehlmann, Martin Irwin, Michael Gordon, et Ellen Curry-Bleggi. « A Pediatric Screening Instrument to Detect Problematic Infant–Parent Interactions: Initial Reliability and Validity in a Sample of High- and Low-Risk Infants ». *Infant Mental Health Journal: Infancy and Early Childhood* 22, no 4 (2001): 463-78. <https://doi.org/10.1002/imhj.1011>.
- Fiori-Cowley A, Murray L, Gunning M. Global Ratings for Mothers-Infant Interactions at two and four months. Winnicott Research Unit, University of Reading, Department of Psychology, 3 Early Gate. Reading, RG6 6AL, UK. 1999;
- Glatigny-Dallay, E., I. Lacaze, N. Loustau, J. -Y. Paulais, et A. -L. Sutter. « Évaluation des interactions précoces ». *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* 163, no 6 (1 juillet 2005): 535-40. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2005.06.005>.
- Guédeney, A, et M Vermillard. « L'échelle ADBB : intérêt en recherche et en clinique de l'évaluation du comportement de retrait relationnel du jeune enfant », *Médecine et enfance*, 2004.
- McKinsey Crittenden P. Der CARE-Index als Hilfsmittel für Früherkennung, Intervention und Forschung. 2005-03. *Frühförderung interdisziplinär*. 2005. p. 8
- Lebovici, S. ; Mazet, P. ; Visier, J.-P. (sous la direction de) 1989. *L'Évaluation des interactions précoces entre le bébé et ses partenaires*, Paris, eshel.
- Stern, D.N., Robert-Tissot, C., De Mural, M., & Cramer, B. (1989). Le KIA-Profil: Un instrument de recherche clinique pour l'évaluation des états affectifs du jeune enfant. Em S. Lebovici, P. Mazet & J. P. Visier (Orgs.). *L'évaluation des interactions précoces entre le bébé et ses partenaires*. Paris: Eshel, 151-160.
- Viaux-Savelon, S., C. Leclere, E. Aidane, N. Bodeau, L. Camon-Senechal, S. Vatageot, R. Feldman, et D. Cohen. « Validation de la version française du Coding Interactive Behavior sur une population d'enfants à la naissance et à 2 mois ». *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence* 62, no 1 (1 janvier 2014): 53-60. <https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2013.11.010>.
- Wasterlain, Anne, Mélissa Alexandre, et Justine Gague. « Observation des interactions précoces mère-bébé en situation de jeu : une revue de littérature des instruments »: *Devenir* Vol. 29, no 1 (22 mars 2017): 45-67. <https://doi.org/10.3917/dev.171.0045>.

LE BEBE EN SOUFFRANCE

**Zoom sur des signes du
quotidien : pleurs et troubles
du sommeil**

Dr Laïla ABID, pédiatre

Dr Jean STAGNARA, pédiatre



Les signes de souffrance psychique du bébé

Zoom sur... les pleurs du bébé

Dr Laïla ABID

Sujet peu abordé à la faculté

- Un chapitre de 3 lignes
- Les pleurs sont classiques = coliques
- Pas de traitement, pas de conseil, RAS



Apprentissage de la gestion des pleurs du nourrisson en se basant sur son expérience !

Moyen d'expression

- Seul moyen de s'exprimer pour le nouveau né et le petit nourrisson
- Pleurs =
 - Faim
 - Douleur
 - Mal-être
 - Souffrances psychiques
 - Stress anté-natal



La majorité des pleurs se calme avec la succion et/ou le portage : faim, coliques, pleurs de fin de journée...

Pourquoi pleure-t-on à la naissance ?

- Triste (ou pas content) de quitter le nid douillet qu'est l'utérus ?
- Cri de joie : hurra enfin de l'espace et de la liberté ?
- Physiquo-chimie : pression surfactant ouverture des alvéoles



Mais certains pleurs sont aussi de la chimie : seule voie d'élimination du cortisol (l'hormone du stress).

Cas clinique

Grossesse après une stérilité de 7 ans et une PMA chez une maman très croyante et la culpabilité d'être allée contre la volonté de Dieu.

Les larmes :



- Larme de joie ou les oignons = eau salée
- Larmes après un stress = cortisol
 - Le cortisol est aussi éliminé par le poumon lors du cri

Donc les pleurs sont salvateurs pour le bébé, c'est une façon de se débarrasser du cortisol et des manifestations psycho somatiques

Et parce qu'il n'a pas pleuré : ulcère de stress chez un jumeau parce que l'autre jumeau était maltraité

En résumé

- Pleurer pour un bébé est naturel
- Essayer d'apaiser l'enfant
- Si possible, se faire aider
- Se poser les bonnes questions sur le pourquoi



Les signes de souffrance psychique du bébé

Zoom sur... les troubles du sommeil

Cas clinique

- Noé 2 mois ne dort toujours pas bien
- Il est hypersensible au bruit
- Il s'endort difficilement et se réveille souvent
- Réveillé, il est en retrait
- Pour quelle raison, est-il en souffrance ?
- Que dois-je faire ?



Quel item vous inquiète ?

Le retrait relationnel

- C'est un signe d'alarme, mais difficile à voir
- De 0 à 6 mois, un nourrisson, quand il perd ses repères affectifs habituels, par exemple lors de séparation brutale : reprise du travail, premier jour de garde, mise en crèche collective
- Les signes de souffrance psychique sont discrets, touchent le sommeil et l'alimentation
- Le bébé reste en état d'alerte, son sommeil s'altère avec une hyper excitabilité, voir une hypervigilance

1- Conseils aux parents carnet santé 2025



Les conseils pour bien dormir

Coucher votre bébé

La température de la chambre où dort votre bébé doit être comprise entre 18° et 20° C.

Dès la naissance, couchez votre bébé **sur le dos, à plat**, dans son propre lit, dans une « turbulette » ou une « gigoteuse » adaptée à sa taille.

Ne le couchez jamais sur le ventre, ni sur le côté, même s'il régurgite.

Il vaut mieux, si c'est possible, placer son lit dans votre chambre pour les 6 premiers mois au minimum.

Utilisez un lit à barreaux sans tour de lit, avec un matelas ferme recouvert d'un drap-housse bien fixé. **Les objets mous qui risquent de couvrir sa tête ou son visage sont dangereux** (oreiller, couverture, couette, cale-bébé, cale-tête, coussin d'allaitement, jouets...).

Dans un lit parapluie, il est dangereux d'ajouter un 2^e matelas.

Les lits d'adultes, fauteuils, canapés, poufs ne sont pas adaptés pour le sommeil des nourrissons, y compris pour une courte sieste.

Ne lui donnez jamais de médicaments pour dormir.

Laissez bébé bouger dans son lit.

Ne vous endormez pas avec votre bébé dans vos bras.

Respecter ces conseils permet de réduire au maximum le risque de mort inattendue du nourrisson.

3

CONSEILS AUX PARENTS ET AUX ADOLESCENTS

SON SOMMEIL

De 6 mois à 1 an, couchez votre bébé encore éveillé afin **qu'il apprenne à trouver son sommeil tout seul**.

Ne lui donnez **pas le biberon du soir dans son lit** au moment du coucher.

Son lit est réservé au sommeil – n'y mettez pas de jouets.

Le coucher est un moment important à partager avec votre enfant. Reprenez toujours la même routine y compris le week-end et en vacances (garder les mêmes horaires notamment pour les siestes, souhaiter une bonne nuit à son enfant, éteindre la lumière...)

Diminuez l'intensité de la lumière le soir et ouvrez grand les volets le matin car l'alternance lumière/obscurité est importante pour qu'il se cale sur un rythme jour/nuit.

Aller au lit ne doit jamais être une punition.

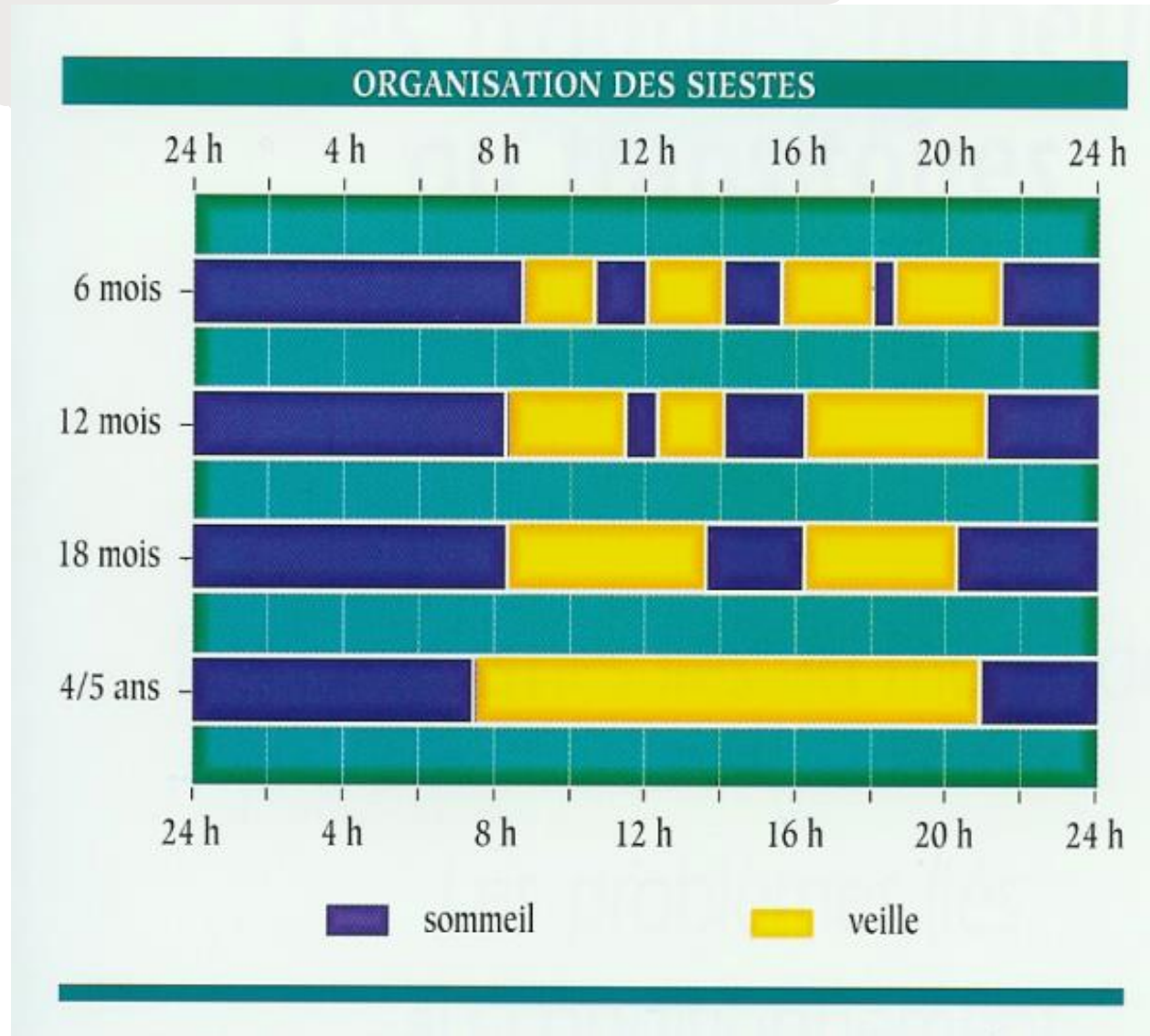
Des difficultés, comme le refus de s'endormir ou des réveils plusieurs fois dans la nuit, sont relativement fréquentes et elles sont souvent dues au fait que l'enfant a oublié – ou n'a jamais appris – comment s'endormir seul et qu'il associe la présence de ses parents à l'endormissement.

Si votre bébé se réveille la nuit, attendez un peu pour lui laisser le temps de retrouver son sommeil tout seul. Ces éveils sont normaux.

Si les troubles du sommeil persistent, parlez-en à votre médecin ou à un autre professionnel (puéricultrice ou psychologue) car des enfants peuvent avoir besoin d'une intervention thérapeutique.

De la naissance à la fin de l'adolescence, le sommeil évolue. Il existe dès le plus jeune âge des différences avec des enfants « petits dormeurs » ou « grands dormeurs ».

2- Vérifier les rythmes



3- Vérifier le développement du sommeil

Age	Durée cycle sur une nuit	
0 – 9 mois	Cycle de 0h45 – 1h	Endormissement en sommeil agité
9 mois – 3 ans	Cycle de 1h -1h30	L'enfant ne s'endort plus en sommeil agité Apparition du SLP première partie de nuit
3 ans -10 ans	Cycle de 1h30 – 2h	Allongement de la durée du SLP
Plus de 10 ans	Cycle de 1h30 – 2h	Diminution du SLP

4- Comment se passe la journée ?

Bébé de 0 à 3 mois

- Il dort de 14 à 19 h par jour
- Ses périodes de sommeil sont courtes (3 à 4 h)
- Il ignore l'alternance jour/nuit et a des éveils nocturnes
- Il dort dans son lit, dans la chambre des parents si possible
- Il peut pleurer jusqu'à 3 h par jour, surtout le soir



Les « donneurs de temps »



5- Éléments de réponses

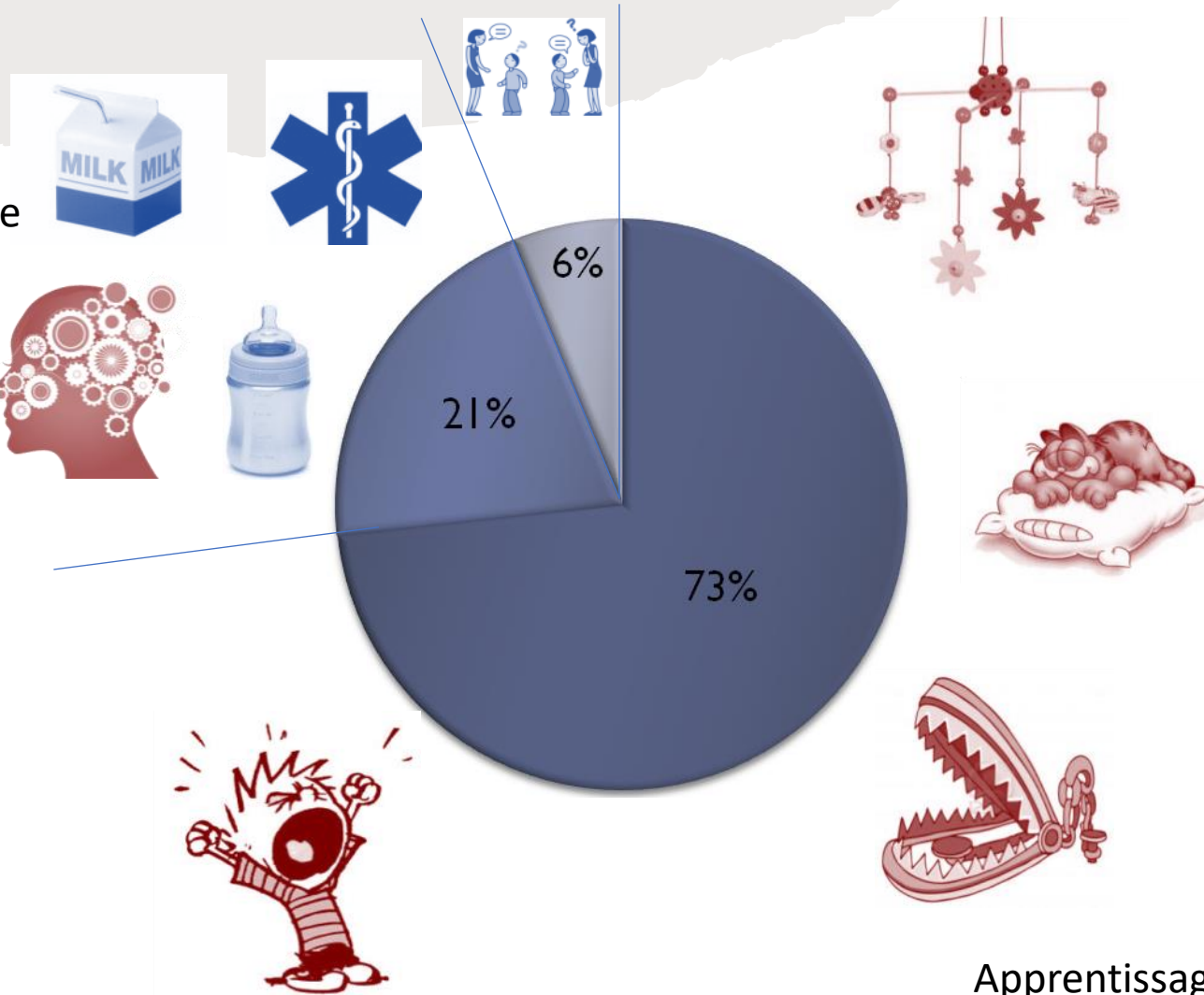
- Si bébé de 2 mois ne dort pas bien, cela ne signifie pas nécessairement qu'il souffre psychologiquement.
- À cet âge, le sommeil est souvent irrégulier et les cycles ne sont pas encore bien établis.
- Lune de miel du bébé 0-3 mois

Pourquoi ?

- **Inconfort physique** : Vérifiez s'il a faim, s'il a besoin d'être changé ou s'il a trop chaud ou trop froid.
- **Coliques ou reflux** : Des douleurs abdominales ou un reflux gastro-œsophagien peuvent perturber son sommeil.
- **Besoin de réconfort** : Les nourrissons ont un besoin important de proximité et de sécurité. **Mal dormir peut être une réaction** au manque de câlins ou à un environnement stressant.
- **Immaturité du système nerveux** : À 2 mois, le bébé n'a pas encore la capacité de distinguer le jour et la nuit, ce qui impacte ses cycles de sommeil.

Rechercher les causes

Symptomatique
Psychologique
Alimentation



Apprentissage mal adapté

Insomnies symptomatiques psychologiques

Causes

- **Changement** important
 - Déménagement
 - Changement de mode de garde
 - bébés paquets
- **Moral des parents**
 - Divorce
 - Stress
 - Dépression post-partum
 - Anxiété

Comment savoir ?

- Comportements **agressifs**
- **Retrait**
- **Anxiété**
- **Problèmes attentionnels**

6- Discuter l'interprétation des pleurs autour du sommeil



- ▶ In utero : sommeil 90% du temps
 - ▶ A la naissance, l'enfant apprend à être éveillé et à s'endormir
 - ▶ Par intelligence, l'enfant s'adapte à son environnement.
 - ▶ **S'endormir s'apprend par auto-apaisement** : doudou, rythmie, tétine en solo
-
- 1 mois **est capable de s'auto-apaiser**
 - 3 mois un enfant ne réveille pas ses parents pendant 7 heures
 - 5 mois : capacité de sommeil ne dépasse pas 3h-4h, 50% **ne réveille pas leurs parents pendant 8 heures** de suite (entre 22h et 6h)



Malentendu et intervention précoce des parents : erreurs de conditionnement au coucher

- Un nourrisson a besoin souvent de pleurer ou d'être agité pour s'endormir (pendant quelques minutes en fonction des stress de la journée écoulée), c'est physiologique.
- Les premiers mois, les interventions nocturnes des parents sont naturelles et répondent à des besoins développementaux (alimentation, propreté, sécurité) ;
- Elles doivent être restreintes au strict nécessaire pour ne pas corrompre l'autonomisation des endormissements.

Malentendu et intervention précoce des parents : erreurs de conditionnement au coucher

- Aider un enfant à se calmer pour s'endormir est une épée à double tranchant :
 - trop hâtivement (avant 5-10 minutes), **les parents restimulent l'enfant et cassent sa descente vers le sommeil** ;
 - trop répétitivement, **la présence des parents devient une condition nécessaire sans laquelle l'enfant ne pourra pas s'endormir.**
- Entendre l'enfant pleurer est très rassurant pour un parent inquiet et bienveillant ; ceci le conforte dans sa **démarche et l'amène à répéter la même stratégie les fois suivantes, renforçant un cercle vicieux** qui peut durer pendant des années.

7- Dépistage de la dépression maternelle post-natale

- Comment vous sentez-vous ?
- Comment va le moral ?
- Fatigue ?
- Sommeil ?



Pour conclure : Mon bébé est-il en souffrance psychologique ?

MON BÉBÉ EST-IL EN SOUFFRANCE PSYCHOLOGIQUE ?

ADOPTÉZ LES BONS GESTES

OBSERVEZ
AGISSEZ
SURVEILLEZ



OBSERVEZ

SOMMEIL Mon bébé dort trop ou pas assez, il a des difficultés à s'endormir, des réveils nocturnes, dort plus facilement la journée que la nuit.

ALIMENTATION Reflux, refus de la tétée ou demande « insatiable », « anorexie ».

MOTRICITÉ Mon bébé est trop tonique (trop raide) ou trop mou (« poupée de chiffon »), agité, se balance de manière répétée.



PLEURS Mon bébé est inconsolable ou trop calme, ou en insécurité dès que je ne suis pas dans son champ de vision, il met du temps à se calmer.

RELATION Mon bébé évite le regard, est hypersensible (au bruit, au toucher, etc.), ne sourit pas en réponse, ne gazouille pas, il ne m'imité pas, est en retrait relationnel. Mon bébé n'a pas de plaisir à communiquer.

MA RELATION AVEC MON BÉBÉ

- Il m'est **difficile de m'occuper de mon bébé** : le nourrir, changer sa couche, le laver, le coucher, calmer ses pleurs, etc.
- Face à l'inconfort de mon bébé, j'ai **perdu le plaisir à m'occuper de lui** : jouer avec lui, lui parler, interagir, chanter, etc.

Attention, un seul de ces signes ne suffit pas pour parler de souffrance psychique



Temps d'échanges



REPRISE A 11h30

AUTOUR DE LA PERINATALITE

**Environnement psychologique
périnatal : source de souffrance
psychique pour le bébé ?**

Dr Catherine THOMAS, médecin généraliste
Dr Noura DESMARCHELIER, pédopsychiatre

Environnement psychologique périnatal : Source souffrance psychique pour le bébé ?

Dr Catherine THOMAS
Médecin généraliste à Vic-le-Comte (63)

Questions et interrogations

- ▶ Désir d'enfant, mode de parentalité, contexte familial social et professionnel
- ▶ Dépistage précoce, soutien

- ▶ Regard croisé de pédopsychiatre et de généraliste
- ▶ Seulement une partie de la prise en charge de la périnatalité
- ▶ Réflexion sur le couple parental et une grossesse classique
- ▶ Sans oublier les autres formes de périnatalité

- ▶ Place et position du médecin traitant, ancienneté d'installation
- ▶ Autres intervenants de la périnatalité

- ▶ Une consultation : plusieurs motifs
- ▶ Suivi 'horizontal'
- ▶ Suivi 'vertical' transgénérationnel

- ▶ Consultation du 4^{ème} mois
- ▶ Dépistage précoce
- ▶ Ce que je sais, ce que je ne sais pas, ce que j'aimerais savoir

- ▶ Mise en place d'un projet d'accompagnement personnalisé

Qui ne peut être réalisé que dans
le cadre d'échanges
pluridisciplinaires

Repérage des situations périnatales à risque et accompagnement par un collectif de professionnels de la petite enfance

Dr Noura Desmarchelier
PEDOPSYCHIATRE

31 janvier 2025



- En anténatal: rôle des acteurs ressources
- À la maternité: observation des 1ers liens
- En postnatal: retour à la maison entouré

Repérage en Anténatal

Les connaissances actuelles nous permettent de parler de tempérament du bébé c'est:
la BIO GENETIQUE

C'est-à-dire la loterie génétique entre les 2 parents

Et aussi la Biologie: c'est-à-dire « ambiance » dans le liquide amniotique avec des éléments qui peuvent modifier l'architecture synaptique des neurones : concept de l'EPIGENESE. Le liquide est imprégné de ce qu'on ne contrôle pas ou très partiellement comme la pollution, l'alimentation mais surtout le CORTISOL, hormone du STRESS qui passe la barrière placentaire.

Depuis des siècles, on protège les « mères » du STRESS physique et aussi psychique. Repérer le stress en anténatal est possible grâce à l'entretien prénatal au 4^{ème} mois de grossesse: antécédent obstétricaux, inceste ou viol, décès de proche, accident de la vie, violence conjugale...

Repérage à la maternité: observation soignante

- 1) LIEE AUX CONDITIONS MÊME DE LA NAISSANCE

- Exemple 1 séparation précoce et prolongée, bascule du nourrisson (nrs) dans une maternité de niveau 3 quand la mère reste en niveau 1 le temps d'organiser le rapprochement

- Exemple 2 absence du 2^{ème} parent lors de l'accouchement: peur incontrôlée que le bébé ne soit pas le sien au moment des 1^{er} soins

- Exemple 3 absence d'accompagnant pour les mères célibataires et vécu de solitude extrême

- 2) DANS LES INTERACTIONS PRECOCES PARENT BEBE

- Y a-t-il des échanges de regard, de sourire, de verbalisations entre parent enfant, du portage, les soins (alimentation, change, bain) et sont-ils parfois réalisés sans attendre le soignant?

- Éviter de multiplier les discours soignants qui peuvent insécuriser le parent donneur de soins premiers car le parent éprouve la préoccupation maternelle primaire: forme d'hypervigilance décrit par Winnicott , nécessaire dans un 1^{er} temps mais si celle-ci dure peut devenir pathologique car hypervigilance parentale non adaptée aux besoins du nrs.

Repérage au retour à la maison

- La théorie de l'attachement nous apprend que le nrs a besoin de sécurité émotionnelle autant que de sécurité matérielle. La réponse à un besoin exprimé par les pleurs du bébé doit être pris en compte dans un délai toujours à peu près identique: la **prévisibilité** va rassurer le bébé et créer de la **sécurité intérieure**.
 La réponse du parent est l'activation du CAREGIVING: prendre soin. Elle demande une capacité à comprendre les situations de stress rencontré par le bébé dans sa découverte du monde.
 Cas 1 Les facteurs de stress extérieurs comme avoir froid vont devoir demander une action du parent donneur de soin.
 exemple: le parent fait il suivre le nécessaire: biberon, couche. Est-il capable d'anticiper le besoin adapté au rythme de son bébé et de mettre en sourdine son propre rythme quand cela est nécessaire.
 Cas 2 les facteurs de stress internes, comme la faim et la fatigue, la maladie sont-ils repérés?
- Les MACRO et MICRO rythmes existent-ils? Travaux du Professeur Marcelli
 - Les Macrorhythmes sont des *temps du domaine du soin, celui des anticipations confirmées*: couche, alimentation, portage, sommeil
 - Les Microrhythmes sont des *temps du domaine des interactions ludiques*: le jeu de chatouille ou « la petite bête qui monte » qui arrivent régulièrement et sont l'objet de plaisir partagé entre parents et bébé
- Au total, l'imprévisibilité et/ ou le manque de réponses adaptées aux besoins du nrs sont à observer pour repérer des troubles précoces de la relation parent enfant, tout autant que les temps de plaisirs partagé dans le jeu . Sinon les compétences du bébé peuvent être entravées.

Collectif des professionnels de la petite enfance

- La porte d'entrée vers ce collectif est à chaque fois différente: Sage femme, Médecin traitant, PMI, Réseau en périnatalité...
- Les familles ont encore besoin d'être informé sur l'existence de la souffrance psychique du bébé et sur la possibilité de faire appel à des professionnels pour les aider et accompagner face à cette souffrance

Contenant anthropologique:

- L'anthropologue Saskia Walentowitz explique que toutes les sociétés ont toujours protégé les mères dans plusieurs cultures du stress en périnatal et on repère que pendant 40 jours en postnatal les mères peuvent s'appuyer sur un collectif pour faire connaissance avec le bébé et apprendre à s'en occuper en sécurité matérielle et émotionnelle
- Cf intervention ARIP 2011 2013



BIBLIOGRAPHIE

Article ou livre	auteur
L'attachement: approche théorique et évaluation L'attachement: approche clinique et thérapeutique	Guedeney Elsevier Masson
Entre les microrhythmes et les macrorhythmes: La surprise dans l'interaction mère-bébé	Marcelli Spirale n 44
La famille suffisamment bonne	Winicott Petite biblio Payot
La théorie de l'attachement : son importance dans un contexte pédiatrique	Devenir vol19 n2 2007 p 151 188

CONCLUSION

- Il est important, quand c'est possible, de connaître l'histoire de vie personnelle des futurs parents pour l'inscrire dans une perspective transgénérationnelle :
 - grâce à la personne ressource que représente le médecin de famille de longue date
 - grâce à l'entretien prénatal du 4 ème mois
- Le collectif de professionnels de la petite enfance à toutes les places et à toutes les échelles a un rôle à jouer . Ils viennent aider dans le repérage périnatal des signes de souffrance psychique du bébé; puis ils vont créer un contenant collectif de professionnels pour aider et accompagner l'environnement périnatal au mieux par la suite.

AUTOUR DE LA PERINATALITE

Travaux inter-URPS et réseau AURORE

Pr Corine DUPONT, sage-femme



Travaux Inter-URPS et Réseau Aurore

31 janvier 2025

Pr Corinne DUPONT


Sage femme,
Coordination du réseau AURORE



U 1290
RESHAPE
Research on Healthcare
Performance



Rappels des enjeux en santé périnatale/missions des Dispositifs régionaux spécifiques en santé (DSRP)

- Qualité des soins = Stagnation des indicateurs de la santé périnatale ← Analyse systématique des décès, Déclaration des EIG, réalisation de RMM
-  Prévention: soutien +++/EPP et EPNP/santé mentale et VFF, ainsi qu'auprès des NN vulnérables
- Diminution des DMS en maternité, ainsi que les pratiques de plus en plus fréquentes de prises en charge ambulatoires en maternité, mobilisent davantage les professionnels libéraux dans la prise en charge du post-partum, renforçant encore **l'importance des outils de coordination ville-hôpital-protection maternelle et infantile (PMI) =>Formation /Retour précoce/Suivi des NN**
- Maillage national attendu de la psychiatrie périnatale/aux modalités de coopération entre les différents acteurs impliqués dans le parcours périnatal.
- Evolutions constantes de l'offre des maternités : fragilisation des structures sous l'effet des difficultés de la démographie des professionnels de santé, ou de la création de nouvelles organisations (maisons de naissance, centres périnataux de proximité rénovés, soins expérimentaux à domicile en néonatalogie par exemple) ;

Situation régionale

En Auvergne - Rhône Alpes:

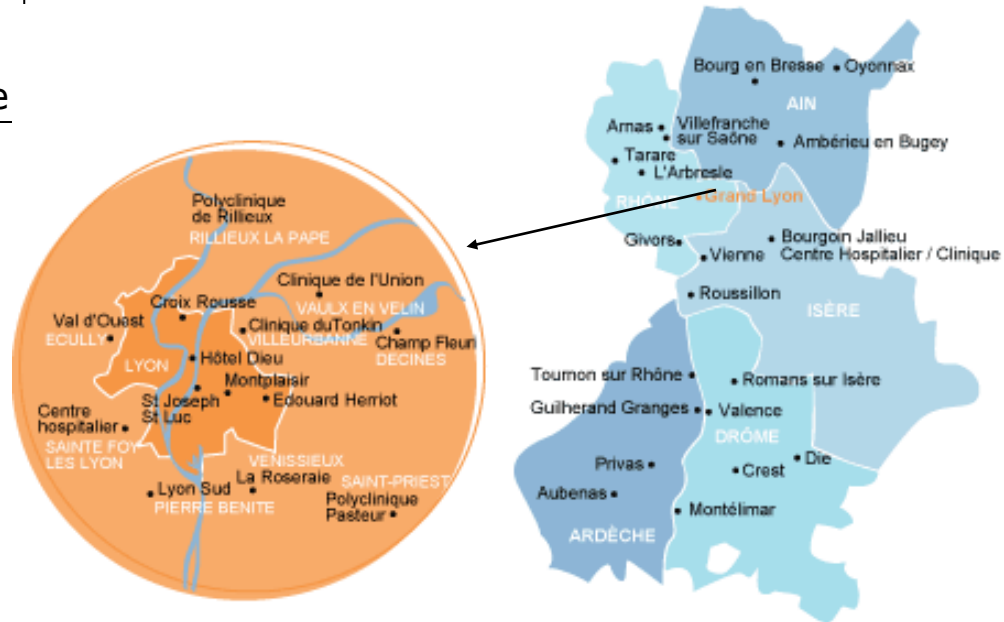
4 réseaux périnataux dont Aurore + Auvergne depuis le 1^{er} janvier 2016





Population: réseau Périnatal AURORE
Étendue hétérogène
250*300 kms / 6 millions d'habitants

22 Maternités
14 de type II,
2 types III
10 centres périnatals,
1 maison de naissance

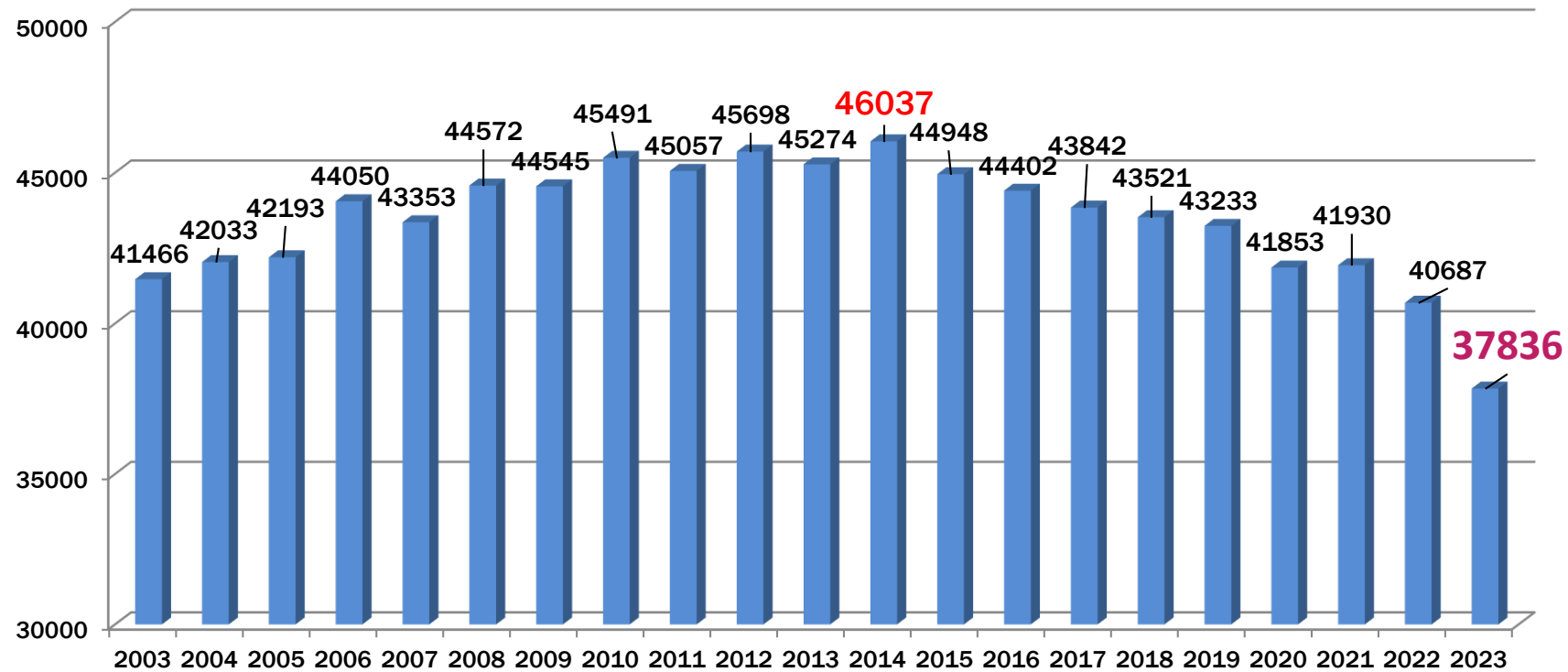


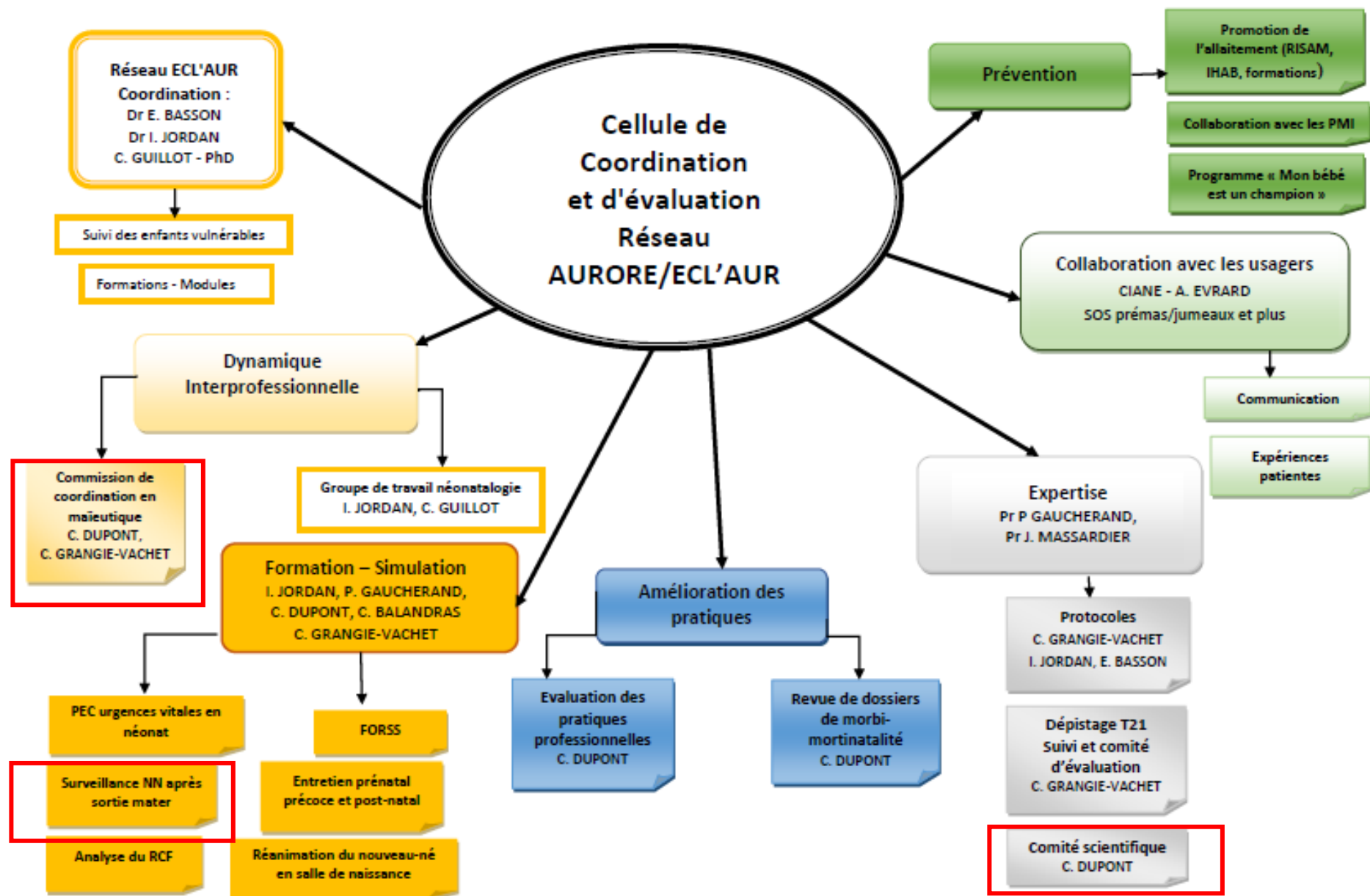
Ain Rhône Ardèche Drôme Isère

Naissances Evolution 2003 - 2023



37 836 naissances
- 2 851 naissances / 2022 (- 7 %)





Travaux inter - URPS

**Santé
mentale**

**Violences
intra
familiales**

**Retour
précoce
Suivi du NN**

Santé mentale

Enquête Nationale Périnatale 2021

Tableau 3

Prévalences régionales des femmes déprimées ou anxieuses à 2 mois post-partum dans l'échantillon étudié, Enquête nationale périnatale, France hexagonale (mars 2021) (n=7 126)

Lieu de résidence	Femmes déprimées à deux mois <i>post-partum</i> (score EPDS \geq 13) ¹				Femmes anxieuses à deux mois <i>post-partum</i> (score EPDS-3A \geq 5 ¹)			
	% ²	IC95% ³	SIR ⁴	IC95% ³	% ²	IC95% ³	SIR ⁴	IC95% ³
Région								
Auvergne-Rhône-Alpes	17,0	[15,1-18,9]	1,01	[0,89-1,15]	28,1	[25,8-30,3]	1,01	[0,92-1,11]
Bourgogne-Franche-Comté	11,4	[8,5-14,3]	0,68	[0,51-0,89]	26,5	[22,5-30,5]	0,96	[0,80-1,14]
Bretagne	16,7	[13,6-19,9]	1,00	[0,80-1,23]	29,3	[25,4-33,1]	1,06	[0,89-1,24]
Centre-Val de Loire	21,7	[18,0-25,4]	1,29	[1,06-1,57]	33,9	[29,7-38,1]	1,22	[1,04-1,43]
Corse	–	–	–	–	–	–	–	–
Grand Est	13,7	[11,4-15,9]	0,82	[0,68-0,98]	24,3	[21,5-27,2]	0,88	[0,76-1,00]
Hauts-de-France	14,1	[12,0-16,2]	0,84	[0,72-0,99]	24,7	[22,1-27,3]	0,89	[0,79-1,00]
Île-de-France	19,3	[17,9-20,8]	1,16	[1,06-1,26]	29,9	[28,2-31,6]	1,08	[1,00-1,16]
Normandie	14,3	[11,5-17,2]	0,86	[0,68-1,06]	21,2	[17,9-24,5]	0,77	[0,64-0,91]
Nouvelle-Aquitaine	13,9	[11,8-16,0]	0,83	[0,70-0,98]	24,1	[21,5-26,7]	0,87	[0,76-0,98]
Occitanie	15,8	[13,5-18,2]	0,94	[0,80-1,11]	28,1	[25,3-30,9]	1,01	[0,89-1,14]
Pays de la Loire	17,4	[14,6-20,2]	1,04	[0,86-1,24]	27,9	[24,6-31,3]	1,01	[0,87-1,16]
Provence-Alpes-Côte d'Azur	20,5	[17,7-23,2]	1,22	[1,04-1,43]	32,0	[28,8-35,3]	1,16	[1,02-1,31]
France hexagonale (n=7 126)	16,7	[15,7-17,7]			27,6	[26,5-28,8]		

1. Près d'une femme sur 5/déprimées ou anxieuses
2. Aucun indicateur de santé mentale recueillie /maternités du réseau

Deux niveaux :

- (1) Incitation forte auprès des équipes pour mettre en place une mesure systématique => Quel outil de mesure?

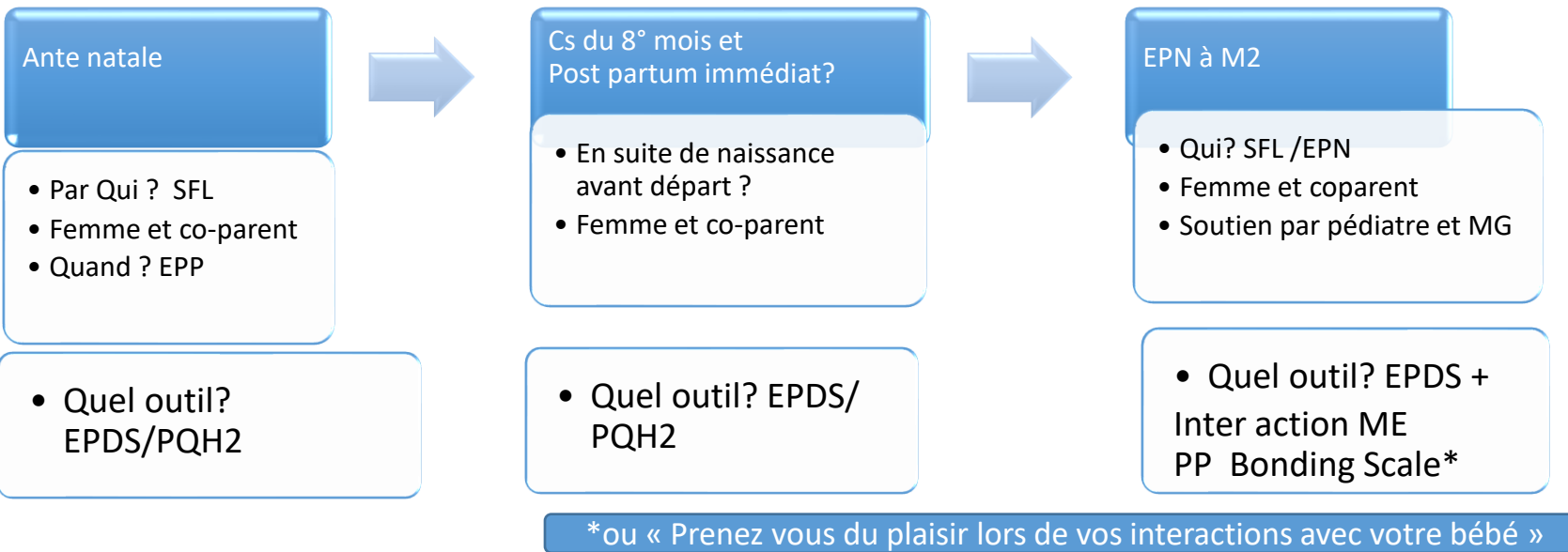
- (2) Soutien du réseau

Santé mentale

- Groupe 1 Ines De Mongolfier, Eliane Basson, Laurent Gaucher, Isabelle Jordan, Marthe Chaverondier, Elise Marcende, Sylvie Viaux, Clara Iadecola
- Groupe 2 Eliane Basson, Marthe Chaverondier, Marion Combris, Ines De Mongolfier, Muriel Doret, Anne Evrard, Marlène Frascini (URPS), Laurent Gaucher, Caroline Grangié-Vachet, Isabelle Jordan, Clara Iadecola

Santé mentale: quand mesurer?

- Quel périmètre? Toutes les maternités du Réseau Aurore
- Quand ? 4 mesures



- Support numérique ? Mon SisRA ? Parcours Repap ?
- Demande de soutien/ARS AuRA

Santé mentale: quel outil de mesure ?


Tableau 1 : Patient Health Questionnaire-2 (PHQ-2)

Au cours des deux dernières semaines, à quelle fréquence avez-vous été dérangé par l'un ou l'autre des problèmes suivants?	Jamais	Plusieurs jours	Plus de la moitié des jours	Presque tous les jours
a. Peu d'intérêt ou de plaisir à faire des choses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Se sentir démoralisé, déprimé ou désespéré	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PHQ-2 Copyright© 1999 Pfizer inc. Tous droits réservés. Reproduit avec autorisation.

Ou score d'Edimbourg (EPDS) ?

Santé mentale: Actions proposées en cours

- Action de sensibilisation des SFL et des équipes des maternités/mesure systématique de la santé mentale
 - Ce qui a été fait : lien vers l'EPDS dans toutes les langues sur le site Internet Aurore, JMP (Flash info 12 avril)
 - Supports : Flyer à élaborer 
 - Mise à disposition d'un algorithme/CAT selon le score de l'EPDS

Groupe de
travail SF
Coordinatrices
et RPPR

Diffusion des outils et ressources => A venir : via l'URPS SFL
Référente Mme Fraschini /EPP et EPN et nos référents maternités

⇒ Création de capsules Vidéo

Non retenue car PROJET LENA avec Marine et Julien DUBREUCQ (Pr S Viaux Savelon, Aude Sanlaville, Elise Mercende Maman Blue)

(Affiches pour les salles d'attentes avec QRCode -> lien vers les capsules video de LENA)

Santé mentale:

- Mesure de la santé mentale via une enquête flash : modalités à définir notamment la période d'observation et la durée
 - Versant professionnel? Qui réalise une Mesure systématique ?
 - Versant patientes?

Travaux inter URPS



Santé
mentale

Violences
intra
familiales

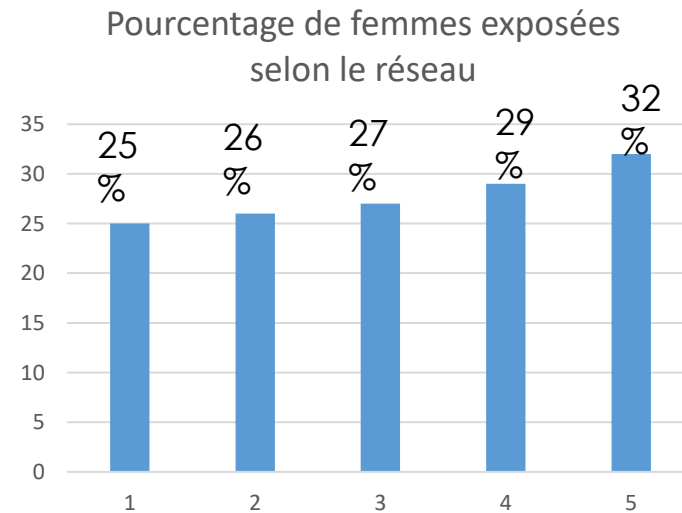
Retour
précoce
Suivi du NN

Situation nationale

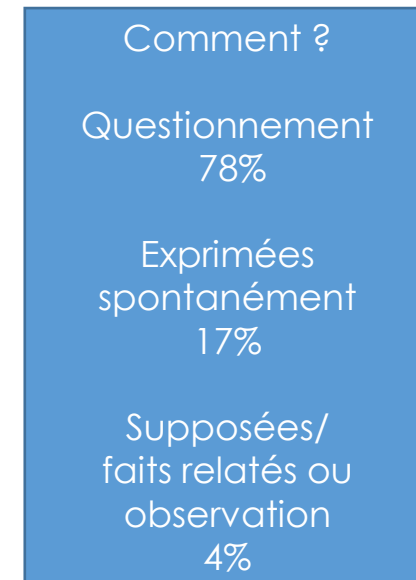


SITUATION RÉGIONALE EN 2022 AURA RÉSULTATS N = 1920

- Exposition/Violences antérieures ou récentes : Non demandé 6%
- **OUI n=518 femmes Moy = 27,3%**



	AURORE, N = 812	ELENA, N = 59	RP2S, N = 531	RPAl, N = 170	RSPA, N = 348
N	202	15	143	49	109
%	25.2	26.3	27.2	28.8	32.2

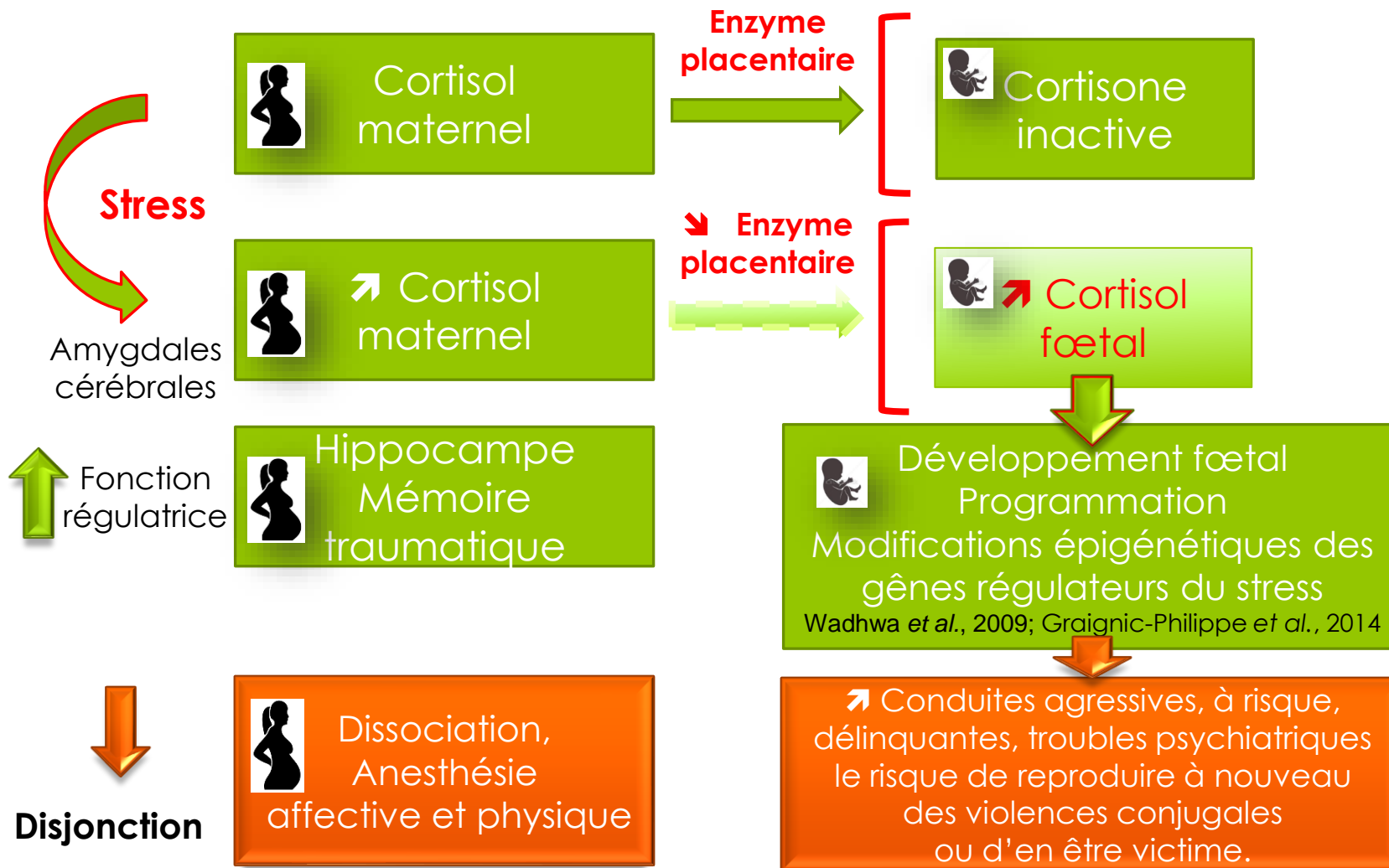


Déjà noté dans le dossier 18%



STRESS maternel

Le placenta = régule le transfert du stress
= fenêtre du cerveau foetal



Patientes



Maternité : Réfèrent VFF

URPS SF et MG 2020

Envoi de Post-It: PACT

VERSO du Bloc-Post-it

2 femmes sur 10 sont victimes de VFF

1 femme meurt tous les 3 jours de VFF

88 enfants sont devenus orphelins en 2016

(Mettre dessin de femme cf graphiste)

Recto du bloc-Post it

Recto

- Poser la question à toutes les femmes
- Accompagner la femme dans SON cheminement
- Croire sans juger
- respecter la Temporalité et le choix de chacun
- Evaluer le danger et orienter la femme selon ses besoins

Soignants de maternité et de néonatalogie

Affiche de sensibilisation



CAMPAGNE DE SENSIBILISATION des SOIGNANTS en PERINATALITE

40% débute lors
de la grossesse

VIOLENCES FAITES AUX FEMMES : OSEZ LEUR POSER LA QUESTION !

AU MOINS 1 DE VOS PATIENTES SUR 10 EST VICTIME
de VIOLENCES RÉCENTES OU ANCIENNES
verbales, économiques, administratives, physiques, psychiques, sexuelles,
ou de privations (alimentaires...)



Contexte : Conjugal, familial, professionnel, etc...

COMMENT L'AIDER ET L'ACCOMPAGNER ?

Ressources possibles que vous pouvez solliciter

LOCALE

Contactez votre (vos)
réfèrent (s) « VIOLENCE »

Nom:

Tel:

Tel. Service Social:

TERRITORIALE

www.aurore-perinat.org
Service social des conseils
départementaux
et de la Métropole de Lyon, CPEF,
Unités Médico-Judiciaires,
Intervenants sociaux
(Hôpital, Police/Gendarmerie)

NATIONALE

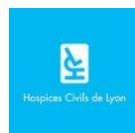


APPEL 3919
gratuit et anonyme
Soignants et Patientes

<http://www.stop-violences-femmes.gouv.fr>

RÉALISATION 2017

EN PARTENARIAT





CAMPAGNE DE SENSIBILISATION des SOIGNANTS

40% débutent lors
de la grossesse

VIOLENCES FAITES AUX FEMMES : OSEZ LEUR POSER LA QUESTION !

Parmi les mères dont le ou les enfants sont hospitalisés,
2 sur 10 SONT VICTIMES DE VIOLENCES RÉCENTES OU ANCIENNES :
verbales, économiques, administratives, physiques, psychiques, sexuelles, ou de privations
Contexte : CONJUGAL, FAMILIAL, PROFESSIONNEL etc...

COMMENT LES AIDER ET LES ACCOMPAGNER ?

Ressources possibles que vous pouvez solliciter

LOCALES

Contactez votre (vos)
référent.e.s « VIOLENCE »

Nom :
Tél. :
Tél. Service Social :

TERRITORIALES

Listes disponibles via
www.aurore-perinat.org

Service social des conseils départementaux
et de la Métropole de Lyon, de l'hôpital,
Police/Gendarmerie, CPEF,
Unités Médico-Judiciaires ...

NATIONALES



APPEL 3919
gratuit et anonyme
Soignants et Patientes

<http://www.stop-violences-femmes.gouv.fr>

RÉALISATION 2017

AVEC LA PARTICIPATION DE :



Travaux inter URPS



Santé
mentale

Violences
intra
familiales

Retour
précoce
Suivi du NN

Formations – Nouveau-né

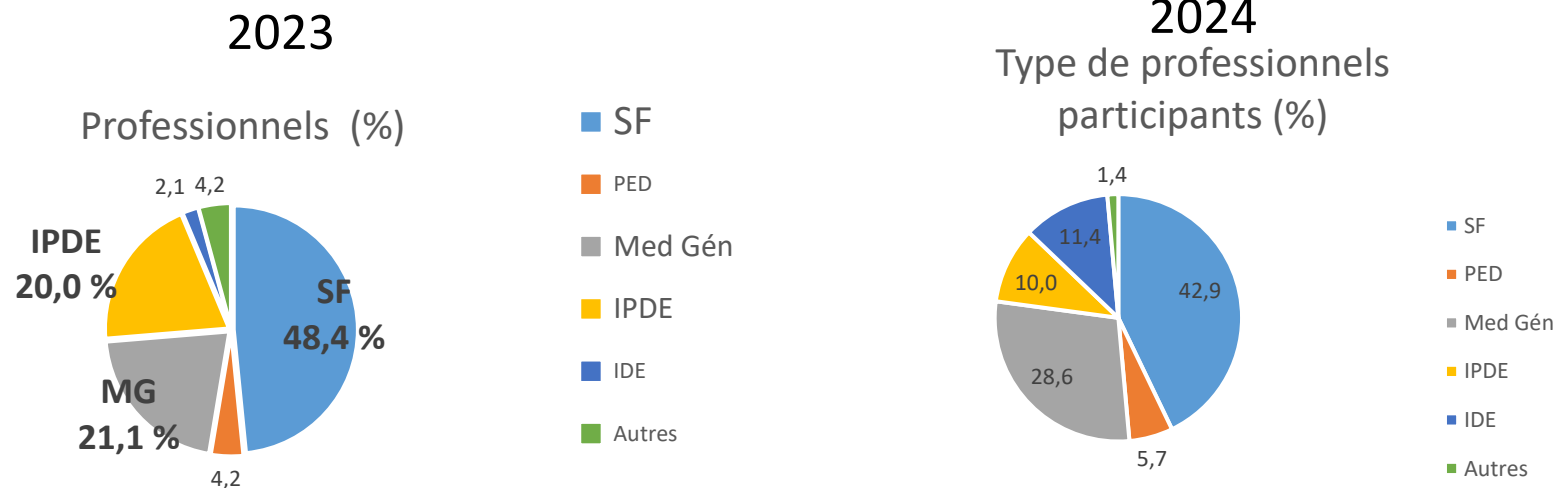
SUIVI DU NOUVEAU-NÉ APRÈS LA SORTIE DE MATERNITÉ

C. Bloy, M. Chaverondier, J. Stagnara, H. Clément, K. Gestas, I. Jordan, S. Viaux-Savelon

Formation présentielle organisée **autour d'une maternité/CPP**

- Programme construit en collaboration avec les URPS (Médecins et SF), les professionnels de PMI et les professionnels hospitaliers
- Cas cliniques (ictère, lien mère bébé, pleurs du nourrisson, LCH, ...)
- Objectif amélioration du travail et **lien Ville/Hôpital**

5 formations réalisées en 2023-24 : 165 participants





Merci

QUESTIONS...



AUTOUR DE LA PERINATALITE

Présentation du Réseau Périnatalité Psychique du Rhône (RPPR)

Mme Camille SEYDI, psychomotricienne
Dr Patricia PASI-DELAY, psychiatre



RPPR

Réseau de Périnatalité
Psychique du Rhône

Mme Camille SEYDI, psychomotricienne

Dr Patricia PASI-DELAY, psychiatre

Naissance

- Né d'**interactions** entre soignants autour d'un patient, entre deux équipes pour un relai de soin, une première articulation entre deux espaces de soin pour assurer une continuité de soin
- Partage entre équipes pour une **meilleure cohérence**
- Se reconnaître dès 2017 autour d'un **premier annuaire**

Un enjeu commun:

- **Prévalence** importante des troubles psychiques après une naissance
- Transmission de risques de **vulnérabilité développementale**

Risques maternels

Dépression du postpartum : tous concernés

- 5 à 20% des naissances – 1ère complication de la grossesse
- Suicide:
20% des décès maternels
1ère cause mortalité maternelle directe
50 % évitable
- Facteurs de risques identifiés
Mais les dépressions restent mal connues des parents et mal détectées

Risques maternels

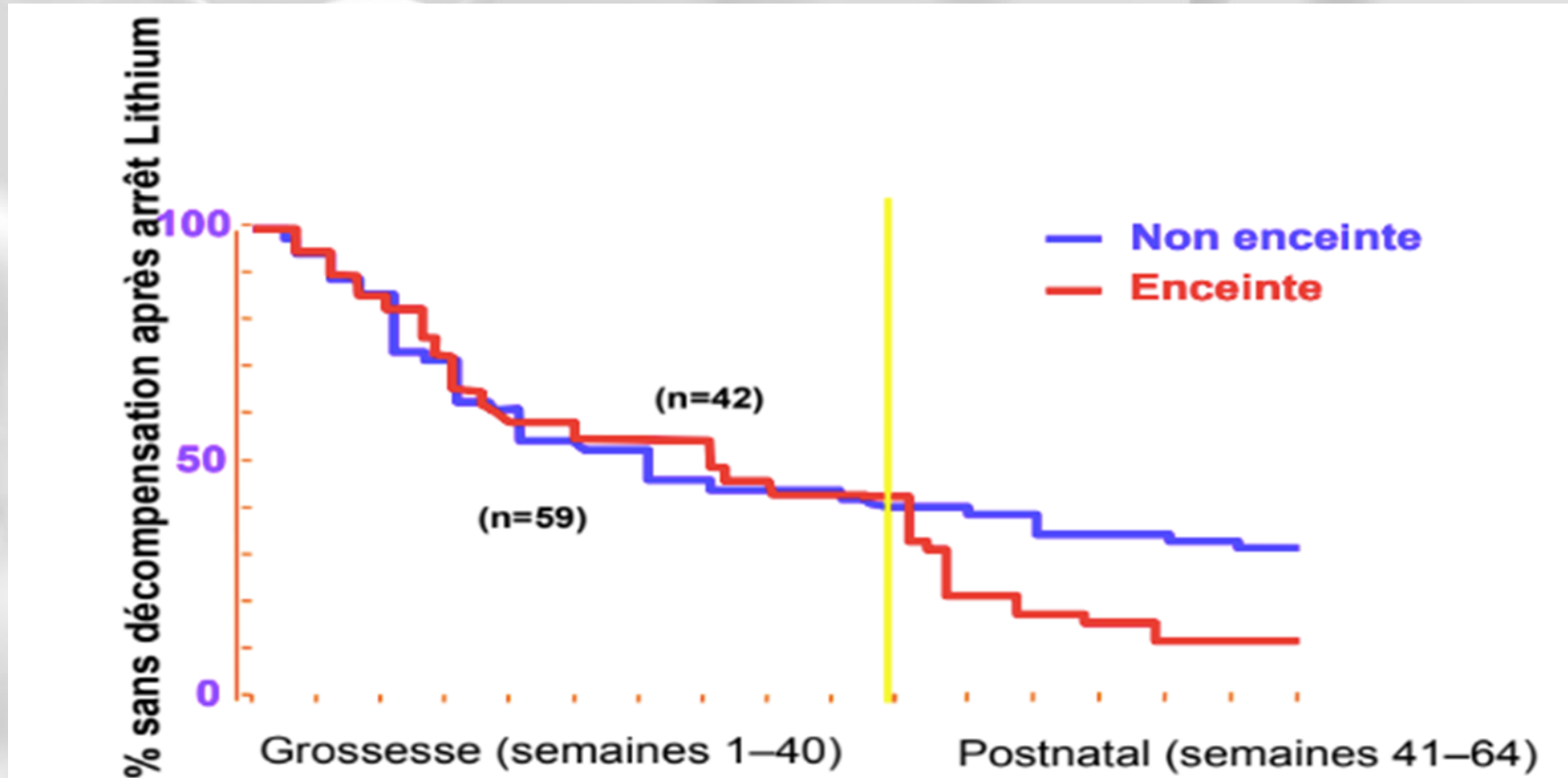
Psychose puerpérale

- Maternité :
 - Plus haut risque de psychose dans la vie d'une femme
 - Révélatrice d'une vulnérabilité psychique maternelle ou déjà connue
- Risque de complication majeur : infanticide
- Soins adaptés efficaces

Risques maternels

Spectre de la bipolarité

- 1-10 % de la population générale. Sex ratio = 1



Transmissions de risques développementaux

- Risques pendant la grossesse:
 - Retard de croissance intra utérin
 - Prématurité
 - Exposition in utero aux psychotropes
- Risques après la naissance:
 - Retard ou troubles du développement psychomoteur
 - Trouble du neurodéveloppement (multidys, TDAH, TSA)
 - Vulnérabilités psycho affectives et/ ou d'allure somatique...



REPÉRER LES SIGNES DE SOUFFRANCE PSYCHIQUE PRÉCOCE

TROUBLES SOMATIQUES

- Variation de la croissance staturo-pondérale
- Trouble de l'alimentation/ de l'oralité (RGO, dysoralité, anorexie, sélectivité)
- Troubles du sommeil (insomnie, micro sieste, rythme peu construit)
- Manifestations psychosomatiques (cutané, intestinal, respiratoire)
- Vulnérabilité somatique (infections à répétition, pathologies respiratoires)

TROUBLES TONICO-MOTEURS

- hyper/ hypotonicité
- Trouble de la motricité: pauvreté ou discordance des mouvements, manque d'activité exploratoire
- Activités répétitives (balancements, auto-stimulation), agitation
- Déformation crânienne positionnelle (plagiocéphalie, brachycéphalie), asymétrie posturale
- Persistance des réflexes archaïques

TROUBLES RELATIONNELS

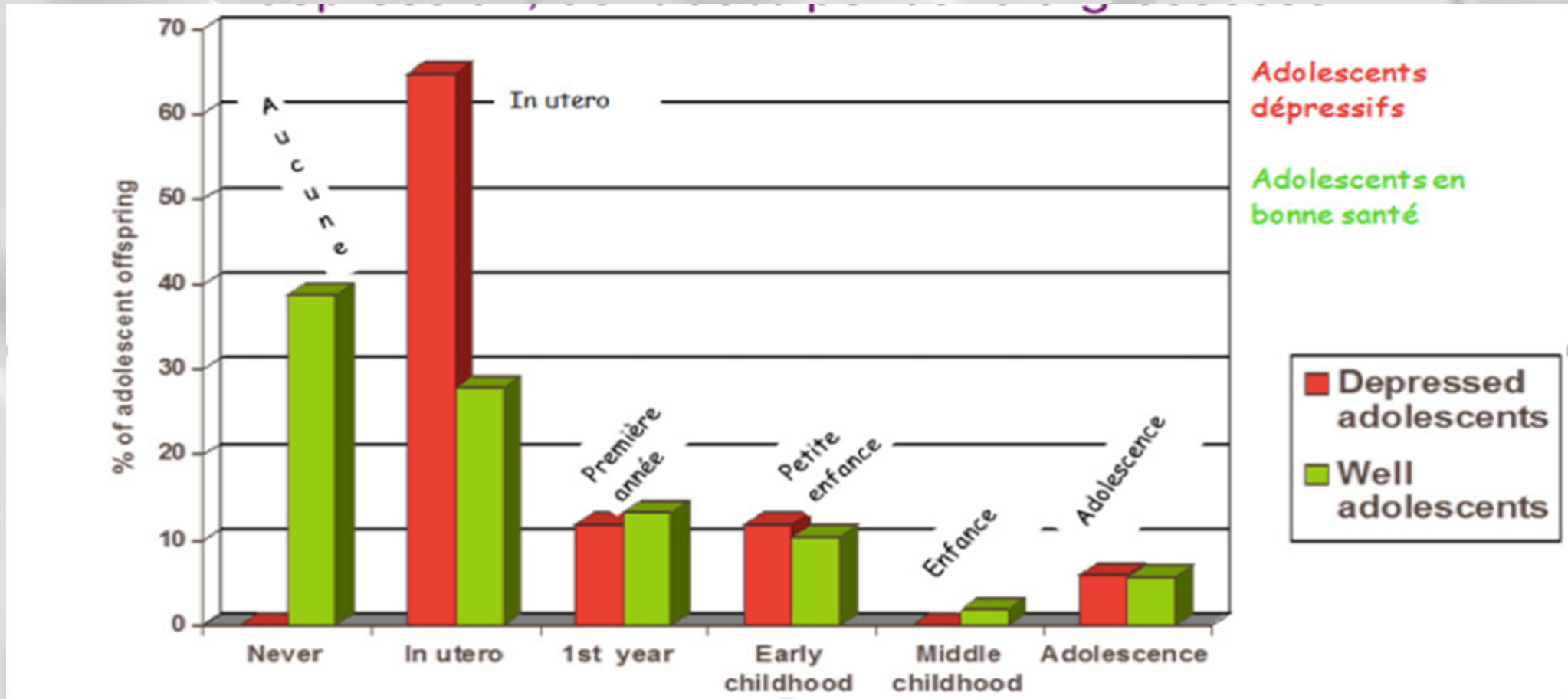
- Inadaptation des manifestations émotionnelles (désorganisation, dépression du nourrisson, réaction de gel)
- Retrait relationnel, évitement du regard, agrippement du regard
- Hyper-adaptation
- attachement, lien relationnel à l'autre perturbé/insécurisé
- Trouble de la régulation (pleurs, cris, hypervigilance, tonus en tout ou rien)

Le risque est lié à l'intensité, nombre et durée des troubles repérés. Il est à mettre en lien avec les répercussions sur le parent. Il est important de confronter les capacités d'interaction du bébé avec un professionnel.



Risques pour l'enfant

Dépression à 16 ans : 100% des mères ont présenté une dépression, 60% pendant la grossesse



Un coût important

En ARA

Principaux enseignements

A l'échelle de ce territoire, les coûts associés aux problèmes de santé mentale périnatale représentent chaque année :
1.1 milliards d'€



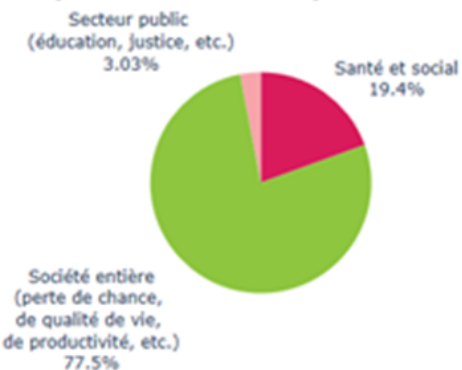
30 %

de ces coûts sont liés à la mère

70 %

de ces coûts sont liés au bébé

Répartition des coûts par secteur



Tableaux récapitulatifs ?

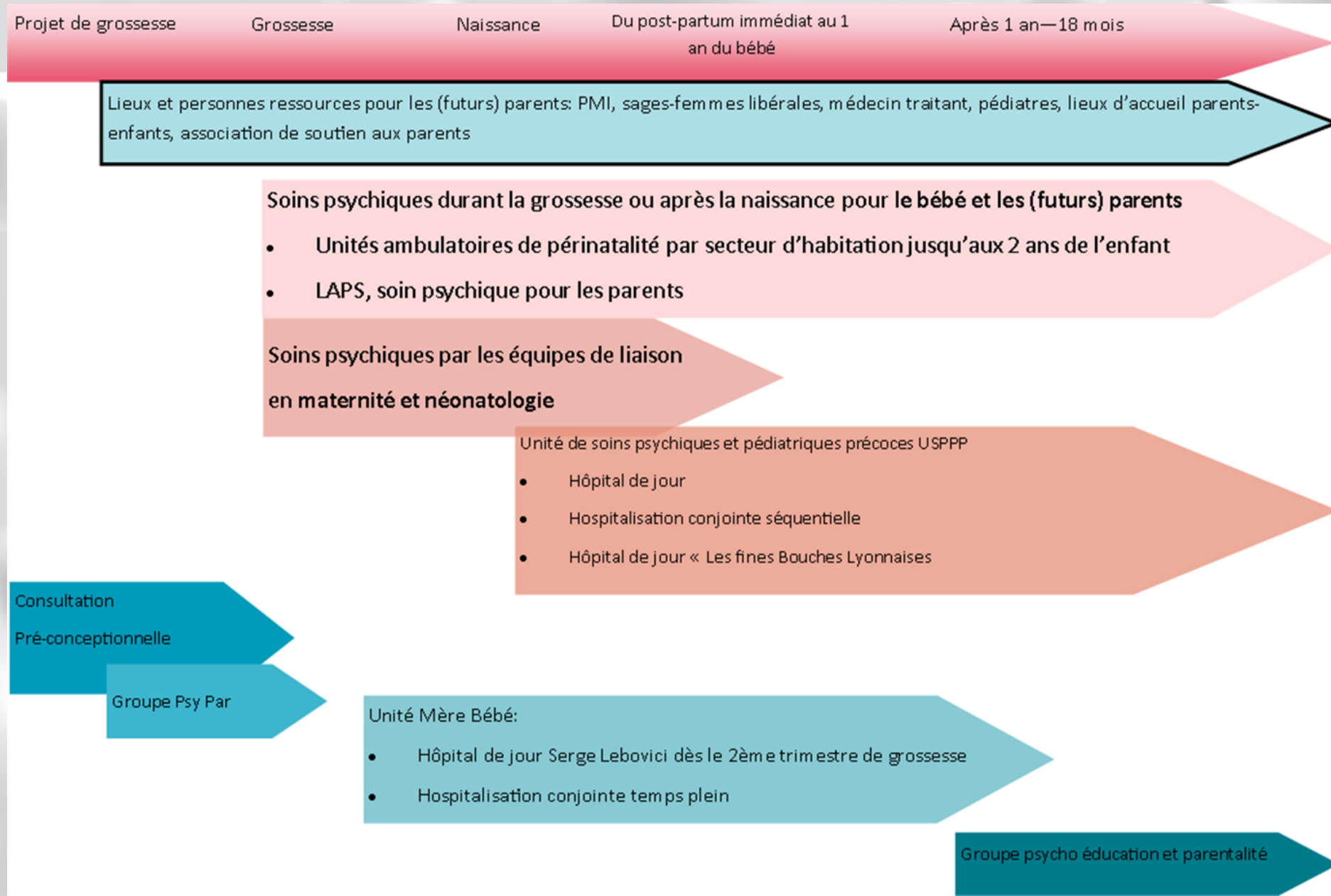
Coût par cas	Mère	Bébé	Total
Dépression périnatale	24 152 €	67 809 €	91 961 €
Anxiété périnatale	21 838 €	13 521 €	35 359 €
Psychose périnatale	55 335 €	8 893 €	64 228 €

Coût par naissance	Mère	Bébé	Total
Dépression périnatale	2 898 €	8 137 €	11 035 €
Anxiété périnatale	655 €	405 €	1 060 €
Psychose périnatale	110 €	17 €	128 €
<i>Total des trois maladies</i>	<i>3 664 €</i>	<i>8 560 €</i>	<i>12 224 €</i>

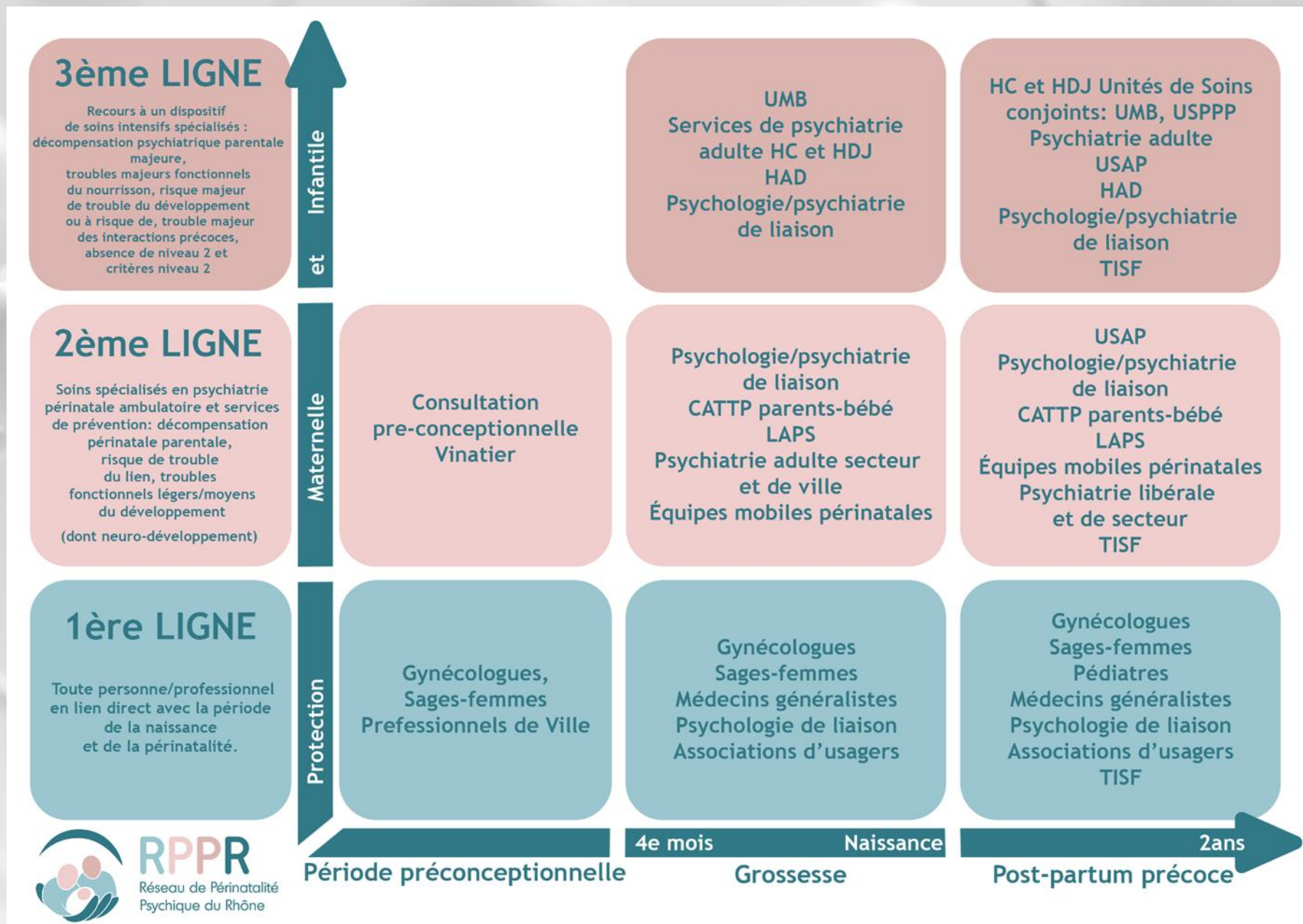
Un constat

- **L'offre de soin est peu lisible**
 - Les parcours de soins sont faits de **séparations et de succession**
 - Une **multiplicité d'institution et d'acteurs du soin** à la croisée de la prévention, du soin libéral, du soin somatique et psychique avec chacun son langage.
- **Un besoin:**
 - Créer une **culture commune** du soin où chaque équipe peut affirmer une identité propre
 - **Développer des coopérations** pour soutenir une clinique à haut risque de rivalité, clivage, déni, d'idéalisation et de dépendance

Premières organisations

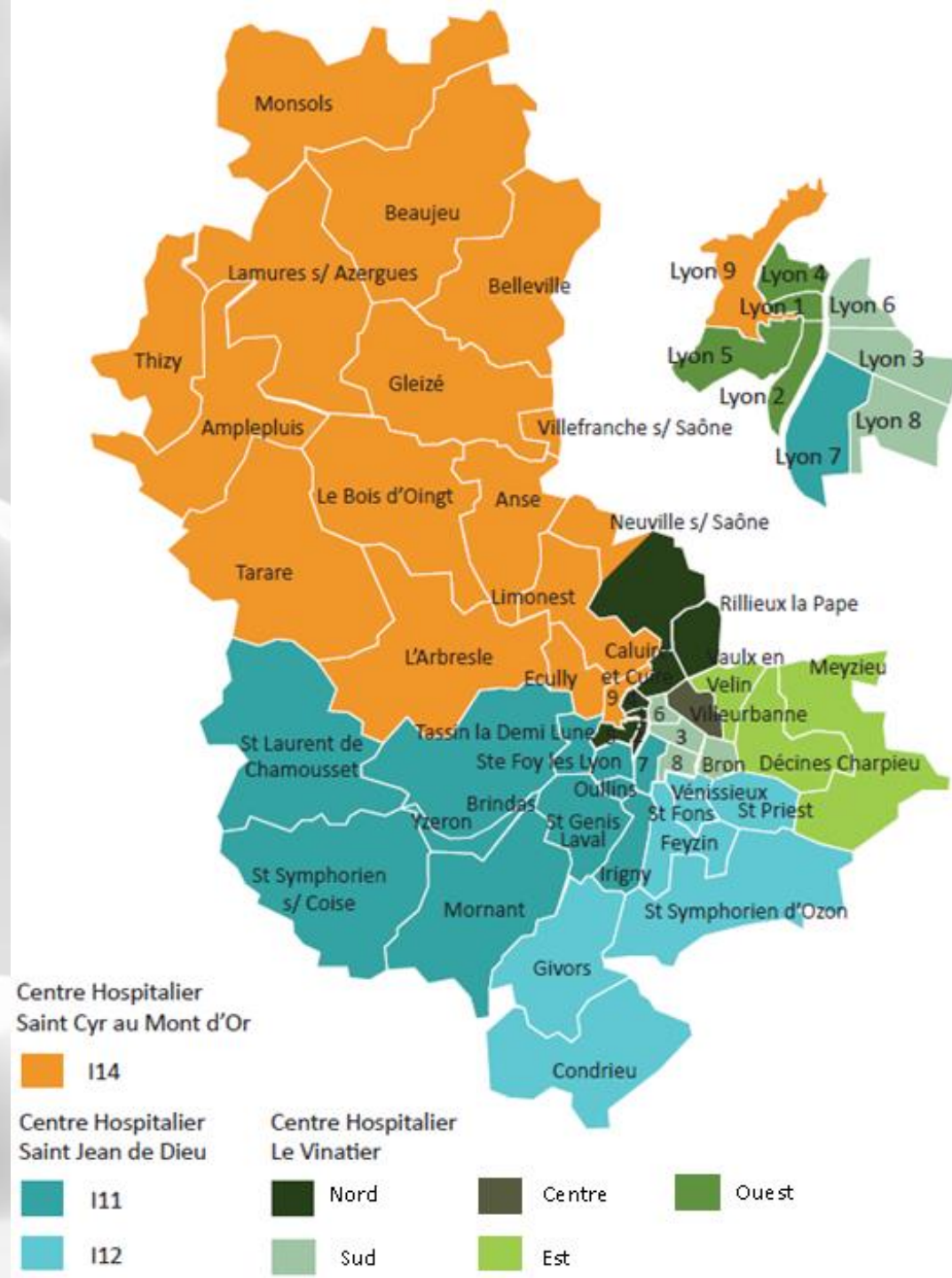


Des soins gradués



Dispositifs non sectorisés:

- USPPP
- UMB
- LAPS



Des concrétisations

- Un annuaire un peu plus à jour, rendant disponible et visible les plaquettes des différents dispositifs de soin
- Des groupes cliniques (3 par an depuis 2020)
- 3 journées riches en présentation cliniques
- Groupe de travail interprofessionnels pour construire une culture commune, un objet de travail commun

OSONS EN PARLER!

● Pourquoi une information systématique sur les difficultés psychiques pendant la grossesse et le post partum ?

Donner naissance à un enfant n'est jamais simple. La dépression périnatale est devenue la première complication de la grossesse et de l'accouchement. Elle touche une femme sur 10, elle n'épargne pas le coparent, mais reste taboue.

« Si j'avais su, j'aurais mis moins de temps à prévenir... mais la honte de ne pas y arriver empêche d'en parler... »
Clotilde 32 ans, mère de Gaspard

● La dépression périnatale, qu'est-ce que c'est ?



Une fatigue intense et durable, un manque d'appétit, des troubles importants du sommeil, une perte de confiance en soi, une culpabilité excessive et injustifiée, le besoin de s'isoler ou la dépendance excessive vis-à-vis des autres, l'hyper-vigilance, le sentiment de ne plus avoir envie de s'occuper de son bébé... parfois le mal-être s'installe pendant la grossesse et perdure après la naissance. Un événement peut être déclencheur. Il s'agit d'un processus qui mène à la souffrance.

Attention ! souvent confondu avec le baby blues (orage émotionnel, chez plus de 50% des femmes, qui survient dans les trois jours qui suivent l'accouchement et peut durer de quelques jours à 2 semaines).

● Quelles en sont les causes ?

Les bouleversements sociaux, affectifs, hormonaux et corporels



RPPR
Réseau de Périnatalité
Psychique du Rhône



Réseau périnatal
Aurore

CPONR (Collectif psy en obstétrique et néonatalogie du Rhône)



● Comment savoir où j'en suis ? A qui m'adresser ?

Les connaissances sur les mouvements émotionnels ont progressé. L'écoute des parents se fait meilleure : les professionnels (sages-femmes, médecins généralistes, puéricultrices, obstétriciens, pédiatres, psychologues ...) sont attentifs. Souvent la dépression s'améliore spontanément, sauf dans les cas sévères. **Le dialogue demeure essentiel en prévention et au centre du processus de guérison.**

● Ne restez pas seule face à vos difficultés, osez en parler !

Cherchez de l'aide auprès de vos proches et du personnel soignant, pour vous aider à trouver une écoute bienveillante. **N'hésitez pas à recontacter votre maternité et ce même plusieurs mois après l'accouchement.**

Des contributions...

Ce qui reste à faire:

- Existence de liens fonctionnels qui depuis peu prennent une forme organisée, instituée

En appui sur la commission des 1000 jours, redynamiser une offre de soin individualisée, graduée et de proximité.

- Projets locaux qui nécessitent une enveloppe institutionnelle fédératrice pour être pleinement opérants,
- Nécessité de mettre à jour régulièrement l'annuaire de périnatalité psychique
- Importance de mettre en place un site internet rendant plus lisible l'offre de soins
- On a des idées...mais pas beaucoup de pétrole! Notamment pour un coordinateur

Merci de votre attention



REPRISE A 14h15

PENDANT LA PAUSE

Nous avons besoin de votre avis ...



REPRISE A 14h15

Je suis Astrid, interne en médecine générale et réalise ma **thèse** en binôme sur la conception de cette fiche conseils

Ma partie a pour objectif d'évaluer la **diffusion** et la **clarté** de cette fiche auprès des professionnels de santé via le questionnaire rapide qui suit.

MON BÉBÉ EST-IL EN SOUFFRANCE PSYCHOLOGIQUE ?

ADOPTEZ LES BONS GESTES

OBSERVEZ
AGISSEZ
SURVEILLEZ



Merci d'avance de prendre 1 min pour y répondre



OBSERVEZ

SOMMEIL Mon bébé dort trop ou pas assez, il a des difficultés à s'endormir, des réveils nocturnes, dort plus facilement la journée que la nuit.

ALIMENTATION Reflux, refus de la tétée ou demande insatiable, anorexie.

MOTRICITÉ Mon bébé est trop tonique (trop raide) ou trop mou (le poupée de chiffon ?), agité, se balance de manière répétée.

ALUSUS Mon bébé est inconsolable ou trop calme, ou en insécurité dès que je ne suis pas dans son champ de vision, il met du temps à se calmer.

RELATION Mon bébé évite le regard, est hypersensible (au bruit, au toucher, etc.), ne sourit pas en réponse, ne gazouille pas, il ne m'imite pas, est en retrait relationnel. Mon bébé n'a pas de plaisir à communiquer.

MA RELATION AVEC MON BÉBÉ

- Il m'est difficile de m'occuper de mon bébé : le nourrir, changer sa couche, le laver, le coucher, calmer ses pleurs, etc.
- Face à l'inconfort de mon bébé, j'ai perdu le plaisir à m'occuper de lui : jouer avec lui, lui parler, interagir, chanter, etc.

Attention, un seul de ces signes ne suffit pas pour parler de souffrance psychique

AGISSEZ

CÔTÉ BÉBÉ

Votre bébé a besoin de se sentir aimé et en sécurité pour se développer au mieux.

- Soyez attentif aux signes que vous envoie votre bébé et essayez d'y répondre de façon adaptée, affectueuse et régulière.
- Encouragez ses périodes d'éveil calme et de découverte sur un tapis au sol.
- Socialisez votre bébé dans sa famille, avec les amis, laissez de la place pour l'autre parent et les grands-parents.
- Portez suffisamment votre bébé : être porté rassure l'enfant.

Il existe des réseaux spécifiques d'aide en périnatalité pour observer et accompagner votre bébé à domicile

Au moindre doute, consultez un professionnel de santé

CÔTÉ PARENT

Devenir père ou mère ne va pas de soi. Être attentif à votre santé psychique est essentiel pour le bien-être et le développement de votre bébé.

- Ne restez pas seul, n'hésitez pas à demander de l'aide dans la vie au quotidien.
- Prenez du temps et compris sans votre bébé, acceptez de vous sur lui / elle.
- Faites une place à l'autre parent ou à un proche et appuyez et partagez vos doutes et vos difficultés, parlez-en à vos proches et à votre médecin si besoin.

SURVEILLEZ

- Soyez attentifs aux signes précédemment décrits : faites le point sur leur fréquence et leur intensité.
- Surveillez le bon développement et la croissance de l'enfant, consultez le carnet de santé pour connaître les stades du développement de votre bébé et parlez de vos inquiétudes avec un professionnel de santé.
- Assurez-vous que l'enfant explore son environnement.
- Il est important que votre bébé manifeste un appétit pour entrer en relation avec l'autre.

BON À SAVOIR

La souffrance psychique du bébé est mal connue et encore sous-estimée. Elle a un impact sur son bien-être et son développement psycho-affectif.

Vous, parents, êtes les premiers observateurs de votre bébé : toute inquiétude de votre part mérite une réponse. Les professionnels de santé sont là pour vous accompagner.

LE BEBE ET SON ENVIRONNEMENT



TABLE RONDE N°1

Les facteurs de risques d'une souffrance psychique du bébé

Dr Pascal BESSE, pédiatre

Dr Fanny CAPELLI, médecin généraliste

Mme Karine GESTAS, sage-femme

Dr Caterina MAGGI-PERPOINT, pédopsychiatre

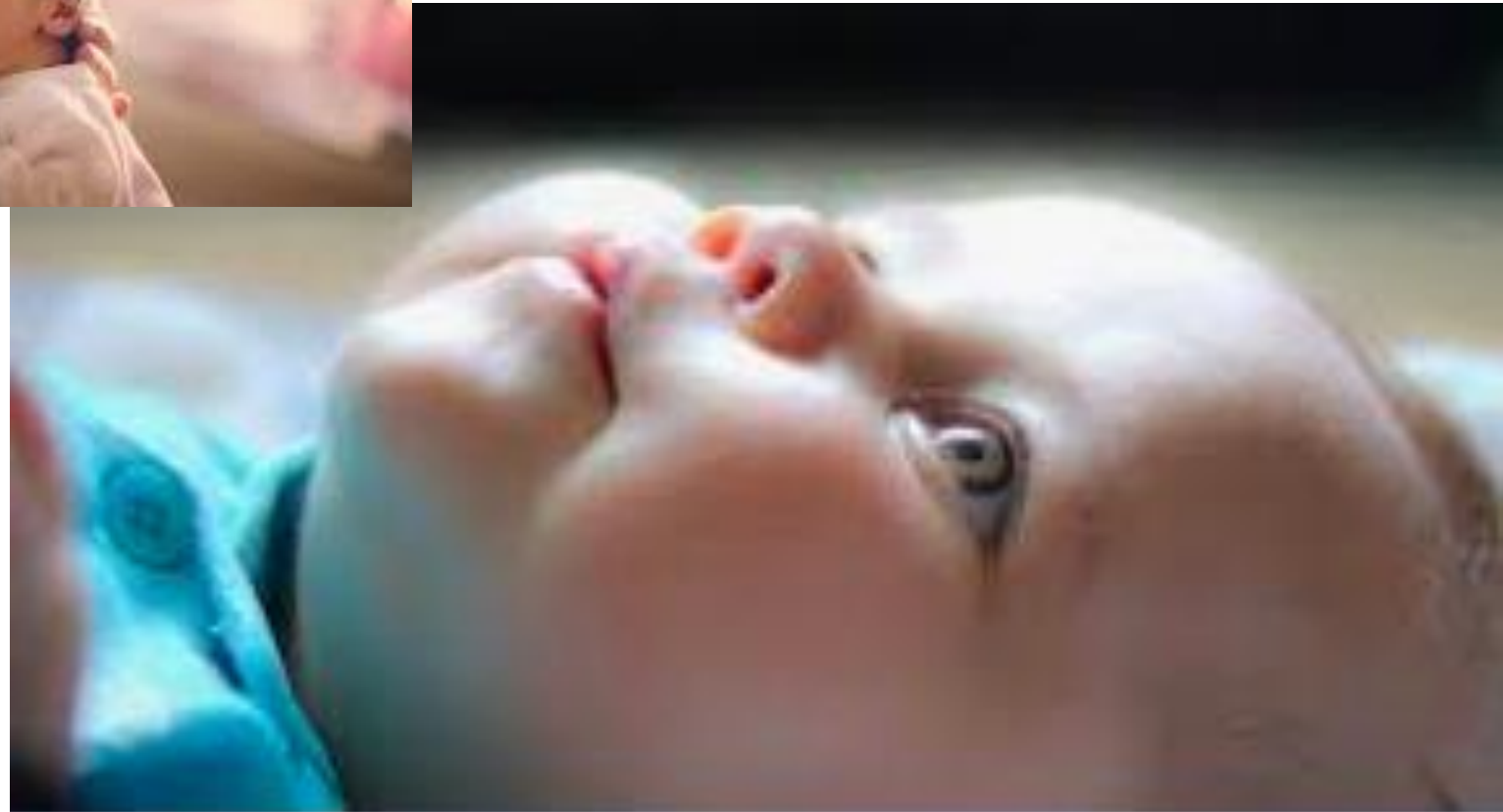
Modérateur :
Dr Michel JURUS, psychiatre

Bébé n'existe pas seul, son évolution se fait un peu
comme une poupée russe, environnement :
Entourage – Etayage social ...



Les premiers mois du BB sont essentiels à son bon développement, ces temps ne se retrouvent pas...Notion de temporalité.

Dés sa naissance, le NRS est équipé pour se tourner préférentiellement vers l'humain...



Ne laissons pas les écrans faire écrans



LE BEBE ET SON ENVIRONNEMENT



TABLE RONDE N°2

L'apport pour le bébé d'un accompagnement pluridisciplinaire

Dr Laïla ABID, pédiatre

Dr Marion COMBRIS, psychiatre

Mme Céline KATZ, sage-femme

Modérateur :
Dr Jean STAGNARA, pédiatre

Il faut tout un village
pour élever un enfant
et
pour devenir parent



- **Toute parentalité se conjugue toujours au pluriel**, peu importe le projet parental ou la configuration, solo, duo, multiple...
- L'enfant se construit sur une diversité d'adultes en interaction constante avec son environnement.
- **Le bébé n'existe jamais seul.**

MOT DE CONCLUSION

REMERCIEMENTS

- Dr Laïla ABID, pédiatre
- Dr Pascal BESSE, pédiatre
- Dr Fanny CAPELLI, médecin généraliste
- Dr Marion COMBRIS, psychiatre
- Dr Noura DESMARCHELIER, pédopsychiatre
- Pr Corine DUPONT, sage-femme
- Dr Etienne FOURQUET, anesthésiste
- Mme Karine GESTAS, sage-femme
- Dr Michel JURUS, psychiatre
- Mme Céline KATZ, sage-femme
- Dr Sophie LAUB, pédopsychiatre
- Dr Cécile LECOLLIER, médecin généraliste
- Dr Caterina MAGGI-PERPOINT, pédopsychiatre
- Dr Patricia PASI-DELAY, psychiatre
- Dr Caroline SALEM, psychiatre
- Mme Camille SEYDI, psychomotricienne
- Dr Jean STAGNARA, pédiatre
- Dr Joseph TENENBAUM, pédopsychiatre
- Dr Catherine THOMAS, médecin généraliste
- Dr Laurence WILLERMOZ, pédopsychiatre
- Dr Emmanuel ZENOU, ORL



Fiche téléchargeable prochainement
sur le site de l'URPS

www.urps-med-aura.fr

Nous avons besoin de votre avis ...

MON BÉBÉ
EST-IL EN
SOUFFRANCE
PSYCHOLOGIQUE ?

ADOPTÉZ LES BONS GESTES

OBSERVEZ
AGISSEZ
SURVEILLEZ



Je suis Astrid, interne en
médecine générale et réalise
ma thèse en binôme
sur la conception de cette fiche
conseils

Ma partie a pour objectif
d'évaluer la **diffusion** et la **clarté**
de cette fiche auprès des
professionnels de santé via le
questionnaire rapide qui suit.

Merci d'avance de prendre 1 min pour y répondre





**MERCI POUR VOTRE
PARTICIPATION**