



HAL
open science

Alliance thérapeutique et soins conjoints en psychiatrie périnatale, le cas particulier des familles en situation de vulnérabilité ; impact sur le développement de l'enfant

Chloé Chapuis

► To cite this version:

Chloé Chapuis. Alliance thérapeutique et soins conjoints en psychiatrie périnatale, le cas particulier des familles en situation de vulnérabilité ; impact sur le développement de l'enfant. Sciences du Vivant [q-bio]. 2020. dumas-02971181

HAL Id: dumas-02971181

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02971181>

Submitted on 19 Oct 2020

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

**Alliance thérapeutique et soins conjoints en psychiatrie périnatale, le
cas particulier des familles en situation de vulnérabilité ;
impact sur le développement de l'enfant.**

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MARSEILLE

Le 25 Septembre 2020

Par Madame Chloé CHAPUIS

Née le 4 juillet 1992 à Besançon (25)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de PSYCHIATRIE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur POINSO François	Président
Monsieur le Professeur MILH Mathieu	Assesseur
Monsieur le Professeur BAILLY Daniel	Assesseur
Monsieur le Docteur (MCU-PH) GUIVARCH Jokthan	Assesseur
Monsieur le Docteur DUGNAT Michel	Assesseur

FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & PARAMÉDICALES

Doyen	:	Pr. Georges LEONETTI
Vice-Doyen aux affaires générales	:	Pr. Patrick DESSI
Vice-Doyen aux professions paramédicales	:	Pr. Philippe BERBIS
Conseiller	:	Pr. Patrick VILLANI
Assesseurs :		
➤ aux études	:	Pr. Kathia CHAUMOITRE
➤ à la recherche	:	Pr. Jean-Louis MEGE
➤ à l'unité mixte de formation continue en santé	:	Pr. Justin MICHEL
➤ pour le secteur NORD	:	Pr. Stéphane BERDAH
➤ Groupements Hospitaliers de territoire	:	Pr. Jean-Noël ARGENSON
➤ aux masters	:	Pr. Pascal ADALIAN

Chargés de mission :

➤ sciences humaines et sociales	:	Pr. Pierre LE COZ
➤ relations internationales	:	Pr. Stéphane RANQUE
➤ DU/DIU	:	Pr. Véronique VITTON
➤ DPC, disciplines médicales & biologiques	:	Pr. Frédéric CASTINETTI
➤ DPC, disciplines chirurgicales	:	Dr. Thomas GRAILLON

ÉCOLE DE MEDECINE

Directeur : **Pr. Jean-Michel VITON**

Chargés de mission

▪ PACES – Post-PACES	:	Pr. Régis GUIEU
▪ DFGSM	:	Pr. Anne-Laure PELISSIER
▪ DFASM	:	Pr. Marie-Aleth RICHARD
▪ DFASM	:	Pr. Marc BARTHET
▪ Préparation aux ECN	:	Dr Aurélie DAUMAS
▪ DES spécialités	:	Pr. Pierre-Edouard FOURNIER
▪ DES stages hospitaliers	:	Pr. Benjamin BLONDEL
▪ DES MG	:	Pr. Christophe BARTOLI
▪ Démographie médicale	:	Dr. Noémie RESSEGUIER
▪ Etudiant	:	Elise DOMINJON

ÉCOLE DE DE MAIEUTIQUE

Directrice : **Madame Carole ZAKARIAN**

Chargés de mission

- 1^{er} cycle : Madame Estelle BOISSIER
- 2^{ème} cycle : Madame Cécile NINA

ÉCOLE DES SCIENCES DE LA RÉADAPTATION

Directeur : **Monsieur Philippe SAUVAGEON**

Chargés de mission

- Masso- kinésithérapie 1^{er} cycle : Madame Béatrice CAORS
- Masso-kinésithérapie 2^{ème} cycle : Madame Joannie HENRY
- Mutualisation des enseignements : Madame Géraldine DEPRES

ÉCOLE DES SCIENCES INFIRMIERES

Directeur : **Monsieur Sébastien COLSON**

Chargés de mission

- Chargée de mission : Madame Sandrine MAYEN RODRIGUES
- Chargé de mission : Monsieur Christophe ROMAN

PROFESSEURS HONORAIRES

MM	AGOSTINI Serge	MM	DUFOUR Michel
	ALDIGHERI René		DUMON Henri
	ALESSANDRINI Pierre		ENJALBERT Alain
	ALLIEZ Bernard		FAVRE Roger
	AQUARON Robert		FIECHI Marius
	ARGEME Maxime		FARNARIER Georges
	ASSADOURIAN Robert		FIGARELLA Jacques
	AUFFRAY Jean-Pierre		FONTES Michel
	AUTILLO-TOUATI Amapola		FRANCES Yves
	AZORIN Jean-Michel		FRANCOIS Georges
	BAILLE Yves		FUENTES Pierre
	BARDOT Jacques		GABRIEL Bernard
	BARDOT André		GALINIER Louis
	BERARD Pierre		GALLAIS Hervé
	BERGOIN Maurice		GAMERRE Marc
	BERLAND Yvon		GARCIN Michel
	BERNARD Dominique		GARNIER Jean-Marc
	BERNARD Jean-Louis		GAUTHIER André
	BERNARD Pierre-Marie		GERARD Raymond
	BERTRAND Edmond		GEROLAMI-SANTANDREA André
	BISSET Jean-Pierre		GIUDICELLI Roger
	BLANC Bernard		GIUDICELLI Sébastien
	BLANC Jean-Louis		GOUDARD Alain
	BOLLINI Gérard		GOUIN François
	BONGRAND Pierre		GRILLO Jean-Marie
	BONNEAU Henri		GRISOLI François
	BONNOIT Jean		GROULIER Pierre
	BORY Michel		HADIDA/SAYAG Jacqueline
	BOTTA Alain		HASSOUN Jacques
	BOURGEADE Augustin		HEIM Marc
	BOUVENOT Gilles		HOUEL Jean
	BOUYALA Jean-Marie		HUGUET Jean-François
	BREMOND Georges		JAQUET Philippe
	BRICOT René		JAMMES Yves
	BRUNET Christian		JOUVE Paulette
	BUREAU Henri		JUHAN Claude
	CAMBOULIVES Jean		JUIN Pierre
	CANNONI Maurice		KAPHAN Gérard
	CARTOUZOU Guy		KASBARIAN Michel
	CAU Pierre		KLEISBAUER Jean-Pierre
	CHABOT Jean-Michel		LACHARD Jean
	CHAMLIAN Albert		LAFFARGUE Pierre
	CHARPIN Denis		LAUGIER René
	CHARREL Michel		LE TREUT Yves
	CHAUVEL Patrick		LEVY Samuel
	CHOUX Maurice		LOUCHET Edmond
	CIANFARANI François		LOUIS René
	CLAVERIE Jean-Michel		LUCIANI Jean-Marie
	CLEMENT Robert		MAGALON Guy
	COMBALBERT André		MAGNAN Jacques
	CONTE-DEVOLX Bernard		MALLAN- MANCINI Josette
	CORRIOL Jacques		MALMEJAC Claude
	COULANGE Christian		MARANINCHI Dominique
	DALMAS Henri		MARTIN Claude
	DE MICO Philippe		MATTEI Jean François
	DESSEIN Alain		MERCIER Claude
	DELARQUE Alain		METGE Paul
	DEVIN Robert		MICHOTEY Georges
	DEVRED Philippe		MIRANDA François
	DJIANE Pierre		MONFORT Gérard
	DONNET Vincent		MONGES André
	DUCASSOU Jacques		MONGIN Maurice

PROFESSEURS HONORAIRES

MM	MONTIES Jean-Raoul	VANUXEM Paul
	NAZARIAN Serge	VERVLOET Daniel
	NICOLI René	VIALETTES Bernard
	NOIRCLERC Michel	WEILLER Pierre-Jean
	OLMER Michel	
	OREHEK Jean	
	PAPY Jean-Jacques	
	PAULIN Raymond	
	PELOUX Yves	
	PENAUD Antony	
	PENE Pierre	
	PIANA Lucien	
	PICAUD Robert	
	PIGNOL Fernand	
	POGGI Louis	
	POITOUT Dominique	
	PONCET Michel	
	POUGET Jean	
	PRIVAT Yvan	
	QUILICHINI Francis	
	RANQUE Jacques	
	RANQUE Philippe	
	RICHAUD Christian	
	RIDINGS Bernard	
	ROCHAT Hervé	
	ROHNER Jean-Jacques	
	ROUX Hubert	
	ROUX Michel	
	RUFO Marcel	
	SAHEL José	
	SALAMON Georges	
	SALDUCCI Jacques	
	SAN MARCO Jean-Louis	
	SANKALE Marc	
	SARACCO Jacques	
	SARLES Jacques	
	SASTRE Bernard	
	SCHIANO Alain	
	SCOTTO Jean-Claude	
	SEBAHOUN Gérard	
	SERMENT Gérard	
	SOULAYROL René	
	STAHL André	
	TAMALET Jacques	
	TARANGER-CHARPIN Colette	
	THOMASSIN Jean-Marc	
	UNAL Daniel	
	VAGUE Philippe	
	VAGUE/JUHAN Irène	

EMERITAT

2008

M. le Professeur	LEVY Samuel	31/08/2011
Mme le Professeur	JUHAN-VAGUE Irène	31/08/2011
M. le Professeur	PONCET Michel	31/08/2011
M. le Professeur	KASBARIAN Michel	31/08/2011
M. le Professeur	ROBERTOUX Pierre	31/08/2011

2009

M. le Professeur	DJIANE Pierre	31/08/2011
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2012

2010

M. le Professeur	MAGNAN Jacques	31/12/2014
------------------	----------------	------------

2011

M. le Professeur	DI MARINO Vincent	31/08/2015
M. le Professeur	MARTIN Pierre	31/08/2015
M. le Professeur	METRAS Dominique	31/08/2015

2012

M. le Professeur	AUBANIAC Jean-Manuel	31/08/2015
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2015
M. le Professeur	CAMBOULIVES Jean	31/08/2015
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2015
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2015
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2015
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2015

2013

M. le Professeur	BRANCHEREAU Alain	31/08/2016
M. le Professeur	CARAYON Pierre	31/08/2016
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2016
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2016
M. le Professeur	HENRY Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	LE GUICHAOUA Marie-Roberte	31/08/2016
M. le Professeur	RUFO Marcel	31/08/2016
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2016

2014

M. le Professeur	FUENTES Pierre	31/08/2017
M. le Professeur	GAMERRE Marc	31/08/2017
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2017
M. le Professeur	PERAGUT Jean-Claude	31/08/2017
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2017

2015

M. le Professeur	COULANGE Christian	31/08/2018
M. le Professeur	COURAND François	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2016
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2016
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2016

EMERITAT

2016		
M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2017
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2019
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2017
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2017
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2019
M. le Professeur	JAMMES Yves	31/08/2019
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2017
M. le Professeur	POITOUT Dominique	31/08/2019
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2017
M. le Professeur	VIALETTES Bernard	31/08/2019
2017		
M. le Professeur	ALESSANDRINI Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2018
M. le Professeur	CHAUVEL Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2018
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2018
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2018
M. le Professeur	SEBBAHOUN Gérard	31/08/2018
2018		
M. le Professeur	MARANINCHI Dominique	31/08/2021
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2019
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2019
2019		
M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2020
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2020
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2020
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2020
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2020
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2020
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2020

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert	CHOSSEGROS Cyrille	GUEDJ Eric
ALBANESE Jacques	COLLART Frédéric	GUIEU Régis
ALIMI Yves	COSTELLO Régis	GUIS Sandrine
AMABILE Philippe	COURBIERE Blandine	GUYE Maxime
AMBROSI Pierre	COWEN Didier	GUYOT Laurent
ANDRE Nicolas	CRAVELLO Ludovic	<i>GUY'S Jean-Michel Surnombre</i>
ARGENSON Jean-Noël	CUISSET Thomas	HABIB Gilbert
ASTOUL Philippe	<i>CURVALE Georges Surnombre</i>	HARDWIGSEN Jean
ATTARIAN Shahram	DA FONSECA David	HARLE Jean-Robert
AUDOUIN Bertrand	DAHAN-ALCARAZ Laetitia	<i>HOFFART Louis Disponibilité</i>
AUQUIER Pascal	DANIEL Laurent	HOUVENAEGHEL Gilles
AVIERINOS Jean-François	DARMON Patrice	JACQUIER Alexis
AZULAY Jean-Philippe	D'ERCOLE Claude	JOURDE-CHICHE Noémie
BAILLY Daniel	D'JOURNO Xavier	JOUVE Jean-Luc
BARLESI Fabrice	DEHARO Jean-Claude	KAPLANSKI Gilles
BARLIER-SETTI Anne	DELAPORTE Emmanuel	KARSENTY Gilles
BARTHET Marc	<i>DELPERO Jean-Robert Surnombre</i>	<i>KERBAUL François détachement</i>
BARTOLI Christophe	DENIS Danièle	KRAHN Martin
BARTOLI Jean-Michel	DISDIER Patrick	LAFFORGUE Pierre
BARTOLI Michel	DODDOLI Christophe	LAGIER Jean-Christophe
BARTOLOMEI Fabrice	DRANCOURT Michel	LAMBAUDIE Eric
BASTIDE Cyrille	DUBUS Jean-Christophe	LANCON Christophe
BENSOUSSAN Laurent	DUFFAUD Florence	LA SCOLA Bernard
BERBIS Philippe	DUFOUR Henry	LAUNAY Franck
BERBIS Julie	DURAND Jean-Marc	LAVIEILLE Jean-Pierre
BERDAH Stéphane	DUSSOL Bertrand	LE CORROLLER Thomas
<i>BERNARD Jean-Paul Retraite au 25/11/2019</i>	EBBO Mikael	LECHEVALLIER Eric
BEROUD Christophe	EUSEBIO Alexandre	LEGRE Régis
BERTUCCI François	FAKHRY Nicolas	LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale
BLAISE Didier	<i>FAUGERE Gérard Surnombre</i>	LEONE Marc
BLIN Olivier	FELICIAN Olivier	LEONETTI Georges
BLONDEL Benjamin	FENOLLAR Florence	LEPIDI Hubert
BONIN/GUILLAUME Sylvie	FIGARELLA/BRANGER Dominique	LEVY Nicolas
BONELLO Laurent	FLECHER Xavier	MACE Loïc
BONNET Jean-Louis	FOURNIER Pierre-Edouard	MAGNAN Pierre-Edouard
<i>BOTTA/FRIDLUND Danielle Surnombre</i>	FRANCESCHI Frédéric	MANCINI Julien
<i>BOUBLI Léon Surnombre</i>	FUENTES Stéphane	<i>MATONTI Frédéric Disponibilité</i>
BOUFI Mourad	GABERT Jean	MEGE Jean-Louis
BOYER Laurent	GABORIT Bénédicte	MERROT Thierry
BREGEON Fabienne	GAINNIER Marc	METZLER/GUILLEMAIN Catherine
BRETELLE Florence	GARCIA Stéphane	MEYER/DUTOUR Anne
BROUQUI Philippe	GARIBOLDI Vlad	MICCALEF/ROLL Joëlle
BRUDER Nicolas	GAUDART Jean	MICHEL Fabrice
BRUE Thierry	GAUDY-MARQUESTE Caroline	MICHEL Gérard
BRUNET Philippe	GENTILE Stéphanie	MICHEL Justin
BURTEY Stéphane	GERBEAUX Patrick	MICHELET Pierre
CARCOPINO-TUSOLI Xavier	GEROLAMI/SANTANDREA René	MILH Mathieu
CASANOVA Dominique	GILBERT/ALESSI Marie-Christine	MILLION Matthieu
CASTINETTI Frédéric	GIORGI Roch	MOAL Valérie
CECCALDI Mathieu	GIOVANNI Antoine	MORANGE Pierre-Emmanuel
CHAGNAUD Christophe	GIRARD Nadine	MOULIN Guy
CHAMBOST Hervé	GIRAUD/CHABROL Brigitte	MOUTARDIER Vincent
CHAMPSAUR Pierre	GONCALVES Anthony	<i>MUNDLER Olivier Surnombre</i>
CHANEZ Pascal	GRANEL/REY Brigitte	NAUDIN Jean
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle	GRANVAL Philippe	NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
CHARREL Rémi	GREILLIER Laurent	NICOLLAS Richard
CHAUMOITRE Kathia	GRIMAUD Jean-Charles	OLIVE Daniel
CHIARONI Jacques	GROB Jean-Jacques	OUAFIK L'Houcine
CHINOT Olivier		OVAERT-REGGIO Caroline

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

PAGANELLI Franck	ROCH Antoine	TRIGLIA Jean-Michel
PANUEL Michel	ROCHWERGER Richard	TROPIANO Patrick
PAPAZIAN Laurent	ROLL Patrice	TSIMARATOS Michel
PAROLA Philippe	ROSSI Dominique	TURRINI Olivier
<i>PARRATTE Sébastien Disponibilité</i>	ROSSI Pascal	VALERO René
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure	ROUDIER Jean	VAROQUAUX Arthur Damien
PELLETIER Jean	SALAS Sébastien	VELLY Lionel
PERRIN Jeanne	<i>SAMBUC Roland Surnombre</i>	VEY Norbert
PETIT Philippe	SARLES/PHILIP Nicole	VIDAL Vincent
PHAM Thao	SARLON-BARTOLI Gabrielle	VIENS Patrice
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique	SCAVARDA Didier	VILLANI Patrick
PIQUET Philippe	SCHLEINITZ Nicolas	VITON Jean-Michel
PIRRO Nicolas	SEBAG Frédéric	VITTON Véronique
POINSO François	SEITZ Jean-François	VIEHWEGER Heide Elke
RACCAH Denis	SIELEZNEFF Igor	VIVIER Eric
RANQUE Stéphane	SIMON Nicolas	XERRI Luc
RAOULT Didier	STEIN Andréas	
REGIS Jean	TAIEB David	
REYNAUD/GAUBERT Martine	THIRION Xavier	
REYNAUD Rachel	THOMAS Pascal	
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth	THUNY Franck	
ROCHE Pierre-Hugues	TREBUCHON-DA FONSECA Agnès	

PROFESSEUR DES UNIVERSITES

ADALIAN Pascal
AGHABABIAN Valérie
BELIN Pascal
CHABANNON Christian
CHABRIERE Eric
FERON François
LE COZ Pierre
LEVASSEUR Anthony
RANJEVA Jean-Philippe
SOBOL Hagay

PROFESSEUR CERTIFIE

BRANDENBURGER Chantal

PRAG

TANTI-HARDOUIN Nicolas

PROFESSEUR DES UNIVERSITES MEDECINE GENERALE

GENTILE Gaëtan

PROFESSEUR ASSOCIE DE MEDECINE GENERALE A MI-TEMPS

ADNOT Sébastien
GUIDA Pierre

PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES (disciplines médicales)

LOUIS-BORRIONE Claude

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AHERFI Sarah	ELDIN Carole	NINOVE Laetitia
ANGELAKIS Emmanouil (<i>disponibilité</i>)	FABRE Alexandre	NOUGAIREDE Antoine
ATLAN Catherine (<i>disponibilité</i>)	FAURE Alice	OLLIVIER Matthieu
BARTHELEMY Pierre	FOLETTI Jean- Marc	PAULMYER/LACROIX Odile
BEGE Thierry	FOUILLOUX Virginie	PESENTI Sébastien
BELIARD Sophie	FRANKEL Diane	RADULESCO Thomas
BENYAMINE Audrey	FROMNOT Julien	RESSEGUIER Noémie
BERGE-LEFRANC Jean-Louis	GASTALDI Marguerite	ROBERT Philippe
BERTRAND Baptiste	GELSI/BOYER Véronique	ROMANET Pauline
BEYER-BERJOT Laura	GIUSIANO Bernard	SABATIER Renaud
BIRNBAUM David	GIUSIANO COURCAMBECK Sophie	SARI-MINODIER Irène
BONINI Francesca	GONZALEZ Jean-Michel	SAVEANU Alexandru
BOUCRAUT Joseph	GOURIET Frédérique	SECQ Véronique (<i>disponibilité</i>)
BOULAMERY Audrey	GRAILLON Thomas	STELLMANN Jan-Patrick
BOULLU/CIOCCA Sandrine	GUERIN Carole	SUCHON Pierre
BOUSSEN Salah Michel	GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné	TABOURET Emeline
BUFFAT Christophe	GUIDON Catherine	TOGA Caroline
CAMILLERI Serge	GUIVARCH Jokthan	TOGA Isabelle
CARRON Romain	HAUTIER/KRAHN Aurélie	TOMASINI Pascale
CASSAGNE Carole	HRAIECH Sami	TOSELLO Barthélémy
CERMOLACCE Michel	KASPI-PEZZOLI Elise	TROUSSE Delphine
CHAUDET Hervé	L'OLLIVIER Coralie	TUCHTAN-TORRENTS Lucile
CHRETIEN Anne-Sophie	LABIT-BOUVIER Corinne	VELY Frédéric
COZE Carole	LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina	VION-DURY Jean
CUNY Thomas	LAGIER Aude (<i>disponibilité</i>)	ZATTARA/CANNONI Hélène
DADOUN Frédéric (<i>disponibilité</i>)	LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude	
DALES Jean-Philippe	LEVY/MOZZICONACCI Annie	
DAUMAS Aurélie	LOOSVELD Marie	
DEGEORGES/VITTE Joëlle	MAAROUF Adil	
DELLIAUX Stéphane	MACAGNO Nicolas	
DESPLAT/JEGO Sophie	MAUES DE PAULA André	
DEVILLIER Raynier	MOTTOLA GHIGO Giovanna	
DUBOURG Grégory	NGUYEN PHONG Karine	
DUCONSEIL Pauline		
DUFOUR Jean-Charles		

////////////////////////////////////

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES (mono-appartenants)

ABU ZINEH Mohammad	DEGIOANNI/SALLE Anna	POUGET Benoît
BARBACARU/PERLES T. A.	DESNUES Benoît	RUEL Jérôme
BERLAND/BENHAIM Caroline	MARANINCHI Marie	THOLLON Lionel
BOUCAULT/GARROUSTE Françoise	MERHEJ/CHAUVEAU Vicky	THIRION Sylvie
BOYER Sylvie	MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte	VERNA Emeline
COLSON Sébastien	POGGI Marjorie	

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

CASANOVA Ludovic

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

BARGIER Jacques
BONNET Pierre-André
CALVET-MONTREDON Céline
JANCZEWSKI Aurélie
NUSSLI Nicolas
ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle
THIERY Didier (nomination au 1/10/2019)

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS

BOURRIQUEN Maryline
EVANS-VIALLAT Catherine
LUCAS Guillaume
MATHIEU Marion
MAYENS-RODRIGUES Sandrine
MELLINAS Marie
REVIS Joana
ROMAN Christophe
TRINQUET Laure

**PROFESSEURS DES UNIVERSITES et MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS
PROFESSEURS ASSOCIES, MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES mono-appartenants**

ANATOMIE 4201	ANTHROPOLOGIE 20
<p>CHAMPSAUR Pierre (PU-PH) LE CORROLLER Thomas (PU-PH) PIRRO Nicolas (PU-PH)</p> <p>GUENOUN-MEYSSIGNAC Daphné (MCU-PH) <i>LAGIER Aude (MCU-PH) disponibilité</i></p> <p>THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)</p>	<p>ADALIAN Pascal (PR)</p> <p>DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF) POUGET Benoît (MCF) VERNA Emeline (MCF)</p>
ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES 4203	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE 4501
<p>CHARAFE/JAUFFRET Emmanuelle (PU-PH) DANIEL Laurent (PU-PH) FIGARELLA/BRANGER Dominique (PU-PH) GARCIA Stéphane (PU-PH) XERRI Luc (PU-PH)</p> <p>DALES Jean-Philippe (MCU-PH) GIUSIANO COURCAMBECK Sophie (MCU PH) LABIT/BOUVIER Corinne (MCU-PH) MACAGNO Nicolas (MCU-PH) MAUES DE PAULA André (MCU-PH) <i>SECQ Véronique (MCU-PH) disponibilité</i></p>	<p>CHARREL Rémi (PU PH) DRANCOURT Michel (PU-PH) FENOLLAR Florence (PU-PH) FOURNIER Pierre-Edouard (PU-PH) NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier (PU-PH) LA SCOLA Bernard (PU-PH) RAOULT Didier (PU-PH)</p> <p>AHERFI Sarah (MCU-PH) <i>ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH) disponibilité</i> DUBOURG Grégory (MCU-PH) GOURIET Frédérique (MCU-PH) NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH) NINOVE Laetitia (MCU-PH)</p> <p>CHABRIERE Eric (PR) (64ème section)</p> <p>LEVASSEUR Anthony (PR) (64ème section) DESNUES Benoit (MCF) (65ème section) MERHEJ/CHAUVEAU Vicky (MCF) (87ème section)</p>
ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ; MEDECINE URGENCE 4801	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE 4401
<p>ALBANESE Jacques (PU-PH) BRUDER Nicolas (PU-PH) LEONE Marc (PU-PH) MICHEL Fabrice (PU-PH) VELLY Lionel (PU-PH)</p> <p>BOUSSEN Salah Michel (MCU-PH) GUIDON Catherine (MCU-PH)</p>	<p>BARLIER/SETTI Anne (PU-PH) GABERT Jean (PU-PH) GUIEU Régis (PU-PH) OUAFIK L'Houcine (PU-PH)</p> <p>BUFFAT Christophe (MCU-PH) FROMNOT Julien (MCU-PH) MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH) ROMANET Pauline (MCU-PH) SAVEANU Alexandru (MCU-PH)</p>
ANGLAIS 11	BIOLOGIE CELLULAIRE 4403
<p>BRANDENBURGER Chantal (PRCE)</p>	<p>ROLL Patrice (PU-PH)</p> <p>FRANKEL Diane (MCU-PH) GASTALDI Marguerite (MCU-PH) KASPI-PEZZOLI Elise (MCU-PH) LEVY-MOZZICONNACCI Annie (MCU-PH)</p>
BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT ET DE LA REPRODUCTION ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5405	
<p>METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH) PERRIN Jeane (PU-PH) DRH Campus Timone</p>	

MAJ 01.09.2019

BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE 4301

GUEDJ Eric (PU-PH)
 GUYE Maxime (PU-PH)
 MUNDLER Olivier (PU-PH) *Surnombre*
 TAIEB David (PU-PH)

BELIN Pascal (PR) (69ème section)
 RANJEVA Jean-Philippe (PR) (69ème section)

CAMMILLERI Serge (MCU-PH)
 VION-DURY Jean (MCU-PH)

BARBARARU/PERLES Téodora Adriana (MCF) (69ème section)

**BIostatistiques, Informatique Médicale
ET TECHNOLOGIES DE COMMUNICATION 4604**

GAUDART Jean (PU-PH)
 GIORGI Roch (PU-PH)
 MANCINI Julien (PU-PH)

CHAUDET Hervé (MCU-PH)
 DUFOUR Jean-Charles (MCU-PH)
 GIUSIANO Bernard (MCU-PH)

ABU ZAINEH Mohammad (MCF) (5ème section)
 BOYER Sylvie (MCF) (5ème section)

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE 5002

ARGENSON Jean-Noël (PU-PH)
 BLONDEL Benjamin (PU-PH)
 CURVALE Georges (PU-PH) *Surnombre*
 FLECHER Xavier (PU-PH)
 PARRATTE Sébastien (PU-PH) *Disponibilité*
 ROCHWERGER Richard (PU-PH)
 TROPIANO Patrick (PU-PH)

OLLIVIER Matthieu (MCU-PH)

CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE 4702

BERTUCCI François (PU-PH)
 CHINOT Olivier (PU-PH)
 COWEN Didier (PU-PH)
 DUFFAUD Florence (PU-PH)
 GONCALVES Anthony (PU-PH)
 HOUVENAEGHEL Gilles (PU-PH)
 LAMBAUDIE Eric (PU-PH)
 SALAS Sébastien (PU-PH)
 VIENS Patrice (PU-PH)

SABATIER Renaud (MCU-PH)
 TABOURET Emeline (MCU-PH)

CARDIOLOGIE 5102

AVIERINOS Jean-François (PU-PH)
 BONELLO Laurent (PU-PH)
 BONNET Jean-Louis (PU-PH)
 CUISSET Thomas (PU-PH)
 DEHARO Jean-Claude (PU-PH)
 FRANCESCHI Frédéric (PU-PH)
 HABIB Gilbert (PU-PH)
 PAGANELLI Franck (PU-PH)
 THUNY Franck (PU-PH)

CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE 5202

BERDAH Stéphane (PU-PH)
 DELPERO Jean-Robert (PU-PH) *Surnombre*
 HARDWIGSEN Jean (PU-PH)
 MOUTARDIER Vincent (PU-PH)
 SEBAG Frédéric (PU-PH)
 SIELEZNEFF Igor (PU-PH)
 TURRINI Olivier (PU-PH)

BEGE Thierry (MCU-PH)
 BEYER-BERJOT Laura (MCU-PH)
 BIRNBAUM David (MCU-PH)
 DUONSEIL Pauline (MCU-PH)
 GUERIN Carole (MCU-PH)

CHIRURGIE INFANTILE 5402

GUYS Jean-Michel (PU-PH) *Surnombre*
 JOUVE Jean-Luc (PU-PH)
 LAUNAY Franck (PU-PH)
 MERROT Thierry (PU-PH)
 VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH)
 FAURE Alice (MCU-PH)
 PESENTI Sébastien (MCU-PH)

LOUIS-BORRIONE Claude (PR associé des Universités)

CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503

CHOSSEGROS Cyrille (PU-PH)
 GUYOT Laurent (PU-PH)

FOLETTI Jean-Marc (MCU-PH)

CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE 5103

COLLART Frédéric (PU-PH)
 D'JOURNO Xavier (PU-PH)
 DODDOLI Christophe (PU-PH)
 GARIBOLDI Vlad (PU-PH)
 MACE Loïc (PU-PH)
 THOMAS Pascal (PU-PH)

FOUILLOUX Virginie (MCU-PH)
 TROUSSE Delphine (MCU-PH)

**CHIRURGIE PLASTIQUE,
RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛLOLOGIE 5004**

CASANOVA Dominique (PU-PH)
 LEGRE Régis (PU-PH)
 BERTRAND Baptiste (MCU-PH)
 HAUTIER/KRAHN Aurélie (MCU-PH)

CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE 5104

ALIMI Yves (PU-PH)
 AMABILE Philippe (PU-PH)
 BARTOLI Michel (PU-PH)
 BOUFI Mourad (PU-PH)
 MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH)
 PIQUET Philippe (PU-PH)
 SARLON-BARTOLI Gabrielle (PU PH)

GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201

BARTHET Marc (PU-PH)
BERNARD Jean-Paul (PU-PH) retraite au 25/11/2019
BOTTA-FRIDLUND Daniëlle (PU-PH) Surnombre
 DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)
 GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)
 GRANDVAL Philippe (PU-PH)
 GRIMAUD Jean-Charles (PU-PH)
 SEITZ Jean-François (PU-PH)
 VITTON Véronique (PU-PH)

HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202

LEPIDI Hubert (PU-PH)
 LEPIDI Hubert (PU-PH)
 PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

GONZALEZ Jean-Michel (MCU-PH)

DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE 5003

BERBIS Philippe (PU-PH)
 DELAPORTE Emmanuel (PU-PH)
 GAUDY/MARQUESTE Caroline (PU-PH)
 GROB Jean-Jacques (PU-PH)
 RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)

GENETIQUE 4704

BEROUD Christophe (PU-PH)
 KRAHN Martin (PU-PH)
 LEVY Nicolas (PU-PH)
 SARLES/PHILIP Nicole (PU-PH)

DUSI

COLSON Sébastien (MCF)

NGYUEN Karine (MCU-PH)
 TOGA Caroline (MCU-PH)
 ZATTARA/CANNONI Héliène (MCU-PH)

BOURRIQUEN Maryline (MAST)
 EVANS-VIALLAT Catherine (MAST)
 LUCAS Guillaume (MAST)
 MAYEN-RODRIGUES Sandrine (MAST)
 MELLINAS Marie (MAST)
 ROMAN Christophe (MAST)
 TRINQUET Laure (MAST)

GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403

AGOSTINI Aubert (PU-PH)
BOUBLI Léon (PU-PH) Surnombre
 BRETELLE Florence (PU-PH)
 CARCOPINO-TUSOLI Xavier (PU-PH)
 COURBIERE Blandine (PU-PH)
 CRAVELLO Ludovic (PU-PH)
 D'ERCOLE Claude (PU-PH)

**ENDOCRINOLOGIE ,DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ;
GYNECOLOGIE MEDICALE 5404**

BRUE Thierry (PU-PH)
 CASTINETTI Frédéric (PU-PH)
 CUNY Thomas (MCU PH)

EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION 4601**HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION 4701**

AUQUIER Pascal (PU-PH)
 BERBIS Julie (PU-PH)
 BOYER Laurent (PU-PH)
 GENTILE Stéphanie (PU-PH)
 SAMBUC Roland (PU-PH) *Sumombre*
 THIRION Xavier (PU-PH)

BLAISE Didier (PU-PH)
 COSTELLO Régis (PU-PH)
 CHIARONI Jacques (PU-PH)
 GILBERT/ALESSI Marie-Christine (PU-PH)
 MORANGE Pierre-Emmanuel (PU-PH)
 VEY Norbert (PU-PH)

LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH)
 RESSEGUIER Noémie (MCU-PH)

DEVILLIER Raynier (MCU PH)
 GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)
 LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)
 LOOSVELD Marie (MCU-PH)
 SUCHON Pierre (MCU-PH)

MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte (MCF)(06ème section)
 TANTI-HARDOUIN Nicolas (PRAG)

POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

IMMUNOLOGIE 4703**MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603**

KAPLANSKI Gilles (PU-PH)
 MEGE Jean-Louis (PU-PH)
 OLIVE Daniel (PU-PH)
 VIVIER Eric (PU-PH)

BARTOLI Christophe (PU-PH)
 LEONETTI Georges (PU-PH)
 PELISSIER-ALICOT Anne-Laure (PU-PH)
 PIERCECCHI-MARTI Marie-Dominique (PU-PH)

FERON François (PR) (69ème section)

TUCHTAN-TORRENTS Lucile (MCU-PH)

BOUCRAUT Joseph (MCU-PH)
 CHRETIEN Anne-Sophie (MCU PH)
 DEGEORGES/MITTE Joëlle (MCU-PH)
 DESPLAT/JEGO Sophie (MCU-PH)
 ROBERT Philippe (MCU-PH)
 VELY Frédéric (MCU-PH)

BERLAND/BENHAÏM Caroline (MCF) (1ère section)

BOUCAULT/GARROUSTE Françoise (MCF) 65ème section)

MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905**MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503**

BENSOUSSAN Laurent (PU-PH)
 VITON Jean-Michel (PU-PH)

BROUQUI Philippe (PU-PH)
 LAGIER Jean-Christophe (PU-PH)
 MILLION Matthieu (PU-PH)
 PAROLA Philippe (PU-PH)
 STEIN Andréas (PU-PH)

MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

ELDIN Carole (MCU-PH)

BERGE-LEFRANC Jean-Louis (MCU-PH)
 SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

MEDECINE D'URGENCE 4805

KERBAUL François (PU-PH) *détachement*
 MICHELET Pierre (PU-PH)

MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT ; ADDICTOLOGIE 5301

BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH)
 DISDIER Patrick (PU-PH)
 DURAND Jean-Marc (PU-PH)
 EBBO Mikael (PU-PH)
 GRANEL/REY Brigitte (PU-PH)
 HARLE Jean-Robert (PU-PH)
 ROSSI Pascal (PU-PH)
 SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)
 BENYAMINE Audrey (MCU-PH)

MEDECINE GENERALE 5303

GENTILE Gaëtan (PR Méd. Gén. Temps plein)

CASANOVA Ludovic (MCF Méd. Gén. Temps plein)

ADNOT Sébastien (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)

GUIDA Pierre (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)

BARGIER Jacques (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

BONNET Pierre-André (MCF associé Méd. Gén à mi-temps)

CALVET-MONTREDON Céline (MCF associé Méd. Gén. à temps plein)

JANCZEWSKI Aurélie (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

NUSSLI Nicolas (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

THERY Didier (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps) (nomination au 1/10/2019)

NUTRITION 4404

DARMON Patrice (PU-PH)

RACCAH Denis (PU-PH)

VALERO René (PU-PH)

ATLAN Catherine (MCU-PH) disponibilité

BELIARD Sophie (MCU-PH)

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)

CHABANNON Christian (PR) (66ème section)

SOBOL Hagay (PR) (65ème section)

OPHTALMOLOGIE 5502

DENIS Danièle (PU-PH)

HOFFART Louis (PU-PH) Disponibilité

MATONTI Frédéric (PU-PH) Disponibilité

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 5501

DESSI Patrick (PU-PH)

FAKHRY Nicolas (PU-PH)

GIOVANNI Antoine (PU-PH)

LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH)

MICHEL Justin (PU-PH)

NICOLLAS Richard (PU-PH)

TRIGLIA Jean-Michel (PU-PH)

RADULESCO Thomas (MCU-PH)

REVIS Joana (MAST) (Orthophonie) (7ème Section)

NEPHROLOGIE 5203

BRUNET Philippe (PU-PH)

BURTEY Stéphanne (PU-PH)

DUSSOL Bertrand (PU-PH)

JOURDE CHICHE Noémie (PU PH)

MOAL Valérie (PU-PH)

NEUROCHIRURGIE 4902

DUFOUR Henry (PU-PH)

FUENTES Stéphane (PU-PH)

REGIS Jean (PU-PH)

ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)

SCAVARDA Didier (PU-PH)

CARRON Romain (MCU PH)

GRAILLON Thomas (MCU PH)

NEUROLOGIE 4901

ATTARIAN Sharham (PU PH)

AUDOIN Bertrand (PU-PH)

AZULAY Jean-Philippe (PU-PH)

CECCALDI Mathieu (PU-PH)

EUSEBIO Alexandre (PU-PH)

FELICIAN Olivier (PU-PH)

PELLETIER Jean (PU-PH)

MAAROUF Adil (MCU-PH)

PEDOPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE 4904

DA FONSECA David (PU-PH)

POINSO François (PU-PH)

GUIVARCH Jokthan (MCU-PH)

**PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE -
PHARMACOLOGIE CLINIQUE; ADDICTOLOGIE 4803**

BLIN Olivier (PU-PH)

FAUGERE Gérard (PU-PH) Surnombre

MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH)

SIMON Nicolas (PU-PH)

BOULAMERY Audrey (MCU-PH)

PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE 4502**PHILOSOPHIE 17**

RANQUE Stéphane (PU-PH)

LE COZ Pierre (PR) (17ème section)

CASSAGNE Carole (MCU-PH)

MATHIEU Marion (MAST)

L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH)

TOGA Isabelle (MCU-PH)

PHYSIOLOGIE 4402**PEDIATRIE 5401**

ANDRE Nicolas (PU-PH)

BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH)

CHAMBOST Hervé (PU-PH)

BREGEON Fabienne (PU-PH)

DUBUS Jean-Christophe (PU-PH)

GABORIT Bénédicte (PU-PH)

GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH)

MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH)

MICHEL Gérard (PU-PH)

TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH)

MILH Mathieu (PU-PH)

BARTHELEMY Pierre (MCU-PH)

OVAERT-REGGIO Caroline (PU-PH)

BONINI Francesca (MCU-PH)

REYNAUD Rachel (PU-PH)

BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH)

TSIMARATOS Michel (PU-PH)

DADOUN Frédéric (MCU-PH) (disponibilité)

DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)

COZE Carole (MCU-PH)

RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)

FABRE Alexandre (MCU-PH)

THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

TOSELLO Barthélémy (MCU-PH)

PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903**PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101**

BAILLY Daniel (PU-PH)

ASTOUL Philippe (PU-PH)

LANCON Christophe (PU-PH)

BARLESI Fabrice (PU-PH)

NAUDIN Jean (PU-PH)

CHANEZ Pascal (PU-PH)

CERMOLACCE Michel (MCU-PH)

GREILLIER Laurent (PU-PH)

PSYCHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PCYCHOLOGIE SOCIALE 16

REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)

AGHABABIAN Valérie (PR)

TOMASINI Pascale (MCU-PH)

RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE 4302**RHUMATOLOGIE 5001**

BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)

GUIS Sandrine (PU-PH)

CHAGNAUD Christophe (PU-PH)

LAFFORGUE Pierre (PU-PH)

CHAUMOITRE Kathia (PU-PH)

PHAM Thao (PU-PH)

GIRARD Nadine (PU-PH)

ROUDIER Jean (PU-PH)

JACQUIER Alexis (PU-PH)

MOULIN Guy (PU-PH)

THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE 4804

PANUEL Michel (PU-PH)

AMBROSI Pierre (PU-PH)

PETIT Philippe (PU-PH)

VILLANI Patrick (PU-PH)

VAROQUAUX Arthur Damien (PU-PH)

VIDAL Vincent (PU-PH)

STELLMANN Jan-Patrick (MCU-PH)

DAUMAS Aurélie (MCU-PH)

REANIMATION MEDICALE ; MEDECINE URGENCE 4802**UROLOGIE 5204**

GAINNIER Marc (PU-PH)

GERBEAUX Patrick (PU-PH)

PAPAZIAN Laurent (PU-PH)

ROCH Antoine (PU-PH)

BASTIDE Cyrille (PU-PH)

KARSENTY Gilles (PU-PH)

LECHEVALLIER Eric (PU-PH)

ROSSI Dominique (PU-PH)

HRAIECH ORN (Campus Timone)

MAJ 01.09.2019

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur F. Poinso, pour m'avoir fait l'honneur d'accepter de diriger ce travail et de présider le jury de thèse. Merci pour sa disponibilité, la qualité de ses conseils, et la confiance qu'il m'a accordé dans la réalisation de ce travail.

A Monsieur le Professeur D. Bailly, Monsieur le Professeur M. Milh et Monsieur le Docteur J. Guivarch, pour avoir accepté de consacrer du temps à la lecture de ce travail et de siéger dans le jury de thèse.

A Monsieur le Docteur M. Dugnat, pour l'intérêt qu'il a porté à ce travail et pour son investissement dans la psychiatrie périnatale.

Au Docteur Bonnauron, au Docteur Saugues et à l'équipe de l'unité parents-bébé de l'hôpital de Montfavet, pour m'avoir permis la passation des questionnaires au sein du service et pour les nombreux échanges cliniques.

A Madame Herbez et Madame Etancelin, documentalistes au centre hospitalier de Montfavet, pour leur aide précieuse dans les recherches documentaires.

Au service de reproduction de l'hôpital de Montfavet pour avoir réalisé l'impression de la thèse.

A ma mère, à Maud, à Nolwenn, à Romain pour les relectures et la mise en page.

Aux patients ayant accepté de participer à ce travail.

A l'ensemble des équipes rencontrées pendant mon internat.

A mes ami(e)s.

A ma famille.

A Camille. A Hippolyte.

SOMMAIRE

Introduction	5
Partie 1. La psychiatrie périnatale en France	6
1. Préambules	6
a. Généralités	6
b. Éléments historiques	6
c. Cadre législatif	8
2. Les politiques de santé publique en périnatalité	8
a. Recommandations HAS	8
b. L'entretien prénatal précoce	9
c. Actualités	10
3. Les différents dispositifs institutionnels de soin et les indications de prise en charge	10
a. Une réflexion d'intervention en niveaux	10
b. Spectre des interventions	12
4. Applications cliniques	14
a. Spécificités cliniques parentales	14
b. Le développement précoce de l'enfant	18
c. Le bébé et les modèles interactifs	26
d. Répercussions des syndromes psychiatriques sur le bébé	31
5. Les modalités d'approches thérapeutiques	34
a. Les traitements psychotropes	35
b. Les psychothérapies périnatales	35
c. Le travail institutionnel pour les hospitalisations conjointes	46
6. Le travail avec les partenaires	47
a. Les partenaires sociaux et la protection de l'enfance	47
b. Les partenaires médicaux et médico-sociaux	51
c. La justice	52
d. En parallèle, les réseaux périnatalité et les associations de santé périnatales	53
7. Les situations les plus dramatiques	53
Partie 2. Problématiques complexes	55
A. Familles en situation de vulnérabilité	55
1. Définition et enjeux	55
2. Les risques	56

a.	Pour les adultes	56
b.	Pour les enfants	56
B.	Maltraitance infantile	56
1.	Définitions	56
2.	Histoire et législation	61
3.	Données épidémiologiques	64
4.	Les facteurs de vulnérabilité	65
a.	Facteurs associés aux caractéristiques du contexte de vie des familles	65
b.	Conditions associées aux caractéristiques des figures parentales	66
c.	Conditions associées aux caractéristiques de l'enfant	66
5.	Les besoins de l'enfant	67
6.	Impact des négligences parentales sur le développement	68
a.	Impact chez le très jeune enfant (205)	69
b.	Signes secondaires sur le plan cognitif et social	70
c.	Conséquences secondaires sur la santé mentale et physique	70
d.	Conséquences cérébrales	71
7.	Différences des effets de la maltraitance physique et de la négligence et effet cumulatif de ces deux types de maltraitance	72
a.	Enfant d'âge pré-scolaire	72
b.	Chez l'enfant d'âge scolaire et l'adolescent	74
c.	Conséquences au long terme	78
C.	Difficultés rencontrées par les professionnels face aux situations où de la violence est présente	79
1.	Échappement aux soins et absence de demande de soins	79
2.	Conflits institutionnels	80
3.	Le questionnement éthique	80
D.	Illustrations cliniques	82
1.	Madame E, Monsieur F et Théo	82
2.	Madame M et Marcel	87
3.	Mr et Mme O, Lilou et Lucas	94
4.	Monsieur H, Madame B et Mélodie	99
	Partie 3. Regards sur l'alliance de travail	105
A.	Alliance thérapeutique	105
1.	Historique, concepts, définition	105
a.	Définition selon les auteurs	105
b.	Un ingrédient essentiel	109

c. Un modèle de supervision centré sur l'alliance thérapeutique	110
2. Apports des différentes théories psychothérapeutiques au concept d'alliance thérapeutique	110
a. La théorie psychanalytique	110
b. Les thérapies cognitives et comportementales	111
c. La relation centrée sur le patient	111
d. Les thérapies systémiques	112
e. Les apports de la théorie de l'attachement (59)(60)(271)(272)	113
3. Les différentes échelles d'alliance	114
a. Vanderbilt scales	114
b. Pennsylvania alliance scales	115
c. California psychotherapy alliance scale, CALPAS	115
d. Working alliance inventory, WAI	116
4. La construction de l'alliance	116
a. Alliance et intersubjectivité	117
b. La négociation de l'alliance	117
c. Savoir s'autoréguler émotionnellement	118
d. Savoir réguler la relation	118
5. Alliance et thérapie avec les familles	119
6. Alliance et familles dans lesquelles l'enfant est confronté à de la maltraitance ou de la négligence	123
a. Travail sur le modèle de la co intervention	123
b. Travail sur les représentations des soignants	124
c. Travail sur le cadre, les différents niveaux de cadre	124
B. Passation d'une échelle d'alliance thérapeutique à l'unité parents-bébé de l'hôpital de Montfavet	127
C. Discussion	130
Conclusion	134
Bibliographie	135
ANNEXES	160
Annexe 1	160
Annexe 2	163
LISTE DES ABREVIATIONS	166

Introduction

Il est aujourd'hui admis que les phénomènes de maltraitance et de négligence envers le bébé engendrent des conséquences à court et long terme sur son développement.

L'alliance thérapeutique, élément essentiel à la réussite des soins, peut être mise à mal dans ces situations où maltraitance et négligence envers le bébé sont présentes. La question abordée dans ce travail est la suivante :

Comment construire une alliance thérapeutique en soins conjoints périnataux lorsqu'il existe une problématique de maltraitance envers l'enfant ?

Nous aborderons dans un premier temps les spécificités cliniques de la psychiatrie périnatale, ainsi que le dispositif de soin et les politiques de santé dans ce domaine. Puis la deuxième partie portera sur la question de la maltraitance à enfant, en s'attachant aux conséquences spécifiques de la négligence et aux différences de conséquences entre maltraitance et négligence, domaines encore peu connus. La dernière partie de ce travail traitera de l'alliance thérapeutique et de sa construction avec les familles en situation de vulnérabilité.

Nous illustrerons ces éléments théoriques avec des vignettes cliniques ainsi qu'une discussion suite à la réalisation d'une étude expérimentale à l'Unité Parents-Bébé de l'hôpital de Montfavet.

Partie 1. La psychiatrie périnatale en France

1. Préambules

a. Généralités

La psychiatrie périnatale se situe à l'interface entre 2 disciplines principales : la psychiatrie de l'adulte et le développement de l'enfant. Elle est en lien avec l'obstétrique et la pédiatrie. Elle étudie les troubles psychiques survenant pendant la grossesse et la période du post-partum (période qui s'étend, en termes de psychiatrie périnatale, du début de la grossesse jusqu'à la fin de la première année après l'accouchement), les troubles des interactions parents-bébé et les troubles du développement de l'enfant de 0 à 18 mois. Elle s'intéresse à la parentalité et à l'impact des troubles de la parentalité sur le développement de l'enfant. (1)

Le parcours de soin du nourrisson et de la famille se construit dans la pluridisciplinarité en répondant à la diversité des besoins des familles, en intégrant les dimensions sociale et culturelle. (1)

b. Éléments historiques

Dès l'Antiquité avait été remarqué que, durant la période périnatale, la femme est en situation de vulnérabilité psychique (1). C'est en France au XIX^{ème} siècle que les premiers écrits scientifiques portant sur les troubles périnataux sont publiés. Esquirol écrit sur ce sujet en 1838 (2), puis Louis Victor Marcé en 1858 (3), avec le *Traité de la folie des femmes enceintes, des nouvelles accouchées et des nourrices*. Dans ce traité, il discute du lien entre la période périnatale et le développement d'une maladie mentale, de la prépondérance des troubles de l'humeur pendant cette période, des troubles mentaux comme facteurs de risque obstétricaux, et des liens entre une pathologie psychiatrique maternelle et le développement de l'enfant. Il aborde même un questionnement éthique : l'avortement en cas de pathologie mentale.

L'intérêt porté à la discipline ne reviendra que bien plus tard, au Royaume-Uni, avec l'ouverture des unités mère-enfant après la Seconde Guerre Mondiale (4). Le constat et les réflexions portés suite à l'évacuation des enfants pendant le Blitz de Londres révélant l'effet délétère de la séparation parents-enfant ont impulsé l'ouverture

de ces premières unités. La première hospitalisation en Angleterre a lieu avec Main en 1948 (5), qui accepta qu'une mère déprimée soit hospitalisée avec son nourrisson alors qu'elle n'avait pas trouvé de mode de garde pour celui-ci. En parallèle, l'élaboration de la théorie de l'attachement par J. Bowlby et les travaux des pédiatres et psychanalystes comme D. Winnicott, que nous développerons ultérieurement, apportent des éléments novateurs dans le même registre.

Les premières hospitalisations conjointes apparaissent en France en 1961 et sont réalisées par P-C. Racamier dans l'Oise (6). Myriam David est la première pédopsychiatre en France qui inaugure une recherche sur l'impact des troubles psychiatriques parentaux sur les interactions parents-bébé. Avec Serge Lebovici, elle développe par la suite les unités de soins à domicile, ayant pour objectif d'éviter le placement précoce des enfants de parents souffrant de troubles mentaux. La première unité temps plein mère-enfant est ouverte en 1979 à Créteil (1).

D'un point de vue du développement scientifique, la discipline "psychiatrie périnatale" se développe dans les années 1970 (7)(8), aussi avec les psychiatres anglo-saxons. Le terme "psychiatrie périnatale" est utilisé pour la première fois en 1972 (9), même si les premiers articles référencés pour la psychose puerpérale datent de 1950 (10) (11) et que Pitt (12) commence à individualiser le concept de dépression postnatale en 1968.

La Marcé Society, "an international society for the understanding prevention and treatment of mental illness related to childbearing", est créée en 1980 par Kumar, Brockington et Paykel (1).

Dans ce contexte apparaît une dynamique de recherche autour des deux pathologies représentant les paradigmes de la psychiatrie périnatale à l'époque : les psychoses puerpérales et les dépressions postnatales. Ces premières recherches sont principalement réalisées par des psychiatres ou psychologues de l'adulte, le bébé et le contexte spécifique de la période d'accès à la parentalité sont alors peu étudiés (1).

C'est à partir de 1985 que les psychiatres et psychologues du développement vont s'intéresser à la dépression du post-partum avec comme objectif l'étude des caractéristiques des relations précoces mère-enfant (13)(14).

A partir des années 1990, les modèles de développement bio-psycho-sociaux se développent, en référence au modèle diathèse-stress de Brown et Harris en 1982 (15). Ces modèles ont été étudiés dans la dépression du post partum et permettent de mettre en perspective les facteurs de vulnérabilité personnels, de l'environnement, et interpersonnels de l'individu dans la genèse des troubles. Des modèles de ce type mettent en évidence la nécessité du travail multidisciplinaire, comme l'a souligné la Marcé international Society (16).

c. Cadre législatif

Le cadre législatif de la psychiatrie périnatale en France apparaît dans les années 1990. Dans la circulaire n°70 du 11 décembre 1992 (17) relative à l'orientation de la politique de santé mentale en faveur des enfants et des adolescents, le ministère de la santé met l'accent sur l'importance de la prévention des troubles mentaux de la mère dans le cadre des distorsions du lien mère-enfant et insiste sur la nécessité de favoriser les solutions mère-enfant, entre autres les unités d'hospitalisation mère-enfant.

En 1993, l'Organisation mondiale de la santé, avec son "Rapport sur les aspects psychosociaux de la santé mentale des femmes", met un focus sur "l'importance des troubles psychiatriques gravidopuerpéral et sur l'impérieuse nécessité de conduire des recherches dans ce domaine pour proposer des mesures préventives".

2. Les politiques de santé publique en périnatalité

a. Recommandations HAS

En perspective de la circulaire de 1992, le plan d'actions Psychiatrie santé mentale de 2003 (18) (proposition III-05) souligne la nécessité de l'existence d'une structure médico-psychologique dans toutes les maternités.

Par ailleurs les différents plans de périnatalité, notamment le plan 2005 à 2007 "Humanité, proximité, sécurité, qualité" (19) prévoit le recrutement de psychologues

travaillant en collaboration étroite avec les équipes d'obstétrique, de médecine néonatale, de psychiatrie de l'enfant et de l'adulte.

Ce plan insiste sur la prise en charge de proximité des situations à haut risque psychique et/ou social. Il souligne également la nécessité du développement du travail en réseau de périnatalité, et mentionne "qu'un soutien précoce et de qualité à la parentalité, dès le pré et le post-partum, constitue un facteur de prévention".

Ce même plan prévoit des recommandations pour la pratique clinique sur le suivi de grossesse normale. Ainsi, la déclaration de grossesse doit être effectuée avant la 15^{ème} semaine. Sept examens prénataux (réalisés par sages-femmes ou médecins) sont obligatoires, chacun comprenant une série de tests et une grille d'évaluation des facteurs de risque. Le premier est conseillé avant la 10^{ème} semaine. Doit s'ajouter à ces examens un entretien du 4^{ème} mois (entretien prénatal précoce, abordé dans le chapitre suivant), permettant une évaluation psychosociale pour évaluer et répondre aux besoins des parents et les référer à diverses ressources du milieu. Sont aussi recommandées des séances collectives de préparation à l'accouchement, généralement données par des sages-femmes selon une approche éducative et préventive ; ainsi que des suivis à domicile pré et post-accouchement par les sages-femmes. (20)

b. L'entretien prénatal précoce

En 2004, le rapport Molénat (21) a permis la mise en place de l'entretien prénatal précoce dont les objectifs sont « d'accrocher et/ou (de) maintenir la confiance dans le système afin que les parents puissent mettre au monde l'enfant dans les meilleures conditions de sécurité émotionnelle et qu'ils puissent faire appel ultérieurement si besoin ». Cette rencontre doit « permettre aux parents d'exprimer leurs attentes, leur projet de naissance, leurs questions, leurs craintes éventuelles ».

La circulaire DHOS/GDS/02/6C n° 2005-300 du 4 juillet 2005 (22), promeut la collaboration médico-psychologique en périnatalité, avec la proposition de cet entretien prénatal précoce pour toutes les femmes enceintes comme première séance de la préparation à la naissance et à la parentalité, ayant pour objectif entre autres de

définir les forces et les vulnérabilités du couple dans le contexte de l'accès à la parentalité.

Ce n'est pas un entretien psychothérapeutique et il doit être mené par un professionnel de la naissance et non par un psychologue ou un psychiatre. C'est un moment privilégié pour permettre une accroche avec la patiente.

c. Actualités

- Un territoire inégalement pourvu en structures de soins.

L'offre de soins en santé périnatale en France est inégalement répartie. En avril 2019, 15 unités mère-bébé temps plein, 15 unités mère-bébé hôpital de jour et 2 unités périnatalité addictologie sont répertoriées et réparties sur 8 régions. Trois régions sont totalement dépourvues de soins périnataux, et au sein des régions bénéficiant de structures, certains départements sont très éloignés géographiquement de ces structures de soins. (23)

- La commission des mille premiers jours.

En septembre 2019, le Président de la République en présence du secrétaire d'État auprès de la ministre des Solidarités de la Santé a installé un comité d'expert chargé de travailler avec l'ensemble des acteurs pour rassembler toutes les connaissances et formuler des préconisations sur les politiques publiques qui peuvent être menées pour accompagner les parents, du quatrième mois de grossesse jusqu'aux 2 ans de leur enfant. Il a inscrit la question des 1000 premiers jours de l'enfant au cœur de l'action du gouvernement, les progrès scientifiques légitimant un investissement le plus précoce possible dans cette période de la vie. (24)

3. Les différents dispositifs institutionnels de soin et les indications de prise en charge

a. Une réflexion d'intervention en niveaux

Les dispositifs institutionnels de soins en psychiatrie périnatale sont organisés en trois niveaux, allant des consultations spécialisées aux hospitalisations mère-enfant (parent-enfant) (1).

- **Niveau 1**

Les femmes souffrant de troubles mentaux légers ou de troubles spécifiques du lien mère-enfant sont généralement suivies au sein de services de consultations spécialisées, par des services d'hospitalisation à domicile (1), ou en libéral éventuellement. Les soins vont être axés sur les prises en charge des pathologies du très jeune enfant en lien avec les troubles relationnels précoces. Ces services de consultations spécialisées et d'hospitalisation à domicile sont habituellement rattachés aux services de pédopsychiatrie. L'adressage provient souvent des services de la Protection Maternelle et Infantile, de la maternité, des sages-femmes libérales et des professionnels médicaux libéraux.

- **Niveau 2**

Il s'agit des prises en charge en hôpitaux de jour. Les soins en hôpitaux de jour sont adaptés pour les femmes dont la pathologie est suffisamment invalidante et nécessite un étayage plus important que celui qui se ferait en ambulatoire ou au domicile ; ou pour les femmes qui, après une hospitalisation temps plein, nécessitent encore un soutien rapproché (1). Les hôpitaux de jour sont composés d'une équipe de soin spécifique avec un médecin responsable pédopsychiatre. Différents types de soins peuvent y être délivrés : ateliers (groupe de parole, cuisine, conte, écriture...), approches corporelles (piscine, berceuse, haptonomie, massage du bébé et/ou de la mère...), observations thérapeutiques (méthode d'Esther Bick, d'Emmi Pikler, vidéo-analyse...), psychothérapie, psychomotricité, soins plus informels... Cette prise en charge nécessite aussi un important travail de réunion d'équipe permettant de confronter les représentations et vécus de chacun.

- **Niveau 3**

Le dernier niveau de soins conjoints sont les soins hospitaliers spécialisés en Unité Mère Enfant (UME) (1) ou Unité Parent Bébé (UPB) ou Unité Parent Enfant

(UPE). La réflexion sur l'indication d'une hospitalisation mère-bébé porte sur l'objectif de cette hospitalisation. Il peut être la prévention, les soins, l'évaluation mais également la mise en place d'une protection du bébé en cas de carences de soins ou de maltraitance.

L'indication classique d'une hospitalisation conjointe à temps plein est la survenue d'un trouble psychiatrique aigu : un trouble de l'humeur avec ou sans éléments psychotiques associés. Les autres indications typiques sont la rechute d'une pathologie psychiatrique connue, ou l'accompagnement d'un trouble des interactions dans le cadre d'une pathologie mentale maternelle comme la schizophrénie ou un trouble de la personnalité type borderline.

Des parents peuvent aussi être hospitalisés avec leur bébé en cas de déficience intellectuelle parentale.

Dans certains cas, une alternative à l'hospitalisation en unité spécifique quand cela n'est pas réalisable est la prolongation de la durée d'hospitalisation dans le service de maternité, ou une ré-hospitalisation dans le service de maternité où s'est déroulé l'accouchement (1).

b. Spectre des interventions

- **Situations en lien avec les circonstances obstétricales**

Des situations fréquentes de prise en charge en HDJ ou en UME sont les situations en lien avec des circonstances obstétricales vécues comme traumatiques (grossesse multiple, handicap du bébé, grande prématurité...). Après une longue hospitalisation en néonatalogie, l'hospitalisation parent-bébé peut être un palier intermédiaire avant le retour à domicile afin que les parents puissent tisser dans un milieu soutenant des liens sécurisants pour chacun (25). Les structures spécialisées peuvent être sollicitées en cas de deuil périnatal (enfant mort-né, fausse couche spontanée (FCS), mort fœtale in utero (MFIU), interruption volontaire de grossesse (IVG), interruption médicale de grossesse (IMG), réduction embryonnaire). Les modalités de prise en charge seront variables en fonction des attentes des parents.

- **Interventions pendant la grossesse**

Certaines structures de soins, quel que soit le niveau d'intervention, peuvent accueillir des patientes enceintes présentant une pathologie mentale (schizophrénie, antécédent de trouble de l'humeur et de décompensation en post-partum, trouble de la personnalité) pour lesquelles un accompagnement en anténatal est judicieux au regard du risque de rechute. Une hospitalisation préventive en HDJ ou temps plein est souvent réalisée dès la sortie de la maternité.

D'autres situations de prise en charge pendant la grossesse sont celles liées à un contexte de grossesse difficile (précarité sociale, déni de grossesse, grossesse non désirée, conflits familiaux ou de couple, complications médicales de la grossesse).

La prise en charge des femmes enceintes nécessite une bonne connaissance des réseaux de soins spécialisés et des bénéfices et risques liés à la prescription des psychotropes pendant la grossesse (1).

- **Les pères**

En ce qui concerne les pères, Il est maintenant connu qu'il est important de prendre soin du père et de son vécu de parentalité. Il y a une volonté d'impliquer le père dans le projet thérapeutique de la mère et dans les soins au bébé. L'unité de Marseille a d'ailleurs eu ce projet d'accueillir les pères dès sa fondation en 1983. (26). Lorsque les soins concernent la mère en hospitalisation complète, une attention particulière est portée au fait que le père ne se retrouve pas séparé du nouveau-né. (26)

Par ailleurs les différentes structures les accueillent davantage ces dernières années dans le cadre de troubles spécifiques apparaissant chez eux dans la période du post-partum, et non plus seulement en tant que partenaire de la femme malade. Les équipes des unités parents-bébé ont maintenant conscience qu'il est important de se préoccuper de la santé mentale du père, que ce soit en termes préventif ou curatif. (27)

Les dispositifs spécialisés ne fonctionnent pas isolément. Le réseau de soins qui s'est constitué en anténatal (dans le meilleur des cas) avec les équipes d'obstétriques dans les services de maternité et qui se poursuit pendant et après les soins spécifiques avec les services de pédiatrie, de PMI, de psychiatrie de l'enfant et

de l'adulte, les services sociaux et les équipes éducatives est essentiel à la continuité des soins, si importante pour l'enfant et ses parents. Nous traiterons dans une partie ultérieure des différents partenaires des professionnels de la psychiatrie périnatale.

4. Applications cliniques

Nous aborderons dans ce chapitre les pathologies puerpérales parentales et leurs répercussions sur le bébé. Afin de cerner l'articulation entre ces deux grandes thématiques, nous développerons également les grandes lignes du développement précoce de l'enfant ainsi que les spécificités cliniques des interactions parents-bébé.

a. Spécificités cliniques parentales

- La mère

Les études épidémiologiques relèvent que la période périnatale est une période de grande vulnérabilité psychique (28)(29). Une femme a trois fois plus de risques de présenter un trouble mental dans les trois mois qui suivent la naissance d'un enfant qu'à tout autre moment de sa vie (30).

Les troubles psychiatriques de cette période n'ont pas de reconnaissance spécifique au sein de certaines classifications, présentation et gravité étant assez hétérogène, qu'il s'agisse de la grossesse ou du post-partum. Le DSM 5 (31) ne reconnaît pas la dépression du post-partum comme un diagnostic à part entière, mais comme une spécificité des troubles dépressifs. La CIM 10 (32), quant à elle, présente un item spécifique "Troubles mentaux et du comportement légers associés à la puerpéralité, non classés ailleurs". Nous décrivons ici les situations qui, par leur fréquence d'apparition ou leurs caractéristiques cliniques, restent les plus emblématiques de la grossesse et du post-partum.

Pendant la grossesse

La fréquence des **troubles dépressifs** est variable selon les auteurs. La plupart s'accordent pour dire qu'elle est importante, avec au moins 10 % des femmes enceintes présentant des manifestations franchement dépressives (33). La symptomatologie n'est pas spécifique de la grossesse, hormis la culpabilité centrée sur le fœtus et le sentiment d'incapacité maternelle. L'intensité de l'épisode dépressif caractérisé est le plus souvent légère ou moyenne. Les dépressions mélancoliques seraient bien plus rares. (34)

Les **troubles anxieux** apparaissent principalement au premier ou au troisième trimestre. Ils représentent 5 à 15 % des femmes dans la période prénatale. L'anxiété spécifique de la grossesse se définit par des inquiétudes et des préoccupations se rapportant directement à la grossesse et qui sont souvent tributaires de soucis environnementaux. (34)

Le **déni de grossesse** concerne environ 3 femmes enceintes sur 1000. Il n'y a pas de profil privilégié de femme à risque. Le déni de grossesse n'est pas lié à un antécédent de pathologie psychiatrique. Il se définit par la non prise de conscience de l'état de grossesse après 22 semaines d'aménorrhée (déni partiel), et parfois jusqu'à l'accouchement (déni total). Il se différencie du phénomène de dissimulation de la grossesse pouvant être retrouvé lors de grossesse chez une adolescente ou lorsque l'environnement est hostile à une grossesse. Cliniquement, la grande majorité des dénis de grossesse ne sont associés à aucune modification corporelle (35).

En post-partum

Le post-partum est un moment de particulière vulnérabilité sur le plan affectif. Les complications psychiatriques sont plus nombreuses pendant cette période que pendant la grossesse.

Le **post-partum blues**, ou **baby-blues** survient fréquemment après la naissance de l'enfant. Il concerne, selon les auteurs, 30 à 80 % des accouchées. Il s'agit d'un phénomène bénin, considéré comme adaptatif, qui comporte une variabilité

d'altérations psychiques comme la labilité de l'humeur, l'irritabilité, l'hypersensibilité ou les troubles du sommeil.

Ces troubles sont classiquement associés aux grands changements hormonaux qui surviennent normalement au décours de l'accouchement, même si ceux-ci ne peuvent pas expliquer de façon isolée la présentation clinique. Il s'agit d'un syndrome complexe, parfois associé à cet état de "lien magique" avec l'enfant souvent évoqué par les mères.

Le phénomène reste généralement limité dans le temps, il est rare qu'il dépasse une semaine et il ne nécessite pas de prise en charge spécifique. S'il se prolonge dans le temps ou devient trop intense, une évaluation spécialisée devient nécessaire. (34)

La prévalence des **épisodes dépressifs caractérisés** est selon la plupart des études de 10 à 20 % (36)(37). Des études plus récentes observent des prévalences plus faibles selon la gravité de la dépression (2 à 10%) (38). D'autres études retrouvent des prévalences de 10 à 15 %, avec un risque plus élevé dans les populations où des difficultés socio-économiques sont présentes (39) (40). En France, une seule étude de prévalence a été réalisée (41), retrouvant un taux à 11%. L'échelle utilisée pour cette étude Française est l'Échelle de dépression postnatale d'Edimbourg (42) (43).

Le pic de survenue de l'épisode dépressif est entre 3 et 6 semaines après l'accouchement. Selon le DSM 5, l'épisode a commencé dans les 4 semaines après l'accouchement, et selon la CIM 10, 6 semaines après l'accouchement. La période de 1 an après le post-partum est généralement prise en compte, l'incidence variant si la durée considérée du post-partum est plus courte (44).

La clinique de ces états dépressifs est classique, mais avec un contenu qui s'associe davantage au nouveau-né : un sentiment de découragement et d'incapacité concernant la fonction maternelle, une forte culpabilité avec minimisation de symptômes, et des plaintes physiques parfois au premier plan. (35)

La **manie puerpérale** peut être comprise comme un mécanisme de défense face à un état mélancolique sévère avec lequel il n'est pas rare qu'elle alterne, dans des cycles plus ou moins rapides. Elle concerne 1 naissance sur 1000. L'épisode débute le plus souvent de façon brutale, dans les semaines après l'accouchement,

avec une symptomatologie bruyante comportant des idées de toute puissance et de mégalomanie. (34)

La **psychose puerpérale**, pouvant se situer à mi-chemin entre les troubles thymique et délirant, représente un à deux cas pour mille naissances. L'apparition est généralement précoce après l'accouchement. Il s'agit d'un tableau clinique qui suit celui de "l'épisode psychotique bref" de la classification du DSM 5, caractérisé par un début brutal, une symptomatologie polymorphe et labile, notamment sur le plan thymique et comportemental, avec apparition parfois d'éléments oniroïdes, voire confusionnels, la présence d'un délire à thématique généralement concordante avec la naissance et la relation à l'enfant, et un pronostic favorable. Une complication rare mais grave est l'infanticide. (34) (35)

Pour les autres pathologies mentales comme la schizophrénie ou les troubles de la personnalité, il n'y a pas d'impact de la grossesse ou du post-partum sur le processus de la maladie. En revanche la situation de parentalité comme facteur de stress imposant des adaptations émotionnelles importantes est un facteur de risque majeur de décompensation de la pathologie dans les trois mois qui suivent la naissance. (45)

- Le père

Comme nous l'avons précédemment évoqué, la psychiatrie périnatale étudie depuis quelques années les troubles présentés par les pères pendant cette période. Jusqu'aux années 1990, le père était surtout considéré comme facteur de soutien ou de vulnérabilité pour sa femme. Des travaux sont par la suite apparus concernant la psychologie de la paternité (46) et la psychopathologie des pères (47). Les études de Ballars et al (48) montrent que les partenaires de femmes déprimées ont plus de risques de l'être eux aussi. Une autre étude (49) relève que la moitié des partenaires de femmes souffrant d'un trouble grave du post-partum type psychose du post-partum présentent un trouble psychiatrique. D'autres études (50) retrouvent que la prévalence

de la dépression du post-partum chez le père est d'environ 10 %. Ainsi la question de la spécificité des pathologies du post-partum chez le père se pose comme chez la mère.

La capacité à affronter le moment de l'arrivée d'un enfant dépendra de nombreux éléments, certains propres au père, d'autres externes à lui. On peut ainsi parfois voir la paternité agir en tant que déclencheur de décompensations psychiques d'ordre divers (34).

Les modalités cliniques des troubles sont variées, pouvant aussi bien s'agir d'un premier épisode que d'une rechute. Les symptômes prédominants seraient, soit du registre délirant, soit du registre dépressif, avec des thématiques pouvant inclure la mégalomanie, la culpabilité, la jalousie, le doute sur la paternité, la négation de celle-ci, la négation de l'enfant ou au contraire une thématique d'enfantement (51)(52).

En ce qui concerne la temporalité, les phénomènes délirants sont souvent proches du moment de l'accouchement, mais peuvent aussi bien apparaître avant ou après celui-ci, sans pour autant en perdre le lien. (34)

Le syndrome de la couvade (couvade masculine), a été introduit en psychiatrie à partir d'observations de soldats qui développaient, tout en étant loin de leur femme, des symptômes principalement abdominaux lorsque l'accouchement approchait. Ce syndrome peut être compris comme une manifestation somatique des complexes phénomènes psychiques qui se mettent en place à ce moment : anxiété, identification à l'enfant, rivalité par rapport à la femme, ambivalence par rapport à la paternité, fantasmes d'accouchement (53).

b. Le développement précoce de l'enfant

Les trois premières années de la vie représentent la période majeure du développement moteur, cognitif, émotionnel, interpersonnel et des liens d'attachement. Cette période aboutit à la constitution d'un être humain, sociable, doté de langage, et chez lequel on peut observer dès l'âge de deux à trois ans de

nombreuses fonctions déjà matures. A la suite des apports de la psychologie expérimentale sur les compétences sensorielles, cognitives et interactives précoces, la question du développement précoce est devenue centrale en psychologie et en psychopathologie. (54)

- Le développement psychomoteur

Il n'est pas possible d'isoler le développement psychomoteur de l'enfant de ses aspects cognitifs et affectifs. Le développement de l'enfant dépend en effet de multiples paramètres, neurologiques, musculaires, cognitifs, relationnels et événementiels. (54)

Dans les premières semaines de vie, l'enfant présente une hypertonie physiologique des membres et une hypotonie axiale. Il doit être contenu, tenu et soutenu pour entrer dans des interactions qui l'amèneront à bien se développer.

La motricité est gouvernée par les réflexes archaïques : réflexe de Moro aux bruits, grasping réflexe, marche automatique, réflexe de succion. Ces réflexes disparaissent peu à peu grâce à la maturation du système nerveux pendant tout le premier trimestre. L'enfant acquiert alors une activité plus volontaire et maîtrisée, orientée vers des buts liés à son désir de communiquer avec son environnement.

L'acquisition de nouvelles capacités motrices est, comme nous le développerons plus tard, étroitement dépendante de la qualité des interactions que les parents proposent à l'enfant et de leur désir qu'il progresse et s'autonomise, mais aussi de l'intégrité des structures neuromotrices de l'enfant. (54)

L'enfant rentre au départ surtout dans des processus d'imitation immédiate, qui sont remplacés par des imitations différées puis par des jeux plus symboliques et créatifs.

La marche est généralement acquise entre 10 et 15 mois. L'enfant peut alors découvrir le monde, gérer l'espace, mieux maîtriser les situations et laisser libre cours à sa curiosité. Ces activités exploratoires l'amènent à être de plus en plus autonome, d'abord en présence de ses parents puis en l'absence de ceux-ci.

L'autre axe de développement moteur important est celui de la préhension des objets qui évolue progressivement entre la naissance et la fin de la première année.
(54)

- Le développement cognitif

Selon Piaget (55), la conception de l'intelligence est linéaire et cumulative, systématiquement liée, stade après stade, à l'idée d'acquisition et de progrès. Il divise le développement cognitif de l'enfant en 4 stades :

1. La période de l'**intelligence sensorimotrice** (de la naissance à 2 ans), divisée en 6 stades.
2. La période de l'**intelligence préopératoire** (de 2 à 6 ans), divisée en 2 stades.
3. La période des **opérations concrètes** ou de l'**intelligence opératoire** (de 6 à 10 ans).
4. La période des **opérations formelles** (de 10 à 16 ans).

Ce "modèle de l'escalier" sera par la suite remis en cause, avec l'idée que plutôt qu'une ligne droite qui mène du sensorimoteur à l'abstrait, l'intelligence avance de façon irrégulière et non linéaire.

- Le développement affectif

L'axe central du développement affectif est celui de l'autonomisation progressive de l'enfant qui va se différencier de ses parents. Il va petit à petit prendre conscience de ses propres possibilités de perception.

C'est sur la confiance que se bâtissent les échanges père-mère-bébé. Chacun renvoie à l'autre une bonne image de lui-même. L'enfant fait de ses parents des "parents", et ceux-ci lui renvoie une bonne image de lui-même.

Le développement affectif de l'enfant est un chemin long et complexe qu'il est difficile de simplifier en résumé à une seule théorie. Nous allons brièvement aborder le sujet avec les grandes lignes des principaux auteurs en la matière.

Freud (56) a décrit en 1905 des stades de développement qui sont caractérisés :

- Par l'investissement d'une zone érogène dans laquelle se concentre l'énergie des pulsions de l'enfant et par laquelle il emmagasine un maximum de plaisir.
- Par un type particulier de relation aux parents, duelle puis triangulée et caractérisée par un type donné de fonctionnement psychique.

Pour Freud, ces stades se succèdent sans être discontinus, chaque stade amenant des acquis sur lesquels l'enfant s'appuie pour entrer dans le stade suivant et acquérir de nouvelles capacités à gérer la relation à l'autre.

Il définit les trois instances de l'appareil psychique : le ça, le surmoi et le moi. Et il décrit les trois stades fondamentaux : le stade oral de 0 à 12-18 mois, le stade anal de 18 mois à 3 ans, le stade phallique et le complexe d'Œdipe de 3 à 5 ans ; ainsi que la phase de latence de 5 à 12 ans et l'adolescence après la puberté.

Spitz est un psychanalyste qui a établi une psychologie du développement à partir des théories embryologiques décrivant des organisateurs. Selon lui, il existe des organisateurs précoces qui sont des clés permettant de mettre progressivement en place des capacités pour l'enfant à maturer certaines fonctions ; (57)

- Le premier organisateur est le **sourire-réponse** qui se met en place aux alentours de 3 mois. Le bébé réagit par un sourire à un visage humain souriant. Ce comportement correspond à un début d'appréhension du monde externe.
- Le deuxième organisateur est l'**angoisse de l'étranger** vers 8 mois. Cette angoisse correspond au fait que l'enfant peut comparer le visage d'un étranger et celui de sa mère. Il est angoissé s'il ne reconnaît pas le visage de celle-ci. Il prend conscience d'une réalité externe et reconnaît progressivement les différences entre lui et les autres.

- Le troisième organisateur est le **“non”**, que l'enfant prononce aux alentours de 18 mois. Il se pose comme un être distinct de sa mère, sujet capable de penser ce qu'on lui demande, de marquer sa place.

Bowlby et les travaux sur l'attachement

Harlow, éthologiste anglais, a étudié le comportement de certains singes. Il mit les bébés singes dans un environnement avec :

- un fil de fer recouvert de fourrure et ne pouvant pas nourrir les bébés singes
- un fil de fer avec une tétine de lait et ne disposant pas de fourrure.

Il apparaît que le bébé singe se rapproche du fil de fer recouvert d'une fourrure qui ne peut pas le nourrir et que ce n'est que quand la faim le tenaille qu'il se rapproche de la tétine de lait.

Il prouve que le bébé singe a besoin de s'attacher à un personnage maternel au-delà de son besoin d'autoconservation. (54)

Bowlby reprend les travaux de Harlow et décrit le besoin d'attachement du bébé à sa mère, à la base d'un certain nombre de comportements d'attachement caractéristiques de l'espèce (babiller, s'accrocher, sourire, pleurer) (58) (59) (60). Ces comportements ont pour but de maintenir à proximité l'adulte s'occupant de l'enfant (*caregiver* ou figure d'attachement), lors d'une situation de stress.

Différents patterns d'attachement ont été décrits par Mary Ainsworth dans le cadre d'une situation expérimentale qu'elle a mis en place : "la situation étrange". (61) La Situation Étrange est composée de huit séquences de trois minutes comportant deux séparations de la figure d'attachement et des contacts avec une personne non familière, en présence et en l'absence de cette figure d'attachement. Elle consiste à mettre l'enfant dans une situation de détresse afin d'évaluer ses stratégies d'attachement. Les différents types d'attachement décrits suite à cette expérimentation sont :

- *L'attachement sécure* : C'est la qualité optimale de l'attachement : les besoins d'attachement sont exprimés librement. Les enfants sécures utilisent leur figure d'attachement comme base de sécurité. Certains enfants sécures ressentent une détresse lorsqu'ils sont laissés seuls ou avec un inconnu ; l'expression de cette

détresse constitue un appel à la figure d'attachement dont la présence les rassure. Les enfants sécures manifestent du plaisir à retrouver leur figure d'attachement, ils acceptent également d'être lâchés et vont spontanément vers l'exploration de l'environnement.

- *L'attachement évitant* : C'est un ensemble de stratégies attentionnelles, comportementales et émotionnelles de minimisation des besoins d'attachement et de diversion de l'attention. Ces enfants réagissent au stress par une indifférence ou un évitement au prix d'un effort de désactivation des comportements d'attachement afin de gérer leur trop grande anxiété.

- *L'attachement ambivalent-résistant* : C'est un ensemble de stratégies comportementales, cognitives et attentionnelles qui contribuent à une maximisation des besoins d'attachement, au détriment des capacités d'exploration. Ces enfants sont perturbés par la séparation (situation stressante, activatrice du système d'attachement) mais adoptent ensuite une attitude ambivalente avec à la fois une recherche de contact et une résistance au parent. Ils sont incapables par la suite d'utiliser la figure d'attachement comme base de sécurité pour explorer l'environnement.

Plus tard, Mary Main a individualisé : (62)

- *L'attachement désorganisé* : Lors de la séparation avec leur figure d'attachement, ces enfants manifestent le désir de la retrouver mais lors des retrouvailles, ils associent un comportement de recherche du parent à un comportement d'évitement du contact. En situation de stress, ces enfants ont des attitudes contradictoires, incompréhensibles et ne semblent pas avoir trouvé de stratégie d'attachement efficace pour gérer leur détresse. Main disait que l'enfant est soumis à une situation de « peur sans solution » : sa figure d'attachement est à la fois source de sécurité et source d'alarme.

Winnicott, d'abord pédiatre puis psychanalyste, s'est intéressé au premier stade du développement de l'enfant avec sa mère. Il a décrit "la préoccupation maternelle primaire" (63).

Il explique que dans les premiers jours, les premières semaines, la mère est totalement à l'écoute de son enfant. Elle anticipe ses désirs, perçoit sa détresse avant que celle-ci ne l'envahisse. Elle lui propose de se rassurer, de le contenir et peu à peu il s'apaise. Après cette période, elle redevient femme, reprend peu à peu ses activités et entre dans la deuxième période, celle de la "mère suffisamment bonne".

Il théorise trois fonctions maternelles :(64)

- le *holding* : il s'agit de la protection donnée par la mère dans le portage, la contenance, par les soins maternels. La mère permet ainsi à son bébé d'acquérir progressivement un sentiment d'unité de lui-même.
- le *handling* : les soins du corps donnés par la mère à son bébé lui permettent de vivre de façon articulée ses sensations corporelles, ses émotions psychiques, en reliant peu à peu le vécu de sa mère et le sien.
- l'*object presenting* : il s'agit de la présentation du monde extérieur par la mère, qui donne à son enfant l'envie de le découvrir et de l'investir. Elle lui donne la permission de se séparer d'elle, en lui montrant que l'extérieur n'est pas dangereux mais attrayant. Elle lui montre cependant qu'elle sait le protéger et qu'il peut s'ouvrir aux apprentissages en se sentant protégé par elle.

Winnicott développe aussi le concept d'*objet transitionnel*. (63) Il s'agit d'un objet faisant le lien entre le corps de la mère, le corps du bébé et le monde extérieur. Le bébé l'investit entre le 4ème et le 12ème mois selon Winnicott. La fonction est de se séparer progressivement du corps maternel. Il l'utilise généralement lors des moments difficiles comme l'endormissement ou la séparation pour aller à la crèche par exemple. Il peut aussi l'utiliser lorsqu'il se fait disputer. Cet objet maîtrisable doit être fiable et toujours disponible. Il est important de ne pas le laver pour ne pas qu'il perde son odeur, ni le supprimer car l'enfant vit alors des moments angoissants. Cet objet permet dans un second temps de développer des jeux dans un espace transitionnel élargi.

Nous n'allons pas développer la théorie de **Lacan** mais seulement décrire le concept de *stade du miroir* (65) qui est central dans son œuvre. Ce stade se situe entre 6 mois et 2 ans et demi, et permet à l'enfant d'appivoiser l'usage de son corps

en passant par différents stades. Dans un premier temps, l'enfant dans les bras de sa mère face au miroir pense que ce qu'il voit sont de vraies personnes autres que lui et sa mère. Il cherche à les retrouver derrière la glace ou derrière sa mère. Dans un deuxième temps, il prend conscience qu'il s'agit d'images de personnes, sans réaliser encore qu'il s'agit de sa mère ou de lui. Enfin, il se rend brutalement compte que les images qu'il voit sont celles de sa mère qu'il reconnaît, puis de lui-même tenu dans ses bras. Cet accès à une image symbolique de soi est essentiel dans la possibilité pour lui de construire une identité stable.

F. Dolto a développé également ce concept en montrant combien l'état d'esprit de la mère tenant le bébé devant le miroir compte dans le positif de l'image qu'il peut se construire de lui. (66)

Daniel Stern s'attache à l'étude des interactions précoces et de la naissance de la pensée à partir de l'observation du bébé. Il s'intéresse aux interactions affectives entre le bébé et sa mère et décrit un mécanisme sous-tendant ce type d'interaction, "*l'accordage affectif*" ou "*harmonisation des affects*", c'est à dire comment un adulte et un bébé peuvent se mettre en harmonie sur le plan émotionnel. (67) Le fonctionnement de l'accordage affectif est automatique ou inconscient. C'est un système de communication par des signaux et des réponses en écho. L'un émet un signal, l'autre répond sur un mode de structure identique. Différents couples d'opposition permettent de caractériser l'accordage affectif et de définir un style interactif propre à chaque dyade. La réponse peut être unimodale ou transmodale, amplifiée ou atténuée, immédiate ou différée. Par exemple, un bébé émet un signal par le canal vocal, la mère renvoie une réponse en utilisant un autre canal, comme le regard ou le toucher. Cette harmonisation des affects repose sur une réciprocité. Le processus devient particulièrement opérant à partir du deuxième semestre de vie, lorsque le bébé accède à une certaine subjectivité. Petit à petit, le bébé reconnaît le style interactif de ses principaux partenaires relationnels, il construit des "représentations d'interactions généralisées".

c. Le bébé et les modèles interactifs

L'être humain est un être de relation. G. Apter, pédopsychiatre spécialisée dans le développement émotionnel du nouveau-né et du très jeune enfant et les troubles graves des interactions précoces parents-enfants écrit ainsi : "son développement tient-il autant au physiologique propre qu'à celui qui se construit et s'exprime dans le cadre des interactions avec l'entourage auquel il appartient" ; "l'étude des interactions du bébé avec son environnement nous renseigne ainsi sur son développement psychique" (68).

Le courant interactionniste a vu le jour avec des psychiatres, des psychologues et des psychanalystes qui se sont intéressés à l'observation du bébé au cours des interactions. L'objet de ce courant est l'étude des interactions dyadiques mère-bébé. Bowlby (58)(59)(60) avec ses travaux sur l'attachement a été un des pionniers dans la matière. S Lebovici ouvre la voie en France à la psychiatrie du nourrisson et à la périnatalité, avec les consultations psychothérapeutiques mère-bébé ou parents-bébé (69). Les interactions triadiques sont par la suite étudiées avec notamment les travaux de E. Fivaz Depeursinge. (70)

L'observation des interactions a d'abord été l'objet de recherche au sein de procédures standardisées, puis elle a pris une place importante au sein des consultations psychothérapeutiques parents-bébé.

- **Les capacités sensorielles et relationnelles du bébé**

Ces dernières décennies, les études scientifiques ont pu mettre en évidence que les modalités sensorielles du bébé sont fonctionnelles à la naissance et même depuis la 28ème semaine de gestation à des degrés divers (71). G. Apter écrit "ainsi le nouveau-né présente-il des capacités perceptives qui lui permettent d'être un véritable acteur dans les échanges avec l'environnement. Il est particulièrement sensible au partenaire vers lequel il se tourne dès la naissance : il montre une préférence pour la voix, l'odeur et le visage de sa mère, et de manière générale pour les configurations visuelles proches de celles d'un visage humain ; tout semble ainsi

fait pour que le bébé se tourne dès le début de sa vie vers les individus de son entourage” (72).

Selon Reddy et coll (73), la communication mutuelle est présente dès la naissance et le bébé y participe selon trois modalités : il peut initier, maintenir ou éviter la communication. La capacité à initier un échange serait la moins précoce des trois. Aux alentours de 2 mois, la capacité à prendre part aux échanges de manière active augmente. Une étude de Kaye et Fogel (74) montre que les échanges mère-bébé évoluent entre 1,5 et 6 mois dans le sens de plus d'autonomie de la part du bébé. A 1,5 mois, les séquences interactives sont le plus souvent initiées par la mère. A 6 mois, la mère et le bébé ont un niveau d'engagement équivalent. Les auteurs notent cependant qu'à 6 mois, l'interaction en face à face sans objet devient obsolète, un objet vient enrichir l'interaction. A mesure que les compétences socio-cognitives du bébé augmentent, l'intérêt du bébé pour les objets augmente. Alors que la mère (ou le père) était le principal sujet d'attention, il devient le support de l'attention. Une forme plus élaborée et plus symétrique d'échange se met en place. C'est le “stade des jeux”, de (75) Trevarthen et Hubley. Cette période coïncide avec l'émergence de la coordination vision-préhension. Le bébé qui est encore très peu locomoteur a besoin du parent pour organiser le monde physique autour de lui.

Dans une étude de Pêcheux et coll (76), 30 dyades mère-bébé ont été filmées avec pour objectif de relier comportement maternel de mobilisation et capacités attentionnelles du bébé. Les résultats relèvent que la capacité attentionnelle du bébé sur un objet est d'autant plus grande que la mère le sollicite. La sollicitation soutient le bébé dans ses tentatives d'exploration jusqu'à ce que ce soutien ne soit plus nécessaire. Les auteurs notent cependant l'importance de l'ajustement parental (*responsiveness*). L'ajustement désigne que les réponses du parent sont en adéquation avec la demande du bébé, qu'elles sont régulières avec une même réponse pour une même demande, et qu'elles sont systématiques : une demande amène toujours une réponse. Selon G. Apter, un étayage ajusté, c'est savoir quand soutenir le bébé, et quand cesser. (72)

- **Psychopathologie des interactions**

Une dysrégulation du système interactionnel peut apparaître du fait de transformations quantitatives et/ou qualitatives des interactions d'un ou des deux partenaires : pathologie psychiatrique ou difficultés développementales et/ou congénitales du bébé.

Selon Tronick et Beeghly (77), l'interaction est une « valse-hésitation » dont les variations et « accros » sont en permanence corrigés. Ils disent que les interactions sont par nature « fouillies » ou « négligées ». L'important est la répétitivité relativement stable de la structure tout en maintenant sa forme globale (72). Les changements permettent des variations, aléatoires et imprévues mais tenant compte des limitations du système, c'est à dire l'immaturité développementale du bébé (72).

Les risques sont trop, ou trop peu d'interaction (72). S'il y a trop peu d'interaction, des carences apparaissent, engendrant un retard de développement important. Si les carences sont durables et surviennent à des moments clés du développement, les conséquences peuvent être définitives. S'il y a trop de stimulations de façon inappropriée, une hypertonie et une souffrance physique et psychique du bébé sont visibles. Les conséquences à long terme sont moins univoques. Certains enfants vont évoluer vers une dysharmonie, d'autres vers une hypermaturité. Il y a d'autres formes de distorsions plus subtiles, comme le décalage temporel et les stimulations trop répétitives, qui sont intrusives sans être maltraitantes. (72)

Ces différentes formes complexes d'interactions vont contraindre les réponses de l'enfant et induire des patterns relationnels complexes. La psychopathologie des interactions s'intéresse à la compréhension de ces modèles et analyse ce qui se décale d'une moyenne tolérable pour le bon développement de l'enfant.

Selon G. Apter, des modèles de compréhension des patterns interactifs les plus acceptables pour un développement harmonieux pourraient se dégager : “tolérant de grandes variations à l'intérieur d'une composition orchestrale néanmoins structurée ou encore accordée”. “Les erreurs ou fausses notes seraient à distinguer des ruptures et des dissonances, afin de proposer ultérieurement des moyens de reprendre une partition malmenée, à l'origine, par les difficultés psychopathologiques parentales et/ou environnementales au sens large”. Elle décrit trois sortes de “parcours” : (72)

- *momentanés et sporadiques*, ils ne sont pas intégrés comme des patterns réactionnels au long cours, ils font partie des aléas de la vie, l'activité est insuffisante pour aboutir aux 2 autres types de situations.

- *durables et régulières*, les ruptures sont prévisibles pour l'enfant, il se construit avec ces ruptures et accros.
- *durables mais imprévisibles*, le système est chaotique, les perturbations se succèdent engendrant une instabilité du système qui tente sans arrêt de trouver un nouvel équilibre.

C'est le dernier modèle interactif qui est particulièrement délétère pour l'enfant.

- **Les interactions triadiques**

Les développementalistes Stern, Brazelton et Tronick ont ouvert des pistes en étudiant les interactions dyadiques entre mère et bébé, puis entre père et bébé. Des chercheurs comme Gottman (78) ont par ailleurs étudié le couple parental. Convaincus de la nécessité d'étudier aussi le niveau de la triade, Belsky et Parke et d'autres chercheurs ont analysé les influences entre ces trois dyades. Ils n'avaient cependant pas proposé de méthode pour observer la triade comme un tout. Chercheuses et thérapeutes de famille, A. Corboz Warnery et E. Fivaz (70), partant du principe systémique que l'unité familiale est un tout différent de la somme des individus qui la composent, ont élaboré une situation d'observation et d'analyse des interactions à trois, le « Jeu trilogique de Lausanne ». Cette situation d'observation permet d'étudier le développement de la communication familiale dès la naissance et de créer des ponts entre l'approche systémique de la famille et la recherche développementale. Le Lausanne Trilogue Play, ou LTP, est une situation semi-standardisée qui met en scène le père, la mère et le bébé. Les sièges des parents et du bébé, forment un triangle équilatéral, dont les dimensions favorisent le dialogue. Les parents sont invités à jouer ensemble, en suivant un scénario en quatre parties. D'abord, l'un des parents joue avec l'enfant pendant que l'autre est simplement présent, puis les parents inversent leurs rôles, ensuite ils jouent tous les trois ensemble et enfin, c'est l'enfant qui est en position d'observateur-participant face à ses parents qui discutent entre eux. Ce scénario permet l'exploration de toutes les configurations possibles à trois.

- **Les spécificités infantiles qui influent sur les interactions**

Les caractéristiques propres du bébé (son poids, sa maturation néonatale) influencent fortement les interactions (79).

Les mesures de santé publique en périnatalité sont ainsi aussi des mesures préventives, en diminuant le nombre d'incidents obstétricaux et de naissances prématurées par exemple. En l'absence de pathologie neurologique avérée, le vécu de la prématurité et la perception parentale traumatique du séjour en néonatalogie sont les déterminants importants de la qualité des interactions (80).

Les atteintes congénitales ou génétiques portant atteinte au développement peuvent impacter sur les interactions. Les fentes labio-palatines par exemple sont connues pour entraîner des troubles interactifs (81). Au niveau visuel, le parent peut éviter de regarder le visage de son enfant. Le défaut d'interaction visuelle peut être compensé par d'autres échanges modaux tels la parole et le toucher. Par ailleurs, la découverte d'une anomalie congénitale peut entraîner une réaction traumatique voire une dépression puerpérale dont nous allons évoquer les effets dans un des chapitres suivants.

Les troubles de la régulation émotionnelle du bébé sont une entité d'abord décrite par Greenspan (82). Ils apparaissent dans la classification diagnostique 0-3 ans. Il s'agit du fait que l'information sensorielle est mal régulée chez le bébé. Ils sont hypersensibles ou hyposensibles aux stimulations sensorielles dans leur ensemble (visuelles, tactiles, gustatives, auditives, sensibles profondes etc..). Ces troubles entraînent des difficultés interactives qui ne seront compensées par le parent que s'il peut les interpréter adéquatement c'est à dire ne pas être absorbé par ses propres projections et représentations du bébé, et que les troubles n'ont pas désorganisé les attentes du parent envers le bébé (83). Les bébés de sexe masculin sont plus incriminés par ce trouble, ils présentent plus de difficultés à s'autoréguler selon l'échelle de développement neuropsychomoteur du nouveau-né de T. Brazelton, la NBAS (84) Neonatal Behavioral Assessment Scale) (85) (86).

La prématurité est un important problème de santé publique du fait des différents troubles neuro-développementaux liés à celle-ci. Il s'agit d'une problématique constante ces dernières décennies. Elle peut être source de grands handicaps neuromoteurs (la paralysie cérébrale, l'incapacité de parler ou de marcher par exemple), de troubles neurosensoriels (vision, audition) mais peut aussi être associée à des difficultés d'apprentissage, des troubles du langage, à un déficit de l'attention, à des troubles émotionnels et à des difficultés relationnelles. (73) Selon les recherches Epicure (87) et Epipage (88), les difficultés rencontrées chez l'enfant de 5 et 8 ans sont corrélées à l'âge gestationnel à la naissance. De plus, pour les parents, l'entrée dans la parentalité est également prématurée et elle s'en trouve affectée.

Le syndrome de stress post traumatique présenté par les parents de nouveau-nés prématurés a été décrit par Forcada-Guex et ses collaborateurs (89). Ils sont en permanence préoccupés par l'état de santé de leur enfant, ce qui peut les empêcher de se projeter et de construire des relations affectives précoces adaptées. Ces auteurs mettent en évidence un impact de la prématurité sur la parentalité mais aussi sur les interactions précoces. Des difficultés peuvent apparaître dans l'adaptation parentale aux signaux de l'enfant, conduisant à une diminution du toucher, du regard et des vocalisations (90).

d. Répercussions des syndromes psychiatriques sur le bébé

- **Facteurs prénataux**

La transmission génétique est le risque incontournable lié à l'existence d'une pathologie mentale parentale. Alors qu'en population générale le risque d'être atteint d'un trouble bipolaire est de 1 à 3 %, le risque pour un enfant dont les parents sont atteints de ce trouble est d'environ 7 à 10 % (91). De même, lorsqu'un ou les deux parents sont atteints de schizophrénie, l'enfant a un risque augmenté de 2 à 20 % de développer cette même pathologie (92) (le risque en population générale est d'environ 1 %).

Par ailleurs, la transmission liée à l'action hormonale maternelle sur le fœtus par voie transplacentaire est une dimension en plein champ d'étude. Une littérature

assez fournie souligne l'impact probable du stress chez la mère sur le déroulement de la grossesse (retard de croissance intra-utérin, accouchement prématuré, faible poids de naissance, diminution du périmètre crânien, complications périnatales) mais aussi sur le développement de l'enfant après la naissance. L'action entre autres du cortisol maternel sur l'axe hypothalamo-hypophysaire du fœtus serait l'un des processus déterminants. (93) (94)

D'autres études suggèrent que l'impact délétère du stress prénatal maternel sur le fœtus et le nouveau-né pourrait être influencé par l'action de l'ocytocine. (95)

(96)

- **Facteurs postnataux**

Les pathologies psychiatriques parentales entravent la qualité des processus interactionnels (97) et les dimensions de chronicité et de sévérité des troubles (98) influencent particulièrement le développement des enfants. Comme nous l'avons vu dans le chapitre précédent, les dysfonctionnements interactifs peuvent se situer du côté de la carence, de l'intrusion, ou alors des deux phénomènes.

Dans la schizophrénie, les symptômes de désorganisation et la symptomatologie déficitaire peuvent engendrer des défauts d'attention, une diminution de la sensibilité et des capacités des réponses maternelles, mais aussi parfois des attitudes intrusives. Lyons Ruth (99) dans ses travaux tend à montrer que le facteur le plus désorganisateur pour l'interaction mère-enfant est le retrait maternel (100), symptôme très fréquent dans les interactions entre une mère souffrant de schizophrénie et son enfant. Par ailleurs, l'exposition d'un enfant aux symptômes psychotiques génère de la peur (101) et de la confusion chez l'enfant, et est reliée à une augmentation de la fréquence des troubles de l'attachement notamment anxieux (102).

Dans la dépression du post-partum, la capacité et la sensibilité des réponses maternelles aux stimulus de l'enfant peuvent aussi être entravées.

Cette entrave retentit sur la capacité de régulation mutuelle des interactions mère-bébé notamment les interactions affectives, impactant l'accordage affectif (67). Le développement des capacités d'auto-régulations émotionnelles du bébé est alors mis en péril, ainsi que le développement de façon plus générale, qui se fonde en partie sur la qualité de l'interaction affective (103).

Les travaux étudiant le lien entre développement socio-émotionnel, troubles du comportement de l'enfant et dépression du post-partum chez la mère montrent que les enfants de mères déprimées ont davantage de troubles du comportement socio-émotionnel. Cependant, ce lien disparaît quand les auteurs prennent en compte les variables dépression actuelle de la mère, conflits conjugaux ou antécédents de troubles psychiatriques chez le père. Ceci pointe l'importance de prendre en compte la dimension longitudinale du développement de l'enfant et les multiples facteurs pouvant influencer sa trajectoire. (104)

Par ailleurs, une étude suggère que la dépression du post-partum aurait un impact délétère sur le développement cognitif de l'enfant, notamment si elle perdure dans le temps, et si d'autres facteurs associés sont présents : faible niveau socio-économique, petit poids de naissance, sexe masculin. (105)

Trouble de la personnalité type état limite

G. Apter souligne que la discontinuité aide à la naissance de la vie psychique par le processus de subjectivation du bébé mais que la limite entre normal et pathologique pour cette discontinuité est difficile à décrire. Elle évoque d'un côté une discontinuité relative autorisant l'improvisation et de l'autre le chaos incapacitant le bébé à pouvoir anticiper. Elle écrit "Cette double polarité nous renvoie donc à la difficulté de placer notre curseur quelque part dans ce qui pourrait être une continuité maternelle suffisamment discontinue et donc bonne, et de l'autre une discontinuité insuffisamment continue et donc chaotique pour le bébé" (73). Elle reprend le concept d'"*objet transitionnel*" de Winnicott (63) et écrit "l'activité de symbolisation aurait au fond pour mission de réparer la discontinuité du lien avec les objets externes par la continuité du lien avec les objets internes". Nestour et coll et Apter et coll se sont basés sur les critères cliniques du DSM IV pour mettre en lumière le retentissement des

troubles de la personnalité borderline sur la parentalité. (106) Le bébé risque d'être soumis à une dysrégulation émotionnelle importante face à une symptomatologie parentale telle l'impulsivité, des mouvements dysphoriques de l'humeur et des relations interpersonnelles chaotiques. L'impact sur le bébé sera dans au moins deux des domaines suivants : (73)

- 1. La cognition (perception et vision de soi-même, d'autrui et des événements).
- 2. L'affectivité et les émotions (intensité, labilité, adéquation de la réponse émotionnelle).
- 3. Le fonctionnement et les relations interpersonnelles.
- 4. Le contrôle des impulsions.

Par ailleurs, de manière plus générale, une étude suggère que le manque d'engagement maternel dans l'interaction avec le bébé serait médiateur de troubles du développement cognitif (107), alors qu'une autre étude indique que les attitudes intrusives engendreraient davantage de troubles émotionnels et du comportement d'apparition plus tardifs (108).

Ainsi avec l'étude des modalités interactives et développementales du bébé, nous comprenons la répercussion que peuvent avoir les syndromes psychiatriques parentaux sur celui-ci.

5. Les modalités d'approches thérapeutiques

Les modalités d'approches thérapeutiques en psychiatrie périnatale comprennent, comme en psychiatrie de l'adulte, l'association d'une approche psychothérapeutique, d'un traitement médicamenteux si nécessaire, du travail institutionnel, et fréquemment de soins à médiation corporelle (point que nous avons brièvement abordé dans le chapitre sur le dispositif de soin).

a. Les traitements psychotropes

Les risques liés à la prise de traitements psychotropes pendant la grossesse ou l'allaitement sont dus au passage de la barrière hémato-placentaire ou dans le lait maternel. Excepté pour le valproate de sodium (109) qui est formellement contre-indiqué pendant la grossesse, les connaissances dans ce champ sont mouvantes. Un consensus des professionnels prend forme sur la nécessité d'information de la patiente et de son conjoint sur les risques et les bénéfices pour la mère et pour l'enfant.

La prescription pendant la grossesse se fera en fonction de la balance bénéfice/risque entre décompensation psychiatrique maternelle, effet tératogène pour le fœtus et syndrome de sevrage néonatal (110). Les recommandations optent pour les médicaments les plus anciennement connus, prescrits à dose minimale et en monothérapie, associés à une surveillance minutieuse de la grossesse avec échographie réalisée dans un cabinet "de référence", des monitorings réguliers et un suivi spécifique du bébé à la naissance.

Pour l'allaitement, la balance décisionnelle prendra en compte le bénéfice pour le lien mère-enfant, le risque de sédation pour le nourrisson avec le retentissement sur sa vigilance et sa capacité à s'alimenter, et le risque de décompensation pour la mère pouvant être favorisé notamment par le manque de sommeil. La prescription s'accompagne ainsi d'une collaboration psychiatre-pédiatre, avec une surveillance clinique minutieuse du nouveau-né. Sutter Dallay et coll soulignent l'absence quasi complète de données sur les effets à long terme de l'exposition anténatale aux traitements psychotropes. (1)

Les traitements psychotropes pour les prises en charge de niveau 1 et 2 sont habituellement prescrits par le psychiatre adulte référent du parent, et non par le pédopsychiatre référent des soins parent-bébé.

b. Les psychothérapies périnatales

Il existe différents types de psychothérapies conjointes parent(s)-bébé.

S. Fraiberg a été l'une des pionnières dans le domaine des psychothérapies périnatales. Elle a été la première à considérer l'enfant comme un objet de transfert de la part des parents, donc susceptible de réceptionner des identifications projectives pathologiques. Dans une perspective transgénérationnelle, les "fantômes dans la chambre d'enfant" sont les objets internes des parents renvoyés dans la rencontre avec le bébé (111). Elle a proposé trois dispositifs thérapeutiques : les interventions brèves de crise, les thérapies de soutien avec guidance développementale et les psychothérapies intensives en utilisant les visites à domicile. Selon elle la présence du bébé a un rôle important sur la rapidité du processus thérapeutique (112) (113).

S. McDonough a développé les guidances développementales ou interactives. Ces thérapies sont appuyées sur le recours à la vidéoscopie des interactions et le visionnement des enregistrements par les parents et le thérapeute. Nous nous attarderons sur la description de cette thérapie, ainsi que sur les psychothérapies conjointes d'inspiration psychanalytiques.

Les thérapies de l'attachement font explicitement référence à la théorie de l'attachement développée par Bowlby (58) (59) (60). Comme nous l'avons abordé dans un chapitre précédent, l'attachement selon cet auteur est un besoin biologique, propre à l'autoconservation de l'espèce humaine et partagé avec d'autres espèces animales, à l'origine de comportements d'attachements qui ont pour but la recherche de sécurité et de proximité auprès de la figure d'attachement principale. Lorsque le bébé fait de façon répétitive l'expérience de réponses inappropriées des adultes à ses besoins d'attachement, son développement et la construction de sa personne risquent d'être entravés par un éprouvé de détresse chronique. Les thérapies basées sur la théorie de l'attachement visent à susciter d'autres patterns interactifs et à modifier le type d'attachement.

Les travaux de T. Brazelton renvoient à la psychologie des interactions précoces comme nous l'avons développé précédemment. La thérapie se centre notamment sur la restauration narcissique de la mère par le biais de la mise en évidence des parties saines du fonctionnement du bébé (84).

Les psychothérapies parent(s)-enfant d'inspiration analytique

Plusieurs modèles de PCIP ont été proposés.

En consultation thérapeutique avec les mères et les bébés, **D.W. Winnicott** se proposait lui-même comme un “objet transitionnel” pour la dyade mère-enfant. Il travaillait sur la mise en relation des différents systèmes pré conscients. Sa pratique consistait à ouvrir un espace transitionnel entre le bébé, la mère et la thérapeute visant à une différenciation extra psychique progressive et respectueuse des besoins de tous (114).

S. Lebovici essayait de dégager les “mandats transgénérationnels inconscients” pouvant venir entraver le déploiement du self de l'enfant. Il attribuait un rôle important à ces mandats dans la rencontre des parents avec l'enfant, aussi bien dans les situations normales que pathologiques. Il accordait par ailleurs au bébé une capacité très précoce de transfert sur le thérapeute (115).

P. Male et **A. Doumic-Girard** mettaient l'accent sur la régression en présence d'un tiers et la réparation des “temps manqués”. Pour ces auteurs, la régression suscitée par la situation de jeux entre mère et bébé avait une valeur thérapeutique car permettait de restaurer les étapes problématiques de la relation précoce (116).

D. Daws, à la suite des travaux de **W.R. Bion**, considère le groupe parent(s)-thérapeute(s)-enfant comme un appareil psychique collectif susceptible de faire fonctionner une certaine rêverie et, de ce fait, de fournir une contenance et une transformation des éprouvés de l'enfant (117) (118).

D. Stern (67) (119) a décrit un “*parent-infant clinical system*” dans lequel le clinicien identifie “*the theoretical targets*”, éléments pathologiques du système

parent/bébé que la prise en charge vise à modifier. Le travail thérapeutique vise à analyser le “réseau de significations mutuellement construites dans la relation parent-bébé” et de trouver “the ports of entry”. Les portes d’entrées sont les éléments symptomatiques visibles lors de la rencontre clinique que sont :

- **le comportement de l’enfant** : l’objectif étant la construction d’une nouvelle signification tenant compte de l’expérience du bébé ;
- **les interactions parent-enfant** : si le trouble des interactions est important, la stratégie thérapeutique est la guidance développementale ;
- **les représentations de l’enfant** : restituer aux parents les représentations qu’ils ont de leur bébé est un levier thérapeutique ;
- **les représentations du parent** : différencier le quotidien avec le bébé de la réactualisation des conflits du passé ;
- **l’intrication** des représentations du parent et de l’enfant ;
- **la relation parent/thérapeute** : le travail sur le transfert.

R. Debray propose un cadre psychanalytique parent/bébé pour les situations où le défaut de pare-excitation parental s’accompagne d’une problématique psychosomatique chez le bébé. Le travail thérapeutique consiste alors à permettre au bébé de se constituer un pare-excitation, et aux parents de réaménager leurs défenses. Cette auteure utilisait les thérapies conjointes comme une première étape pouvant susciter la mère à poursuivre par la suite un travail psychanalytique personnel classique, seul garant d’une transformation du fonctionnement psychique familial selon cette auteure (120).

B. Cramer et **F. Palacio Espasa** à **Genève** ont développé un modèle détaillé des **thérapies mère-enfant** dans le cadre d’interventions dites **brèves**. Cette psychothérapie s’adresse aux parents et à leur enfant et a été appliquée à Genève selon les principes techniques décrits par S. Fraiberg. Selon ces auteurs genevois, deux points sont essentiels : premièrement, la nature des projections parentales sur l’enfant et deuxièmement le concept de “séquences interactives symptomatiques” susceptibles de représenter la conflictualité psychique au niveau du corps du bébé ou de son comportement. Selon ces auteurs certaines des projections parentales sont

nécessaires et structurantes pour l'enfant, d'autres sont destructrices et peuvent venir entraver le développement de l'enfant (121).

F. Palacio Espasa et **D. Knauer** en 1998 ont déduit des conflits de la parentalité une classification et ont mis en correspondance la qualité des interactions précoces (Pir-Gas de l'échelle 0 à 3 ans) avec le type de relation observées (122). Voici une description succincte de cette typologie :

- **Type normal** : projections empathiques, parents aimés, limites bien établies, absence de trouble de la relation.
- **Type névrotique** : projections empathiques mais aussi contraignantes, parents idéalisés, relation épisodiquement troublée de type "sur-impliquée" ou "anxieuse-tendue".
- **Type masochique** : projections contraignantes, enfant revendicateur, limites mal établies, parents indignes, victimes, relation anxieuse troublée de type "sur-impliquée", "anxieuse-tendue" ou rarement "irritée-hostile".
- **Type narcissique** : projections déformantes, hostiles, enfant hostile, parents irréprochables, très idéalisés, relation désorganisée ou gravement désorganisée de type "sous-impliquée", "anxieuse tendue", "irritée-hostile", souvent abusive. Cette catégorie de trouble grave est rare, elle implique un suivi sur le long terme et parfois une séparation de l'enfant de son cadre familial.

Le type d'intervention thérapeutique brève a été conçu principalement pour des bébés qui présentent des symptômes fonctionnels (troubles du sommeil ou troubles alimentaires) ou des troubles du comportement (opposition, agressivité, hyperactivité...). Ce type d'intervention s'effectue sur trois à dix séances, à raison d'une séance par semaine.

Selon D. Knauer et B. Cramer, les points indispensables pour une thérapie brèves sont les suivants (123) :

- Savoir pointer les conflits et les difficultés existants en faisant preuve d'empathie avec la mère ou les parents.
- Créer une bonne alliance à travers la clarification et la compréhension de la plainte rapportée.

- Susciter une réflexion chez la mère ou les parents en confrontant les contradictions vécues ou observées et en pointant les noyaux conflictuels vécus.
- L'interprétation correspond à une construction partagée, dans un consensus élaboré sur la valeur des symptômes du bébé. Ceux-ci sont compris comme une réponse aux défenses maternelles ou parentales allant contre des sentiments d'angoisse ou de culpabilité. En thérapie brève conjointe, l'interprétation ne touche pas aux aspects transférentiels.
- Revisiter le vécu infantile des parents prend sens pour constituer les tableaux des conflits de la parentalité.

Cette approche a donné des résultats très favorables sur les symptômes du bébé et également sur la qualité des interactions parent-bébé (124).

F. Palacio Espasa et D. Knauer ont étudié les caractéristiques des **psychothérapies brèves père-mère-bébé** (125). Ils partent de l'hypothèse que lors du choix d'un partenaire conjugal, chacun des membres du couple tend à transférer sur l'autre des identifications projectives narcissiques érigées défensivement contre les projections anaclitiques similaires à celles qu'ils projettent sur leur enfant (parent idéal que le père ou la mère aurait aimé avoir, enfant idéal que le père ou la mère aurait aimé être). Les auteurs ont mis en évidence que certains conflits conjugaux font obstacles au processus thérapeutique. L'arrivée du bébé peut réveiller des identifications projectives idéalisées chez ses parents et induire un déséquilibre au sein du couple parental et conjugal. Selon ces auteurs, l'élaboration thérapeutique des représentations parentales de chacun des deux parents est indispensable et constitue la spécificité de cette approche psychothérapeutique.

Par ailleurs, les auteurs ont constaté que la contribution du père à la thérapie est très semblable à celle de la mère, que ce soit en volume de parole ou dans sa participation émotionnelle et personnelle au problème d'interaction avec le bébé.

Les guidances interactives

La guidance interactive (126) (127) (128)(129) a été développée il y a un peu plus de trente ans aux États-Unis par **S.McDonough** afin de répondre aux besoins des familles en grande précarité, cumulant plusieurs difficultés, et pour lesquelles les thérapies classiques avaient échoué ou avaient été refusées. Selon cette auteure, les parents de ces familles sont généralement peu accessibles aux approches thérapeutiques se basant sur l'élaboration des liens entre leurs difficultés actuelles et leur histoire de vie et sur l'analyse des contributions de leur fonctionnement sur le développement et le comportement de leur enfant. L'élément principal de la guidance interactive consiste alors à partager avec les parents la réalité au quotidien de ce que fait l'enfant et de ce qu'ils font avec lui, à travers l'observation de leurs interactions. Avec l'utilisation thérapeutique de la vidéo, ce traitement a pour objectif de permettre aux parents de prendre conscience de leurs compétences et de leurs ressources ainsi que des besoins et des capacités de leur enfant.

S. McDonough s'est appuyée sur les points que la recherche en psychothérapie avait mis en évidence :

- rôle actif donné aux familles dans le traitement ;
- établissement rapide d'une alliance positive de travail ;
- mise en évidence des forces des familles, tout en prenant en compte leurs vulnérabilités et leurs limites.

La guidance interactive se réfère ainsi à plusieurs modèles théoriques.

Le groupe de Genève a adapté la guidance interactive à son programme de recherche (programme que nous détaillerons ultérieurement). Cette démarche a permis de préciser le modèle d'intervention, de favoriser sa transmission et d'en élargir les applications (121).

Comme pour toute psychothérapie, le cadre de travail et l'indication de la thérapie sont définis avec la famille. Par ailleurs, il est expliqué à celle-ci les règles de confidentialité en ce qui concerne la vidéo afin que ce dispositif ne soit pas un obstacle.

Les indications de la guidance interactive peuvent être des troubles chez l'enfant (relationnels, de la régulation émotionnelle, du comportement ou du

développement), ou des troubles chez le parent (dépression postnatale, trouble anxieux). Les séances se font à un rythme de deux à quatre par mois.

La séance se déroule toujours dans la même pièce. Le matériel vidéo est visible. Un espace de jeu est proposé, avec des jouets adaptés à l'âge de l'enfant. Le matériel choisi favorise les échanges et la créativité commune. La séance débute par un temps de parole permettant de recueillir les préoccupations récentes des parents, puis un des parents est invité à jouer avec l'enfant pendant quelques minutes. Des questions sont ensuite posées au parent dans le but d'orienter les commentaires lors du visionnage. Vient alors le moment du visionnage, étape clé du dispositif thérapeutique. Si les deux parents sont présents, le thérapeute régule le temps de parole. Si le cadre ne permet pas au parent d'être disponible à ce moment-là, le visionnage peut avoir lieu à un autre moment sans l'enfant. Pendant le visionnage, le thérapeute se positionne comme intermédiaire entre le parent et l'image. Il est demandé au parent de décrire le plus précisément possible un court moment interactif. Une séquence peut être visionnée plusieurs fois afin que le parent puisse décrire ce qu'il voit et non le souvenir de l'échange. Le parent peut être soutenu pour décrire les émotions qu'il a ressenties et qu'il pense que son enfant a ressenties, et les pensées qui les accompagnent. Le thérapeute sélectionne certaines informations afin d'augmenter la sensibilité parentale et les interactions appropriées. Des informations sur les besoins fondamentaux et les compétences attendues de l'enfant peuvent être données au parent, mais ces données sont prises dans le processus et viennent alimenter les questions et découvertes du parent.

Les interactions pendant le moment de jeu et les questions après le jeu apportent au thérapeute le matériel clinique permettant de repérer les patterns interactifs dysfonctionnels, révélant les perceptions inadéquates par le parent des signaux de l'enfant et pouvant être mis en lien avec les symptômes actuels. Ce repérage permet de définir une ligne thérapeutique et des objectifs plus précis au fur et mesure des séances et en fonction desquels seront sélectionnés les extraits. La technique consiste alors à choisir les leviers thérapeutiques dans les ressources présentes dans la dyade afin d'agir sur les patterns interactifs dysfonctionnels. Le principe est de soutenir les compétences du parent et de l'aider à mieux percevoir celles de son enfant.

E. Fivaz, F. Frascarolo et N. Favez ont également utilisé la guidance interactive au travers de consultations dites systémiques (130). Le dispositif est le suivant : la famille, le thérapeute, et les “consultants” (ne connaissant pas la situation clinique), se rencontrent. Un temps d'accueil important est réservé afin d'établir une alliance thérapeutique, puis la famille réalise des jeux qui sont filmés. Ensuite, des questions sur ce qui a motivé la consultation sont posées par le thérapeute ou la famille. Dans une deuxième séance où les mêmes personnes sont présentes, des séquences vidéo sont montrées ; elles ont été sélectionnées par les consultants entre les deux séances pour leurs intérêts sur les ressources aussi bien que les problèmes de la famille. Les membres de la famille sont alors invités à parler de leur vécu pendant le jeu ou sur le moment en se voyant dans le film. A la fin, les consultants élaborent avec la famille et le thérapeute des pistes afin d'améliorer les difficultés exprimées lors de la première séance ou explorées durant le visionnage. La situation développée pour observer systématiquement les interactions entre deux parents et un bébé pendant le jeu est le “Lausanne Trilogue Play”, détaillé précédemment.

Les objectifs de ces auteurs apparaissent dans les domaines de la recherche et de la clinique et visent à observer et évaluer différents aspects de la communication au sein de la famille :

- l'alliance familiale : comment la famille fait équipe pour jouer ensemble et atteindre des moments de plaisir partagé ;
- la communication intersubjective (définie ci par le partage des états intérieurs) observée à partir des interactions visibles ;
- les compétences du bébé dans la communication à trois
- les autres domaines du fonctionnement, comme celui de l'attachement, de la pose de limites.

Ainsi la thérapie psychodynamique met en lien un conflit existant dans une dyade mère-bébé ou une triade père-mère-bébé avec les projections, les représentations et l'histoire infantile de la mère ou des deux parents. Cette technique consiste à verbaliser ces représentations et à souligner les interactions symptomatiques associées. La guidance interactive s'intéresse à l'interaction visible

et en cours. L'usage de la vidéo permet à la mère ou aux parents de visualiser les interactions qu'ils ont avec leur bébé. Cette technique ne fait pas référence explicitement à l'histoire de la mère ou des parents. Le thérapeute décrit les séquences interactionnelles dans le but d'encourager, de renforcer les interactions favorables à une harmonie de la relation.

Dans le but d'évaluer les effets des thérapies brèves conjointes et les processus thérapeutiques œuvrant dans ces traitements, un programme de recherche subventionné par le Fonds national suisse de la recherche scientifique a été mené pendant plus de 15 ans à Genève. Le protocole expérimental de la première étude fondatrice (124) a consisté à comparer les effets différentiels de deux types d'interventions décrits précédemment : la thérapie brève conjointe parents-enfant d'orientation psychodynamique et la thérapie de guidance interactive. Cette étude a évalué spécifiquement les effets de ces traitements dans une population de nourrissons âgés de 2 à 30 mois amenés en consultation pour des troubles fonctionnels et des problèmes de comportement.

Les deux traitements se sont révélés d'efficacité semblable ; des changements significatifs équivalents ont été retrouvés :

- sur le plan de la diminution des symptômes de l'enfant notamment ceux relatifs aux troubles du sommeil, de l'alimentation, de la digestion et de la séparation ;
- sur la diminution des affects parentaux comme la tristesse de l'humeur, la culpabilité, l'anxiété et la colère éprouvés à l'égard de l'enfant ;
- sur l'augmentation de la sensibilité maternelle aux signaux de l'enfant ;
- sur l'augmentation des comportements coopératifs chez l'enfant ;
- sur l'amélioration de l'estime de soi maternelle.

Une évaluation effectuée six mois plus tard note un maintien des changements, ainsi qu'une amélioration dans le domaine des interactions parents-enfant, sans que de nouveaux symptômes soient apparus.

Cette étude a permis d'établir la validité empirique de ces deux types de thérapies et de les considérer comme des interventions basées sur l'évidence (*evidence-based intervention*).

Les approches thérapeutiques en binôme

Parmi les modèles de thérapies conjointes, un semble faire consensus sur le plan théorique et clinique, proposant un accompagnement de la dyade ou de la triade par deux thérapeutes, l'un plus disponible pour l'observation et l'échange avec l'adulte, l'autre (le cothérapeute) sollicitant davantage l'enfant (131) (132). Le Nestour propose un dispositif dans lequel le cothérapeute (puéricultrice ou éducatrice), s'appuyant sur la méthode d'observation du nourrisson d'Esther Bick (133), accorde au bébé une attention empathique, faisant appel à la capacité négative. Il s'identifie au bébé et se met en phase avec ses capacités perceptives et émotionnelles, soutenant l'expression de ses éprouvés. Cette méthode se révèle thérapeutique vis-à-vis de

- L'enfant : le cothérapeute garantit la continuité psychique et permet de restaurer l'accordage affectif entre le bébé et la mère ; particulièrement lorsque celle-ci est prise dans des reviviscences traumatiques de son passé.
- La mère : le cothérapeute reconnaît et retraduit auprès de la mère les éprouvés du bébé, souvent dans un travail de métaphorisation. Il suscite par là une identification du parent à son bébé.
- La relation mère-enfant : le thérapeute suscite des interactions positives.

Le Nestour considère que ce cadre thérapeutique avec des consultations rapprochées permet l'accueil de mères souffrant de troubles psychiques importants.

La psychothérapie centrée sur la parentalité (PCP)

La psychothérapie centrée sur la parentalité est inspirée des thérapies brèves mère-bébé. Ce travail psychothérapeutique consiste à mettre en lien les représentations du passé de la mère (son enfance, la perception qu'elle a eu de sa propre mère), et ses représentations actuelles (son enfant, elle-même en tant que mère) (134). La psychothérapie centrée sur la parentalité permet à la femme de comprendre les interactions qu'elle a avec son enfant à travers ses représentations actuelles et passées. Cette psychothérapie peut être commencée dès la grossesse et être effectuée par des thérapeutes d'enfants ou d'adultes. Une étude de M. Pellet et N. Nanzer publiée en 2014 avait pour objectif de montrer l'évolution des symptômes

anxieux et dépressifs ainsi que le changement de la relation mère-bébé au cours d'une PCP. Cette étude a montré que la PCP permet de soulager les mères de leur symptomatologie anxieuse et dépressive en participant à la modification de leurs représentations. Selon cette étude, la PCP modifie de façon significative les représentations de l'état de nervosité et de l'humeur de leur bébé. Les mères se perçoivent moins inquiètes, plus satisfaites en tant que mères et ressentent le rôle de mère comme moins difficile (134).

Autres psychothérapies

Pendant la période périnatale peuvent aussi être utilisés : les **Thérapies cognitives et comportementales**, l'**EMDR**, les **thérapies interpersonnelles** et la **logothérapie** (135).

B. Cramer, au sujet des psychothérapies parents-bébé, énonce que les thérapies brèves se prêtent bien à la recherche car (136) :

- la période du post-partum baisse les défenses et favorise l'alliance thérapeutique ;
- les symptômes du bébé sont un bon marqueur du changement ;
- la brièveté de la thérapie réduit l'énormité des données inhérentes à la psychothérapie.

Il donne deux leçons pour la pratique :

- Permettre aux personnes consultant dans les centres spécialisés le choix de la thérapie. Ceci permettrait de diminuer les résistances par la part active du patient.
- Discuter des choix et des buts du traitement avec les patients, dans le même but qu'ils soient participants à part entière dans la prise en charge.

c. Le travail institutionnel pour les hospitalisations conjointes

“Le soin institutionnel repose d’abord sur une conviction : l’institution peut être soignante !” Poinso F (137).

Les hospitalisations conjointes sont prévues pour accueillir un nourrisson et sa mère, son père, ou les deux parents. Si ce dispositif de soin n’est pas présent, la mère (le plus souvent) et son enfant se retrouvent séparés. Les soins sont conçus pour que le parent s’occupe de son bébé en étant aidé par l’équipe soignante. Lorsque des préoccupations sont présentes, le soignant s’autorise à se substituer au parent, avec son accord dans le meilleur des cas. (137)

La présence d’un tiers soignant est à la base de ce projet qui vise une tentative de ne pas créer une séparation précoce. (137)

Les soins institutionnels comprennent un cadre, qui doit être contenant. Contenant dans le sens de contenir les projections et angoisses parentales sur l’enfant. Les soignants vont aussi permettre les articulations avec l’extérieur c’est à dire le lien avec les familles élargies et les équipes médico-sociales. (137)

6. Le travail avec les partenaires

Comme nous l’avons déjà spécifié, la psychiatrie périnatale est indissociable du travail avec le réseau de partenaires. Les troubles parentaux éventuels sont en premier lieu repérés par des professionnels n’exerçant pas en psychiatrie périnatale : les services d’obstétrique, de pédiatrie, les acteurs médico-sociaux ou la psychiatrie adulte en anténatal. La période périnatale est un moment de rencontre et de dépistage des facteurs de vulnérabilité éventuels pour la santé mentale du parent et pour le développement de l’enfant, lors de staff institutionnels par exemple. (1) Ce repérage est de plus favorisé par les examens rendus obligatoires pour la mère et le bébé. Le travail en réseau est par ailleurs essentiel pour la continuité des soins pendant et après la prise en charge en psychiatrie périnatale.

a. Les partenaires sociaux et la protection de l’enfance

- Les partenaires sociaux

Assistants de service social de la maternité ou de l'hôpital.

Assistants de service social de secteur.

- La Protection Maternelle et Infantile (PMI)

La Protection maternelle et infantile, ou PMI, est un système de protection de la mère et de l'enfant. Elle regroupe un ensemble de mesures médico-sociales destinées à assurer par des actions préventives continues la protection des femmes enceintes, des mères et des enfants jusqu'à l'âge de l'obligation scolaire. Il s'agit d'un service public et gratuit que peut consulter tout adolescent, jeune adulte, futur parent, femme enceinte, enfants de moins de 6 ans. Ses missions sont définies comme les suivantes : (138)

- *des mesures de prévention médicales, psychologiques, sociales et d'éducation pour la santé en faveur des futurs parents et des enfants ;*
- *des actions d'accompagnement psychologique et social des femmes enceintes et des jeunes mères de famille, particulièrement les plus démunies ;*
- *des actions de prévention et de dépistage des handicaps des enfants de moins de six ans ainsi que de conseil aux familles pour la prise en charge de ces handicaps ;*
- *la surveillance et contrôle des établissements et services d'accueil des enfants de moins de six ans ainsi que des assistantes maternelles.*

Pour répondre à ces missions, elle a plusieurs moyens à sa disposition : consultations (médecin, sages-femmes, puéricultrices, psychologue), visites à domicile (sage-femme, puéricultrice), mise en place d'une travailleuse familiale, travail de lien avec les partenaires, et notamment assistante sociale, aide sociale à l'enfance, pédopsychiatres...

- L'Aide Sociale à l'Enfance (ASE)

L'aide sociale à l'enfance (ASE) est, depuis les lois de décentralisation, un service du département, placé sous l'autorité du président du Conseil Général. Sa mission essentielle est de venir en aide aux enfants et à leurs familles par des actions de prévention individuelle ou collective, de protection et de lutte contre la maltraitance. Ce service est composé de personnels administratifs et de travailleurs sociaux. Il collabore étroitement avec les services extérieurs de l'État, et peut faire appel à des organismes publics ou institutions privées spécialisées (associations) ainsi qu'à des personnes physiques. Ses missions sont précisément définies par l'article L 221-1 du code de l'action sociale et des familles (139) :

- *Apporter un soutien matériel, éducatif et psychologique aux mineurs, à leur famille, aux mineurs émancipés et aux majeurs âgés de moins de 21 ans confrontés à des difficultés sociales susceptibles de compromettre gravement leur équilibre ;*
- *Organiser, dans les lieux où se manifestent des risques d'inadaptation sociale, des actions collectives visant à prévenir la marginalisation et à faciliter l'insertion ou la promotion sociale des jeunes et des familles.*
- *Mener en urgence des actions de protection en faveur des mineurs en difficulté ;*
- *Pourvoir à l'ensemble des besoins des mineurs confiés au service et veiller à leur orientation, en collaboration avec leur famille ou leur représentant légal ;*
- *Mener, notamment à l'occasion de l'ensemble de ces interventions, des actions de prévention des mauvais traitements à l'égard des mineurs et organiser le recueil des informations relatives aux mineurs maltraités et participer à leur protection.*
- *Veiller à ce que les liens d'attachement noués par l'enfant avec d'autres personnes que ses parents soient maintenus, voire développés, dans son intérêt supérieur ;*
- *Veiller à la stabilité du parcours de l'enfant confié et à l'adaptation de son statut sur le long terme ;*
- *Veiller à ce que les liens d'attachement noués par l'enfant avec ses frères et sœurs soient maintenus, dans l'intérêt de l'enfant.*

L'objectif du service de l'aide sociale à l'enfance est donc de proposer des interventions adaptées à chaque situation : aide financière (allocation mensuelle), intervention à domicile de TISF (technicien en intervention sociale et familiale), et/ou service d'action éducative (Aide éducative au domicile=AED).

A noter que ces 3 partenaires (assistante sociale de secteur, PMI et ASE) sont gérés par le Conseil Général, avec pour objectif de permettre notamment un travail en plus étroite collaboration entre puéricultrices, psychologues, médecins de PMI, sages-femmes de PMI, assistantes sociales (de secteur) et éducateurs de jeunes enfants.

- Les foyers/centres maternels

Les centres maternels (ou "maisons maternelles") sont des établissements d'accueil mère-enfant temps plein, avec pour objectif « d'aider les femmes enceintes ou les mères isolées accompagnées d'enfants de moins de trois ans et qui ont besoin d'un soutien matériel et psychologique, dans le but d'éviter les abandons d'enfants ». Ils dépendent du service de l'ASE et relèvent du département. Ils sont financés par le Conseil Général mais aussi par le ministère de la Justice car, pour être admises, les femmes doivent être prises en charge par une autorité judiciaire ou administrative. Selon la structure et le type de gestion, la réglementation interne est différente. La durée du séjour est initialement de 6 mois renouvelable, avec un maximum de 3 ans. L'équipe est toujours pluridisciplinaire : personnel administratif, personnel de service, éducateurs, conseillère en Économie Sociale et Familiale, assistante sociale, médecins, sages-femmes, infirmières.

Les missions sont les suivantes :

- *Préparer avec la mère l'arrivée de l'enfant ;*
- *Définir un projet de vie avec la mère. Cela doit notamment lui permettre d'acquérir une plus grande autonomie ;*
- *Favoriser le lien entre la mère et l'enfant ;*
- *Aider matériellement la mère dans l'organisation de la vie quotidienne ;*
- *Favoriser son insertion sociale et professionnelle ;*
- *Parfois : travailler un placement de l'enfant.*

Selon l'article L222-5 du code de l'action sociale et des familles (140), les indications sont : "Les femmes enceintes et les mères isolées avec leurs enfants de moins de trois ans qui ont besoin d'un soutien matériel et psychologique, notamment parce qu'elles sont sans domicile. Ces dispositions ne font pas obstacle à ce que les établissements ou services qui accueillent ces femmes organisent des dispositifs visant à préserver ou à restaurer des relations avec le père de l'enfant, lorsque celles-ci sont conformes à l'intérêt de celui-ci". En pratique, les centres maternels accueillent des femmes mineures et/ou majeures, enceintes d'au moins 7 mois ou isolées avec un ou des enfants de moins de 3 ans. Il est important de noter que ces établissements ne sont pas dotés du personnel suffisant pour gérer les décompensations psychiatriques majeures et par conséquent, ne peuvent recevoir que difficilement les patientes dans ces cas-là. Dans ces situations sera préférée l'admission en unité mère-enfant lorsqu'elle est possible.

b. Les partenaires médicaux et médico-sociaux

- Psychiatres et service de psychiatrie

Il peut s'agir du psychiatre traitant de la mère, ou de l'équipe de psychiatrie de secteur si celle-ci est hospitalisée.

- Gynécologues, sages-femmes

Le travail avec les gynécologues et les sages-femmes est primordial. Il peut s'agir d'une sollicitation de leur part devant une inquiétude repérée. En effet, ils sont en première ligne dans le repérage des difficultés psychiques et des vulnérabilités. Il est important de pouvoir les solliciter afin de bien comprendre le déroulement de la grossesse et les éventuelles difficultés somatiques rencontrées, ce qui peut contribuer à l'état psychique de nos patients. Cette collaboration peut aussi se faire sous forme

de « staff » ou les différents professionnels se réunissent autour de situations qui posent problème.

- Autres : médecin traitant, pédiatres...

Tous les intervenants autour de la patiente et de l'enfant peuvent être des partenaires avec qui les psychiatres exerçant dans le domaine de la périnatalité peuvent être amenés à travailler : médecin généraliste, pédiatre, urgentistes, radiologues, biologistes, généticiens, fœto-pathologistes ...

- Le médicosocial

Il peut s'agir des ESAT (Etablissements et Services d'Aide par le Travail) chez les mères adultes ou des ITEP (Instituts Thérapeutiques Educatifs et Pédagogiques) ou IME (Instituts Médico-Educatifs) chez les mères adolescentes.

c. La justice

Les psychiatres exerçant dans le domaine de la périnatalité peuvent être amenés à travailler avec la justice, notamment lorsque des mesures judiciaires sont en cours concernant l'enfant (placement, AEMO = Aide Educative en Milieu Ouvert) ou lorsqu'il faut faire un signalement judiciaire dans le cadre de la protection de l'enfant (Procureur de la République).

Bien évidemment, pour tous les partenaires, l'information partagée doit se limiter à ce qui est utile à la prise en charge des patientes et respecter le secret médical. Elle doit se faire en accord avec le patient, et doit être adaptée en fonction du partenaire en question.

d. En parallèle, les réseaux périnatalité et les associations de santé périnatales

En France métropolitaine et Outre-mer, il existe 39 réseaux de santé périnatale. Ils sont utiles à une prise en compte individualisée de la femme enceinte et de la famille avec bébé, et à la prévention (141). La Fédération Française des Réseaux de Santé en Périnatalité (142), promeut et soutient les missions de ces réseaux.

En France et à l'international se sont fondées dès le début de la psychiatrie périnatale des associations dans ce domaine, avec comme première association la Marce International Society (143). La World Association for Infant Mental Health (144) (WAIMH) est une autre association importante dans le champ de la périnatalité. Au niveau local, l'association référente est l'Association pour la Recherche et l'(In)formation en Périnatalité. (ARIP) (145). Ces associations permettent un cadre souple et des moyens pour des recherches collectives, interprofessionnelles et interinstitutionnelles avec par exemple des financements pour la formation des professionnels.

7. Les situations les plus dramatiques

Nous avons relevé qu'un parent souffrant de pathologie mentale est susceptible de prodiguer des soins altérés à son enfant du fait du retentissement de la pathologie sur sa capacité à évaluer les besoins de l'enfant et à y répondre. Les connaissances en psychiatrie périnatale débouchent ainsi sur un questionnement éthique central auquel sont confrontés les professionnels : quelles sont les capacités des parents à fournir à leur bébé des soins permettant un bon développement sur les plans physique et affectif ?

Après avoir bien défini le champ de la psychiatrie périnatale, nous allons étudier en deuxième partie la problématique de la maltraitance et de la négligence infantile, avec notamment leurs conséquences sur l'enfant et les difficultés rencontrées par les professionnels dans ce type de situations cliniques.

Partie 2. Problématiques complexes

A. Familles en situation de vulnérabilité

1. Définition et enjeux

Plusieurs termes ont été utilisés pour nommer les familles en situation de vulnérabilité : « familles à problèmes multiples » (« multi-problem households ») (146), « familles atypiques » (147), « familles sans qualités » (families without qualities) (148) , « familles multirisques » (multi-risk-factor families) (149) , « familles exclues »(150), « familles vulnérables » (151), “famille maltraitante” (152) .

Souvent ce sont des familles confrontées sur le long terme à une situation de détresse multifactorielle : un milieu socio-économique et culturel défavorisé, un contexte de déracinement et d’immigration, l’existence de conflits conjugaux ou une organisation monoparentale, la présence de pathologies somatiques ou de handicaps non ou mal soignés. Il s’agit souvent de jeunes femmes avec une histoire faite de traumatismes, de ruptures, de précarité ou de maltraitance ; et qui ne demandent pas d’aide. (153)

Aux États-Unis ces familles sont appelées “*hard to reach families*” (153): familles difficiles à atteindre car elles ne viennent pas aux RDV et vivent dans l’isolement. Elles sollicitent un engagement important des professionnels qui sont touchés par leurs détresses. Ceux-ci se sentent rapidement impuissants si le travail mené ne donne pas de résultat et si les différentes institutions ont du mal à se coordonner. Selon Stoléru et Moralès-Huet (154), ces mères ne tolèrent aucune aide, aucun lien et deviennent pour les soignants “*une source de difficultés thérapeutiques en apparence insurmontable*”.

2. Les risques

a. Pour les adultes

Pour des adultes vulnérables, l'accès à la parentalité est une période particulièrement à risque qui va réactualiser des conflits au niveau du couple et des angoisses chez les futurs parents, la plupart isolés et issus de familles désorganisées. Le manque de repère et l'absence de références positives peut renvoyer ces parents à des sentiments de mésestime de soi, de culpabilité et d'incompétence. (153)

b. Pour les enfants

Le fait de grandir dans un milieu où sont cumulés plusieurs difficultés a un impact important sur le développement cognitif et la santé mentale des enfants et ce dès la naissance, voire même avant. L'enfant à naître a un risque accru de pathologie somatique tel que mort subite, maladie récurrente, malnutrition ou retard de croissance.

Certains parents font preuve d'incohérence dans les soins primaires ou l'organisation des rythmes, et les enfants vivent de grandes discontinuités dans les soins. Les souffrances des enfants sont intriquées dans celles de leur parent. L'insécurité constante dans laquelle vivent les parents rend difficile une écoute attentive aux besoins de leur enfant. (153)

Le risque majeur sur lequel nous allons particulièrement nous intéresser est le risque de maltraitance.

B. Maltraitance infantile

1. Définitions

- **Définitions selon le dictionnaire**

Selon le Larousse (155), la négligence est un manque de soin, d'application, de prudence ; un manque de précision, une faute légère ; une faute non intentionnelle de celui qui a omis d'accomplir un acte qui lui était incombé. La définition du verbe négliger est : négliger quelque chose, le laisser de côté, omettre de le faire, ne lui accorder aucune importance, le traiter sans attention, sans considération.

Selon la même référence, la définition de la maltraitance est : mauvais traitements infligés à des personnes dépendantes ; et la définition du verbe maltraiter est : maltraiter un être vivant ou ses œuvres, le traiter avec violence, dureté, sévérité, lui faire subir de mauvais traitements.

- **Législation française et associations**

La loi du 5 mars 2007 n° 2007-293 réformant la protection de l'enfance (156) fait disparaître la notion de maltraitance à la notion de « mineur en danger ou en risque de danger ».

L'observatoire de l'action sociale (ODAS) (157) définit l'enfant maltraité comme celui qui est victime de violences physiques, de cruautés mentales, de violences sexuelles, de négligences lourdes, ayant des conséquences graves sur son développement physique et psychologique ; et l'enfant en risque de danger comme celui qui connaît des conditions d'existence qui risquent de mettre en danger sa santé, sa sécurité, sa moralité, son éducation ou son entretien, mais qui n'est pas pour autant maltraité.

La législation française définit les privations de soins ou négligences selon l'article 227-15 du Code Pénal (158) comme « le fait pour un ascendant - ou toute autre personne exerçant à son égard l'autorité parentale ou ayant autorité sur un mineur de 15 ans - de priver celui-ci d'aliments ou de soins au point de compromettre sa santé ». Les négligences lourdes sont punies de 7 ans d'emprisonnement.

La notion d'autorité parentale est un concept évolutif, que la loi actuelle, à travers l'article 371-1 du code civil (159), définit comme « un ensemble de droits et de devoirs ayant pour finalité l'intérêt de l'enfant. » Elle appartient aux parents jusqu'à la majorité de l'enfant ou son émancipation. Elle leur est confiée pour « protéger (l'enfant) dans sa sécurité, sa santé et sa moralité, pour assurer son éducation et permettre son développement, dans le respect dû à sa personne ».

- **Différentes définitions de la négligence**

Au Québec, le centre de liaison sur l'intervention et la prévention psychosociale reprend la définition de la négligence de Trocmé et ses collaborateurs (160). Ils la définissent à partir de huit aspects caractéristiques : défaut de superviser entraînant des sévices physiques, défaut de superviser entraînant des sévices sexuels, négligence physique, négligence médicale, défaut de soin pour un traitement physique ou psychiatrique, attitude permissive à l'égard d'un comportement criminel, abandon et négligence éducative.

La définition de la négligence de Polanski et ses collaborateurs (161) est considérée comme la plus complète et la plus susceptible d'inclure l'ensemble des situations de négligence pouvant se produire dans tel ou tel contexte. : « Une situation dans laquelle le parent, ou le responsable de l'enfant, délibérément ou par inattention extrême, permet que l'enfant souffre d'une condition présente de laquelle il pourrait être soustrait, et/ou ne lui procure pas les éléments généralement jugés comme essentiels pour le développement des capacités physiques, intellectuelles et émotives de l'individu. »

La première définition ne précise pas si la négligence est intentionnelle ou non, la deuxième définition précise que les deux cas sont possibles.

- **Les négligences émotionnelles**

Différents auteurs définissent les « négligences émotionnelles ».

Le Centre de Liaison sur l'Intervention et la Prévention Psychosociale au Québec définit les négligences émotionnelles par des carences de maternage, dans lesquelles sont regroupées carence affective et carence de stimulation (162).

Nicole Garret et ses collaborateurs définissent le terme « familles négligentes » comme ceci : « la défaillance parentale est au premier plan avec une parentalité mal intégrée qui s'exprime par une discontinuité des échanges, une trop grande proximité lors des interactions ne respectant pas les besoins émotionnels et le rythme du bébé, enfin une défaillance des soins corporels. » (163)

Dubowitz H décrit la négligence émotionnelle comme une forme courante mais discrète de maltraitance. (164)

Chloé Leclerc reprend les concepts des auteurs Glaser et Rees pour établir une définition de la négligence émotionnelle : « une défaillance chronique de la part du parent à offrir à l'enfant, au sein de leur relation, un environnement affectif suffisamment bon pour son développement » (165).

- **Les maltraitances autres que maltraitance physique et négligence**

La **maltraitance psychologique** n'est pas souvent reconnue, elle ne laisse pas de trace sur le corps mais est tout autant délétère pour l'enfant (166). Les parents perçoivent la détresse de leur enfant mais échouent à y répondre, volontairement ou défensivement. Selon cet auteur, les parents au minimum n'acceptent pas les besoins de l'enfant, ne renforcent pas le sentiment de sécurité et d'estime de soi, ne soutiennent pas le développement de l'autonomie de manière appropriée à l'âge, ne

donnent jamais de retour positif sur ce que fait l'enfant. Au pire, ils peuvent violemment aller contre ces besoins : propos ridiculisants, dénigrants ou méprisants, extrême sévérité, hostilité exprimée de manière ouverte, expression de ressentiment envers l'enfant, propos toujours négatifs. Les menaces d'abandon, de suicide, de torture ou de violence terrorisent l'enfant, ainsi que l'exposition de l'enfant à la violence conjugale.

Il existe d'autres formes de maltraitance : l'abandon de l'enfant, l'exploitation et la corruption qui encouragent l'enfant à développer des comportements antisociaux, son isolement des autres enfants ou la suppression d'activités agréables. Parfois, le parent peut réagir par un silence vaincu et craintif qui terrorise tout autant l'enfant, suivi soudainement d'une menace brutale de lui faire du mal (166).

L'**abus sexuel** est lié à des essais ou vrais contacts sexuels entre l'enfant et le *caregiver*, qui ont comme objectif la satisfaction sexuelle du *caregiver* ou des bénéficiaires financiers (166).

L'**inceste** selon le Larousse est un rapport sexuel entre un homme et une femme qui sont parents ou alliés à un degré prohibé : inceste entre le père et la fille, le frère et la sœur, l'oncle et la nièce (155).

Une notion psychanalytique importante à définir ici est celle de l'**incestualité**. Selon Racamier, l'incestualité concerne "ce qui porte l'empreinte de l'inceste non fantasmé, sans qu'en soient nécessairement accomplies les formes génitales", dans le lien à l'autre, au bébé, à l'enfant ; « une relation extrêmement étroite, indissoluble, entre deux personnes que pourrait unir un inceste et qui cependant ne l'accomplissent pas, mais qui s'en donnent l'équivalent sous une forme apparemment banale et bénigne » (167). A. Carel souligne que la périnatalité contient une "potentialité incestuelle", qu'il convient de différencier de la "réalisation" incestuelle (168). Cette potentialité incestuelle selon A.Ciccone peut être précipitée par un traumatisme périnatal en particulier l'arrivée d'un enfant porteur d'un handicap ou d'une anomalie (169). Elle reste à l'état de potentialité lorsqu'elle est traitée dans le couple parental, lorsque les deux membres du couple effectuent des alliances, des contractualisations entre eux. Le bébé est alors protégé des exigences incestuelles et une altérité se crée.

Au contraire, si la fonction du couple est perdue, si le bébé est pris dans les alliances inconscientes du couple, cela est toxique pour lui. Selon J. Defontaine (170), le cadre familial incestuel est marqué par :

- la confusion : confusion des places au sein de la famille (ex : enfant occupant une position parentale), cette confusion des places engendre d'autres confusions sur la différence des sexes et la différence des générations ;
- la paradoxalité : la distinction entre le familial et l'étranger est confuse, l'autorité et l'altérité ne sont pas reconnus ;
- le défaut de limite : de par la confusion des identités et des frontières, il n'y a pas de limites entre le familial et le privé ;
- l'intrusion : une angoisse d'intrusion est présente chez le sujet prisonnier d'une relation incestuelle ; que ce soit le sujet ou la famille, les défenses mises en place pour lutter contre l'intrusivité entraîne un contrôle des entrées et des sorties et conduisent à l'enfermement ;
- l'engrènement : c'est une des formes prises par l'intrusivité ; cette notion est proche de l'identification projective mais ici ce ne sont pas les émotions qui sont projetées sur l'autre mais les actions.

Dans un climat familial incestuel, l'enfant n'a pas le statut de personne mais de faire-valoir ; il est un instrument au service du narcissisme de ses parents.

2. Histoire et législation

Violences et négligences à enfants ont toujours existé. Dans l'Antiquité, Rome affirmait la toute-puissance du pater familias sur sa famille, et le choix des sanctions et des traitements réservés aux enfants ne dépendait que de lui. Les parents avaient alors droit de vie et de mort sur leur progéniture.

Au Moyen Âge les abandons d'enfants et les infanticides étaient fréquents, en particulier des fillettes considérées souvent comme des bouches inutiles à nourrir. La mortalité infantile était banalisée dans la société médiévale, les enfants étaient considérés comme des adultes miniatures. (171)

Au 17ème siècle, la considération de l'enfant change au sein de la famille. En 1638, Saint Vincent de Paul fonde à Paris l'hôpital des enfants trouvés et la communauté des filles de la charité, permettant une meilleure prise en charge des enfants abandonnés. (172)

Au 18ème siècle, Jean Jacques Rousseau souligne que l'enfance est une période spécifique de la vie et que l'enfant n'est pas un petit adulte imparfait. Il affirme que l'enfant naît bon et que c'est la société qui le corrompt. (173)

En 1841, la première loi réglementant le travail des enfants est votée. Elle interdit l'emploi des moins de 8 ans, limite la journée à 8 heures pour les 8-12 ans, 12 heures pour les 12-16 ans et interdit le travail de nuit au moins de 13 ans. (174)

En 1874, la loi du 23 décembre instaure le contrôle médical des enfants placés et la protection sanitaire des enfants de moins de deux ans placés en nourrice, faisant diminuer considérablement la mortalité des enfants abandonnés et confiés à l'Assistance publique. (174)

En 1889, la première mesure de protection des enfants maltraités et moralement abandonnés est mise en place et réprime les abus de l'exercice de la puissance paternelle. L'expression d'enfants maltraités figurait dans l'intitulé de cette loi du 24 juillet 1889. (175)

Sur le plan médical

Ambroise Tardieu, médecin légiste Français, publie en 1860 un article dans lequel le concept de l'enfant battu tel qu'on l'entend aujourd'hui est exprimé. (176)

En 1946, Le Dr Caffey, radiologue, rapporte les cas de six nourrissons qui présentaient une association d'hématomes sous-duraux et de fractures des os longs. Il soupçonna l'origine traumatique mais ne l'affirma pas. (177)

En 1953, le Dr Silverman, radiologue également, met en évidence l'aspect radiologique particulier de certaines fractures multiples d'âge différent, plus ou moins bien consolidées, et faisant évoquer une maltraitance. (178) Ses travaux aboutissent

finalement par la publication en 1962, avec la collaboration du Dr Kempe, pédiatre à Denver, et du Dr Steele, pédopsychiatre, d'un article intitulé « le syndrome de l'enfant battu » qui développe les aspects cliniques, psychologiques et radiologiques des maltraitements à enfants. Cet article représente la prise de conscience de la problématique de la maltraitance dans le milieu médical et dans la société en général, entraînant dans sa suite de nombreuses études et publications sur le sujet tant en matière clinique, psychopathologie, prise en charge, prévention qu'en matière de justice et de lois. (179)

En France, deux pédiatres, le Pr. Neimann à Nancy et le Dr Strauss à Paris, ont sensibilisé les médecins, professionnels de santé et travailleurs sociaux à cette problématique. Pierre Strauss crée en 1979, l'Association Française pour l'Information et la Recherche sur l'Enfance Maltraitée (AFIREM). (180)

Législation et dispositifs plus récents

La France crée une juridiction spécialisée en 1912, puis des tribunaux pour enfants en 1945. Des institutions spécifiques se mettent en place, comme l'Aide sociale à l'enfance en 1943, puis deux ans plus tard, les centres de Protection maternelle infantile. En 1990, l'ODAS (157) est créée et assure, entre autres, la mission de surveillance de la maltraitance infantile au niveau national.

En 2006, l'OMS reconnaît la maltraitance infantile comme un problème de santé publique majeur pour l'enfant.

La loi du 5 mars 2007 (156) réorganise la protection de l'enfance, avec la création de Cellules de recueil des informations préoccupantes (CRIP) qui doivent faciliter la reconnaissance de ces situations.

Plus récemment, la loi du 14 mars 2016 (181) relative à la protection de l'enfant apporte une nouvelle définition du sens donné à la protection de l'enfant en plaçant ce dernier au centre de l'intervention. Les nouvelles dispositions légales renforcent la prise en compte de l'enfant et de ses besoins dans un parcours de protection (sécuriser le parcours de l'enfant, assurer une stabilité de vie...) et souhaitent aller dans le sens d'une meilleure cohérence en ce qui concerne les dispositifs, les pratiques et l'articulation institutionnelle.

3. Données épidémiologiques

En France, l'estimation du nombre de mineurs concernés par une mesure de protection de l'enfance au 31 décembre est réalisée tous les ans depuis 2005. (182) Elle s'opère à partir du croisement des données de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) et de la Direction de la protection judiciaire de la jeunesse (DPJJ), avec le nombre de mineurs en assistance éducative issu des tableaux de bord des tribunaux pour enfants.

Cette estimation est présentée tous les ans dans le rapport de l'Observatoire National de la protection de l'enfance (ONPE) remis au Gouvernement et au Parlement.

L'ONPE estime au 31 décembre 2018 que (183) :

- 306800 mineurs bénéficient d'au moins une prestation ou mesure relevant du dispositif de protection de l'enfance sur la France entière hors Mayotte, ce qui représente 21‰ des mineurs.
- 110 035 nouveaux mineurs ont fait l'objet d'une saisine d'un juge des enfants, un chiffre qui a connu une croissance importante en 2018 (+ 5,6 %), mais plus modérée qu'en 2017(+12,(%). L'augmentation pourrait être expliquée par celle observée du nombre de mineurs non accompagnés (MNA) reconnus par décision judiciaire dont le nombre augmente de 14 %.

Par ailleurs, de nombreuses études épidémiologiques sur la maltraitance au niveau international montrent que les différents types de maltraitance sont associés. Le taux d'association varie selon les études retrouvées de 32 % à 95 %. (184) (185).

La négligence isolée représente 16% des enfants maltraités selon une étude de Warmingham et coll (186).

4. Les facteurs de vulnérabilité

Certains facteurs augmentent la probabilité que la maltraitance se produise. La documentation scientifique présente trois catégories de facteurs. Souvent, c'est l'ensemble de ces facteurs qui amène un terrain propice à l'apparition de la négligence et de la maltraitance. (187)

a. Facteurs associés aux caractéristiques du contexte de vie des familles

Sur le plan social, le revenu et le niveau d'éducation des parents sont des facteurs de risque reconnus bien que leurs importances diffèrent selon le type de maltraitance (188). De nombreuses recherches ont démontré une association entre l'isolement social des familles et la maltraitance envers les enfants, même en contrôlant pour les ressources matérielles (189).

Selon Lacharité et coll, l'absence de soutien social et de ressources collectives (économique, sociale ou culturelle) représentent des facteurs de risque très importants de négligence. Selon les auteurs la pauvreté, le décrochage scolaire et la monoparentalité réfèrent aux ressources collectives. La présence de stressseurs chroniques de l'environnement et de la famille elle-même contribue à la négligence, et les événements quotidiens incontrôlables rendent la vie de famille chaotique (187).

Selon Céline Pelletier, dans les années 1980 en Amérique du Nord sont occultés dans les analyses des facteurs de risque de la négligence ceux liés aux conditions de vie des milieux sociaux les plus défavorisés. Selon elle il y a une double causalité, renvoyant la maltraitance tantôt à des dysfonctionnements parentaux spécifiques, tantôt à des conditions de vie excessivement pauvres (190).

Dans sa thèse "Pratiques de soins parentales et négligences infantiles : approche narratologique et écologique des récits de parents d'enfants et de 0 à 5 ans d'un village bas-laurentiens", elle démontre que la précarité des relations entre la famille et le milieu environnant est au cœur des difficultés des parents à prodiguer de bons soins à leurs très jeunes enfants. (191)

b. Conditions associées aux caractéristiques des figures parentales

Les deux conditions principales à risque de négligence parentale selon Lacharité et ses collaborateurs sont le nombre de grossesses et de naissances non planifiées et les troubles mentaux. L'existence d'un trouble psychiatrique ou addictif chez l'un des parents est un facteur de risque de maltraitance connu (187).

Les habiletés sociales déficitaires (impulsivité, méfiance, faible estime de soi) et les faibles habiletés de résolution de problèmes (déficits cognitifs, retard ou déficience intellectuelle) constituent des facteurs à effet modéré. (187)

Selon Tarabulsy et ses collaborateurs, les parents maltraitants ont pour une large majorité des histoires infantiles d'abus ou de négligence. (192)

Selon les théoriciens de l'attachement, les parents maltraitants ont un *caregiving* inadéquat dans les situations de stress. Lorsque le système d'attachement de l'enfant s'active, celui du parent s'active aussi car il peut se sentir impuissant, anxieux. La situation rappelle leur propre traumatisme d'attachement et l'anxiété engendrée peut conduire au retrait relationnel. (193)

c. Conditions associées aux caractéristiques de l'enfant

L'existence d'une pathologie somatique entraînant des hospitalisations précoces et/ou répétées est une situation particulièrement à risque (par exemple en cas de prématurité, de faible poids de naissance ou d'une pathologie précoce) (194) (195).

Les enfants d'âge préscolaire constituent le groupe le plus à risque (196).

Selon Howe D, les situations à risque de maltraitance sont celles où les besoins de l'enfant sollicitent trop les capacités du parent (enfant handicapé, enfant avec des troubles du comportement, enfant séparé des parents à la naissance). Le parent a du

mal, pour les raisons précédemment citées en lien avec la théorie de l'attachement, à assumer son rôle de protection. (166)

5. Les besoins de l'enfant

Avant de s'attacher aux conséquences des maltraitances infantiles, il s'avère important de revenir sur la notion des besoins fondamentaux de l'enfant.

Selon M. David, pour un bébé en état d'« immaturité organique » et donc de dépendance complète à son environnement, la satisfaction des besoins indispensables à sa survie nécessite l'intervention d'une autre personne, un parent le plus souvent. Selon cette optique, l'enjeu de la satisfaction des besoins du petit humain est de lui « apporter les soins sans lesquels [il] ne peut ni grandir, ni apprendre, ni s'épanouir », les différentes dimensions du développement (moteur, neurologique, émotionnel et affectif...) étant très interdépendantes au cours des premiers mois comme nous avons déjà pu l'évoquer. (197)

Plusieurs nomenclatures de besoins fondamentaux ont été établies dès 1938. Lacharité et coll. relèvent un consensus quasi universel autour de certains besoins d'ordre physiques ou éducatifs ; alors que d'autres besoins par exemple d'ordre psychologique suscitent des controverses. (187)

En 1970, A. Maslow a proposé une théorie de la motivation reposant sur cinq besoins humains fondamentaux et hiérarchisés : besoins physiologiques, besoins de sécurité, besoins d'amour, besoins d'estime, besoin d'accomplissement de soi. Pour cet auteur, l'apparition d'un besoin dépend de la satisfaction du besoin « précédent ». (198)

Pourtois et Desmet en 2011 ont élaboré le paradigme des douze besoins fondamentaux qui comporte quatre dimensions (affective, cognitive, sociale et de valeurs), chacune recouvrant trois besoins spécifiques de l'enfant qui impliquent des catégories d'attitude parentale. (199)

Brazelton et Greenspan en 2003 définissent sept « besoins incontournables ». (200) Il s'agit des « expériences et [des] soins que tout enfant a le droit d'avoir », formulés ainsi :

- le besoin de relations chaleureuses et stables ;
- le besoin de protection physique, de sécurité et de régulation ;
- le besoins d'expériences adaptées aux différences individuelles ;
- le besoin d'expériences adaptées au développement ;
- le besoin de limites, de structures et d'attentes ;
- le besoin d'une communauté stable, de son soutien, de sa culture ;
- le besoin de protection de notre avenir.

Un des constats majeurs est que les besoins diffèrent selon l'âge de l'enfant. M. David (2013) s'est focalisée sur les enfants de 0 à 2 ans, et souligne la nécessité de prendre en compte la spécificité de ce temps et des besoins qui s'y expriment. (197)

Winnicott note que des soins corporels et psychiques adéquats sont nécessaires à l'enfant pour pouvoir « se sentir exister de manière continue ». (201)

N. Guedeney relève que le besoin d'attachement permet, quand il est satisfait, une construction harmonieuse de la sécurité interne. (202)

M. Berger rappelle que « le premier besoin d'un enfant petit n'est pas d'être aimé, mais d'être rassuré ». Cependant, selon lui, l'amour porté par le parent, n'implique pas forcément que celui-ci puisse rassurer son enfant et lui fournir le sentiment de sécurité indispensable à sa construction (203). Une analyse similaire est développée par N. Guedeney.

6. Impact des négligences parentales sur le développement

L'enfant présentant un retard de développement était considéré jusqu'à il y a 4 ou 5 décennies comme « constitutionnellement déficient ». Misès a démontré que les

troubles pouvaient pour certains être acquis, multifactoriels, dépendant de l'environnement et que des soins pouvaient avoir un effet mutatif pour l'enfant. (204)

Dans le même sens, Polanski, dans les années 1970 critiquait la focalisation sur les abus physiques et sexuels et soulignait que les mauvais traitements "en creux" pouvaient s'avérer aussi problématiques en ce qui concerne les répercussions sur le développement. (205)

a. Impact chez le très jeune enfant (205)

- *Tonicité* : Des troubles de la tonicité sont observés chez le bébé négligé. Une hypertonicité peut être observée (enfant qui a les membres tendus et la colonne vertébrale en hyperextension) ou une hypotonie (poupée de chiffon).
- *Agrippement* : L'enfant peut être tendu musculairement, avoir les poings fermés, les orteils accrochés et le regard fixe agrippé à un point lumineux. Les pleurs et les reflux sont fréquents. L'enfant refuse la position allongée, il se redresse au-delà de ses forces.
- *Motricité* : L'enfant explore peu son corps, la motricité est pauvre. Il ne présente pas de jeux de mains. Il cherche des stimulations excitantes ou des agrippements sécurisants. Il n'a pas la possibilité d'avoir des échanges mutuels ni de manipuler des jouets.
- *Régulation émotionnelle* : Les troubles de la régulation émotionnelle sont marqués chez l'enfant négligé. Le parent n'étant pas soutenant dans la gestion des émotions, l'enfant utilise son corps pour faire baisser les tensions. Les manifestations émotionnelles comme la peur et la colère sont exprimées de façon inappropriée et désorganisée. L'enfant peut aussi utiliser des mécanismes de repli affectif. Ceux-ci sont évalués notamment par l'échelle alarme détresse bébé.
- *Processus d'attachement* : Une situation chronique de négligence favorise la survenue d'un attachement désorganisé. L'enfant négligé n'a pas de figure d'attachement vers qui diriger ses comportements d'attachement, il ne se sent pas protégé. (166)

b. Signes secondaires sur le plan cognitif et social

Les jeunes enfants négligés ont une altération de leur fonctionnement cognitif. Ils prennent peu d'initiatives et sont peu enthousiastes aux apprentissages. Les tâches leurs sont difficiles à résoudre et ils abandonnent vite. Ils ne s'engagent pas dans des jeux de leur âge. Plus tard, leur quotient intellectuel est plus bas, et ce, de façon définitive si la négligence perdure après les 24 mois de l'enfant. (205)

Une étude de Gowan et coll montre un lien entre les soins reçus par l'enfant et son QI ainsi que la capacité à s'engager dans des jeux adaptés pour son âge. Les résultats relèvent que à 12, 18, 24 et 36 mois, les enfants ayant reçus des soins psychologiques adaptés ont un QI plus élevé que ceux n'ayant pas reçu ces soins. (206)

Hoffman-Plotkin et Twentyman ont noté que les enfants négligés d'âge préscolaire ont moins d'interactions avec leurs pairs. (207)

Concernant les représentations mentales, Venet et coll. (208) constatent chez des enfants de 3 à 5 ans que les enfants négligés ont plus d'évitement, plus de matériel effrayant et des représentations maternelles moins disponibles que les enfants du groupe contrôle non exposés à la négligence.

c. Conséquences secondaires sur la santé mentale et physique

- Sur le *plan physique*, il est retrouvé que les enfants négligés ont une moins bonne santé physique. Une étude retrouve que les enfants en situation de négligence grave seraient particulièrement à risque d'obésité. (209)
- La *santé mentale* est impactée par les négligences.

La dépression est associée à tous les types de maltraitements. Les études ont mis en évidence une relation dose–effet avec davantage de dépression dans les contextes les plus sévères (210).

Une étude retrouve 17 % d'ESPT en cas de négligence comparé à 10 % d'ESPT dans la population témoin et le risque vie entière reste toujours élevé. (211)

Une étude montre que le risque de tentative de suicide est élevé mais qu'il est davantage expliqué par les facteurs sociaux et familiaux. (212)

Concernant les addictions, une étude relève que les personnes maltraitées et négligées sont 1,5 fois plus à risque de consommer du cannabis et d'autres drogues illicites et ont davantage de problématique de dépendance comparément au groupe contrôle. (213)

d. Conséquences cérébrales

En 1965, dans une expérience clinique, Wiesel et Hubel montraient que l'absence de stimulation visuelle pendant une période critique du développement de l'appareil oculaire du chat conduisait à la cécité. (214)

Les études neuroscientifiques récentes montrent une inscription lésionnelle rapide et précoce de la négligence.

Au cours du développement précoce, les remaniements cérébraux en particulier la stabilisation synaptique des réseaux fonctionnels et l'élagage des connexions inutiles sont fortement influencés par la richesse et la qualité des stimulus environnementaux.

Les travaux menés chez les enfants orphelins roumains victimes de négligence grave ont montré que la durée de la déprivation est bien corrélée au quotient intellectuel ou de développement que présenterait l'enfant six ans plus tard, même si des variations interindividuelles sont importantes (215) (216).

Ainsi, sans stimulation, certaines zones cérébrales peuvent s'atrophier notamment les lobes temporaux qui relèvent les informations sensorielles et régulent les émotions. Ce manque de stimulation et d'interaction impacte la synaptogenèse, ce qui entraîne un sous-développement des aires sous corticales et limbiques.

Par ailleurs, le stress produit lors des situations de négligence induit une hypersécrétion de corticoïdes, ce qui a des conséquences durables sur l'hippocampe ; qui joue un rôle pour la mémoire, le comportement et les apprentissages, mais aussi

dans la régulation de la production de l'hormone de croissance et de la prolactine (205).

Ainsi, l'impact des négligences apparaît chez l'enfant dès son plus jeune âge et toutes les sphères du développement sont touchées. Ceci est en lien avec les thèmes abordés dans la première partie sur le développement précoce et les interactions précoces.

L'impact chez l'enfant plus grand apparaît dans les domaines de la cognition et de la santé mentale.

Nous allons maintenant étudier les différences d'impact des négligences par rapport aux maltraitances physiques.

7. Différences des effets de la maltraitance physique et de la négligence et effet cumulatif de ces deux types de maltraitance

Des études récentes cherchent à spécifier le rôle des sous types de maltraitance dans le développement de l'enfant et de l'adolescent. En effet, elles mentionnent que les effets de la maltraitance sont connus, mais que les différences entre chaque catégorie ne sont pas bien établies (217). Par ailleurs, l'hypothèse selon laquelle les conséquences négatives des maltraitances augmentent proportionnellement au nombre de maltraitance subies paraît logique, cependant nous allons montrer que les résultats des études diffèrent sur ce point.

a. Enfant d'âge pré-scolaire

Pour les enfants d'âge préscolaire négligés, les scores sont plus bas aux tests intellectuels et aux problèmes de langage comparément aux enfants violentés selon une étude Ethier et Nolin (218). Selon les mêmes auteurs les effets de la négligence seraient pires que ceux de la violence. Ceci est expliqué par le détachement et le non

investissement des parents négligents envers leur enfant par rapport aux parents violents qui ont souvent des exigences élevées envers leur enfant.

Hildyard et Wolfe (219) citent le Minnesota Mother-Child Project : cette étude longitudinale a suivi le développement de 267 enfants, premiers nés de mères identifiées à risque concernant la parentalité. En comparaison avec les autres groupes de maltraitements, les jeunes enfants ayant été émotionnellement négligés entre 9 et 24 mois présentaient les déclinés à l'échelle de Bayley les plus dramatiques, passant d'un quotient de développement (QD) de 118 à un QD de 87 à 24 mois. À 24 mois, les enfants ayant vécu une histoire de négligence physique étaient moins enthousiastes, plus frustrés et en colère durant des tâches à résoudre que les autres enfants, quel que soit leur groupe (220).

Une étude française de Govindama (221) menée pour l'ONPE porte sur les conséquences de la maltraitance psychologique et de la maltraitance physique sur le développement de l'enfant de moins de 3 ans. Cette étude a comme première hypothèse que la maltraitance aussi bien que la négligence engendrent un état de stress post traumatique, cette hypothèse a été vérifiée. La deuxième hypothèse est que les différents types de maltraitements ont des conséquences différentes. Le test de Brunet Lézine et le test projectif du MPPE ont été réalisés chez 2 groupes d'enfants de moins de 3 ans ayant été placés dans un service de la protection de l'enfance. Dans le premier groupe les enfants ont un antécédent de maltraitance psychologique (définie ici par négligence et cruauté mentale). Dans le deuxième groupe les enfants ont un antécédent de maltraitance physique. La maltraitance et le placement de l'enfant ont eu lieu avant l'âge de 3 ans. Les résultats pour le groupe d'enfants maltraités psychologiquement révèlent un score de développement global inférieur à la norme (0.80). Ces résultats mettent en évidence un profil dysharmonique dans les trois secteurs de développement partiel (langagier, oculomoteur et sociabilité) au profit d'un surinvestissement du postural, au détriment du langagier.

Les résultats pour le groupe d'enfants victimes d'abus physiques montrent un quotient de développement général bien en dessous de la norme (0.75) impliquant des profils homogènes dans les secteurs développementaux et qui entrent dans un retard généralisé. Au test de la MPPE, les résultats montrent un certain parallélisme dans les deux types de maltraitements en faveur de l'hypothèse que le fait d'avoir été maltraité

serait un marqueur plus puissant et discriminant que celui de la spécificité du type de maltraitance.

Des auteurs ont démontré la proportion plus importante de l'anxiété chez les enfants négligés de 12 à 18 mois.

Hoffman-Plotkin et Twentyman ont noté que les enfants négligés d'âge préscolaire avaient moins d'interactions avec leurs pairs, en comparaison avec les enfants victimes de violence physique et les cas témoins (222).

b. Chez l'enfant d'âge scolaire et l'adolescent

- **Conséquences en termes de développement cognitif**

Dans un examen s'échelonnant de 1975 à 1995, Katz a noté qu'à la fois les enfants victimes de violence et les enfants négligés accusent des retards ou des troubles du langage, mais que le problème était beaucoup plus grave chez les enfants négligés (223).

De même, se basant sur plusieurs études des années 1980-1990, de Alen et Oliver notamment (224), ayant montré une association entre un retard de développement du langage et un antécédent de négligence, Merritt et Klein (225) cherchent à souligner que ce sous type spécifique de maltraitance engendre un retard de langage. Ils comparent deux groupes d'enfants, un où les enfants inclus bénéficient d'un programme de soins et d'éducation, l'autre où les enfants ne bénéficient pas de ce programme. Ils mettent en évidence un lien significatif pour les enfants ayant été négligés (défaut de supervision). Ce groupe a des meilleurs résultats concernant l'amélioration du langage après le programme. Les résultats concernant les autres types de maltraitance ne sont pas significatifs.

Nolin et Ethier en 2007 (218) trouvent que les enfants négligés ont des problèmes cognitifs sévères plus importants que les enfants violentés physiquement. Ils comparent le portrait des enfants négligés d'âge scolaire au portrait d'enfants plus jeunes.

Selon Fantuzzo et ses collaborateurs (226), le fait d'avoir été négligé diminue les capacités d'apprentissage scolaire (lecture, langage, science) ainsi que les habiletés sociales. Ceci est retrouvé également chez les enfants victimes de maltraitance physique isolée mais de façon moins importante. Ces difficultés d'apprentissage dépendraient de l'âge où l'enfant a été négligé. Si la négligence est subie en âge préscolaire l'enfant aurait plus de difficultés d'apprentissage que si elle survient après l'entrée à l'école.

Bengwasan et coll (227) étudient les différences d'impact sur les compétences intellectuelles chez des enfants de 4 à 17 ans ayant soit été maltraités soit été négligés. Grâce à une analyse multivariée ils mettent en évidence que les enfants maltraités ont une mémoire de travail, une vitesse de raisonnement, et des connaissances générales plus élevées que les enfants négligés.

Une autre étude différencie les conséquences en termes de développement cognitif chez des enfants ayant été soit négligés soit maltraités. L'échantillon final comporte 3796 adolescents de 14 ans. Deux tests sont utilisés, un évaluant l'écriture, l'autre le raisonnement abstrait et l'intelligence fluide. Les 2 groupes présentaient pour chaque test des résultats inférieurs à la norme pour leur âge. Ceux du groupe d'adolescents ayant été négligés pendant l'enfance avaient des scores moindres que ceux ayant été maltraités physiquement. (228)

Risque cumulatif

Une étude de Trickett et al en 2011 (229) compare chez 2 groupes d'enfants de 9 à 12 ans victimes de 3 ou + types d'abus et victimes de 2 types d'abus les différences d'effets sur la santé mentale et les compétences cognitives. Le risque cumulatif est montré ici, les enfants ayant subi le plus de types de maltraitance avaient une plus mauvaise santé mentale et de moins bonnes capacités cognitives.

Selon Nolin et Ethier (218), les enfants violentés et négligés à la fois présentent les profils les plus sévères sur les plans cognitif et social.

Les résultats d'une étude de O'Hara et al en 2015 (230) vont à l'encontre de la théorie du risque cumulatif. Ils formulent comme hypothèse que les enfants négligés seulement auraient moins de stimulations cognitives et d'interactions sociales que les enfants négligés + maltraités. Ils étudient dans une analyse bivariée les différences de

scores à un test de vocabulaire entre les 2 groupes d'enfants de 6 ans. Le groupe d'enfants négligés seulement a des résultats au test de vocabulaire plus faible.

- **Conséquences neurologiques**

Le cortex visuel a un volume moins important chez les enfants ayant été victimes de maltraitements multiples que chez ceux ayant été victimes de négligence seule ; et un volume moins important chez les enfants négligés que chez ceux ayant un antécédent de maltraitance unique physique ou sexuelle selon une étude de Fujisawa. (231)

- **Conséquences sur la santé mentale**

Anxiété, dépression, retrait social / troubles du comportement extériorisés

La négligence est associée à plus de symptômes intériorisés tels la dépression, l'anxiété ou le retrait social dans l'enfance, et ces symptômes sont stables même après le placement de l'enfant. Par ailleurs, la maltraitance n'est pas liée à davantage de symptômes intériorisés (217).

La maltraitance et la négligence sont liées à davantage de comportements agressifs chez les enfants de 4 ans et de 5 ans comparés aux enfants de même âge qui n'ont pas subis ces mauvais traitements. Le résultat n'apparaît plus significatif pour la négligence lorsque la variable facteurs protecteurs (entourage étayant, bien être parental) est ajoutée. (232)

Ces résultats avaient été retrouvés dans une étude plus ancienne en 1989 par Erickson et ses collaborateurs, qui montraient que lorsque les enfants négligés interagissent avec leurs pairs, ils sont plus retirés et plus apathiques que les enfants violentés qui présenteraient plus d'agressivité envers autrui (233).

Les adolescents de 12 à 15 ans ayant subis de la maltraitance physique ont une probabilité plus grande d'avoir des troubles du comportement que ceux ayant subi de la négligence. (234).

Risque cumulatif

Une étude montre le lien entre le risque de comportements agressifs à l'adolescence avec l'accumulation des antécédents de maltraitance physique et de négligence. (235).

Cette étude met en évidence que le sous-type de négligence à l'adolescence le plus lié à des comportements agressifs est l'abandon.

L'effet cumulatif est montré dans une étude de Warmingham et coll (186) sur des enfants de 10 à 12 ans. Les symptômes d'extériorisation sont plus importants chez les enfants victimes d'abus multiples que chez ceux ayant un antécédent de négligence uniquement.

Cette étude montre aussi un effet cumulatif pour le symptôme dysrégulation des émotions, la symptomatologie est plus importante en cas d'abus multiples que dans le cas de négligence seule.

De plus, selon cette étude avoir un antécédent de négligence seule engendre un défaut de régulation des émotions plus important que pour un autre type d'abus isolé (maltraitance physique ou sexuelle).

L'effet cumulatif est montré dans une étude de Witt et coll (236) sur la santé mentale en général. Cette étude différencie deux groupes d'enfants et d'adolescents classés selon le nombre de types de maltraitance ; ceux ayant un nombre plus élevé de types de maltraitance ont plus de problèmes de santé mentale.

Risque suicidaire

Une étude chinoise de Lan et coll étudie les relations entre chaque type de maltraitance et l'incidence sur le risque de suicide chez des adolescents de 16 à 18

ans. Il est mis en évidence que le risque de suicide est augmenté pour chaque type de maltraitance (physique, sexuelle, émotionnelle, négligence physique et émotionnelle). Le risque de suicide est plus élevé chez les adolescents présentant un antécédent de maltraitance physique que chez ceux présentant un antécédent de négligence physique ou émotionnelle. (237)

c. Conséquences au long terme

- **Sur les capacités cognitives**

Une étude prospective de Geoffroy et coll publiée en 2016 étudie les effets au long terme de la négligence et de la maltraitance infantile sur les capacités cognitives. Il est montré une diminution significative des capacités cognitives à 16 et 50 ans des personnes ayant été négligées par rapport aux personnes non négligées pendant l'enfance. Cette corrélation n'était pas retrouvée pour l'abus physique (238).

- **Sur la santé mentale (Trouble de la personnalité)**

Une étude suisse sur l'association entre les expériences d'adversité dans l'enfance et l'apparition d'un trouble spécifique de la personnalité ont mis en évidence 2 associations : entre les antécédents d'abus physique et la personnalité psychopathique, et les antécédents de négligence physique et la personnalité narcissique (239).

Les résultats des différentes études montrent que l'impact de la négligence est plus important que l'impact de la maltraitance physique en ce qui concerne la sphère cognitive, que ce soit à court, moyen ou long terme. Par rapport au risque cumulatif de ces deux types de maltraitements sur la cognition, les résultats des études divergent.

Dans le domaine de la santé mentale, il ressort des différents résultats que les enfants négligés ont plus de symptômes type anxiété ou dépression alors que les enfants maltraités physiquement ont davantage de troubles du comportement

extériorisés. Concernant le risque cumulatif, les résultats convergent dans un sens : l'aggravation de la santé mentale avec l'accumulation de deux types de maltraitance.

Après s'être attachés aux spécificités en tant que telles de la maltraitance et de la négligence, nous allons nous intéresser aux mouvements par rapport aux soins et aux soignants dans ce type de situations.

C. Difficultés rencontrées par les professionnels face aux situations où de la violence est présente

1. Échappement aux soins et absence de demande soins

Ces familles échappent très souvent aux soins, ce qui peut s'expliquer par différentes hypothèses :

- La difficulté à créer une alliance thérapeutique, souvent associée à une méfiance générale et une difficulté à faire confiance. Cet aspect sera explicité dans la 3ème partie avec comme support théorique la théorie de l'attachement.
- Les difficultés sociales souvent associées : difficultés liées au transport, à l'accès plus difficile aux structures, à la mauvaise couverture sociale...

Les trois raisons principales de l'absence de demande de soin par les "*familles maltraitantes*" selon Cirillo et ses collaborateurs sont (240) :

- L'appartenance à un milieu socioculturel qui ne prévoit pas le recours à une thérapie psychologique pour faire face à des situations difficiles.
- La honte, la peur du blâme et de la sanction. La demande d'aide équivaudrait à une auto-accusation.
- La spécificité du fonctionnement familial et individuel :

Selon Cirillo le parent ne demande pas d'aide aux professionnels car il est trop occupé à demander des comptes auprès de sa famille d'origine. Il demande de l'aide à ses

parents dans le but de soulager une rancune. Même après avoir arrêté d'espérer que ceux-ci ne leur viennent en aide, il continue à les interpeller. C'est ce que l'auteur appelle la "*stratégie du dédommagement*". Ce parent-là désire ardemment recevoir une réparation affective pour les carences et les frustrations vécues par le passé.

2. Conflits institutionnels

Une partie de l'exercice en santé mentale consiste en un travail sur les représentations. Notre psychisme est en élaboration constante en captant ce qui provient de l'autre, se représentant ce que celui-ci exprime à partir de nos propres expériences (241). C'est ainsi que certains professionnels seront davantage touchés par le vécu de victime de l'enfant, tandis que d'autres rejoindront plus facilement les adultes dans leur positionnement. Un clivage peut s'opérer entre soignants selon l'émergence des représentations véhiculées entre l'horreur suscitée d'un côté et une forme de compréhension ou compassion de l'autre.

La représentation constitue une construction personnelle, singulière et unique, qui n'est pas une transposition de la réalité vécue par le patient et ce, au-delà des aspects de respect et d'empathie (242). Cet aspect subjectif ne manque pas d'entraîner de multiples questionnements avec, en conséquence, l'absence de consensus quant à la définition de la maltraitance infligée aux enfants comme nous avons déjà pu l'aborder précédemment.

Des clivages peuvent ainsi apparaître au sein d'une équipe au sujet de l'accompagnement d'une famille où une problématique de maltraitance est présente, ainsi qu'un questionnement éthique.

3. Le questionnement éthique

Comme le rappelle Duyckaerts (242), tout professionnel de la Santé Mentale s'appuie sur un cadre référentiel qui définit sa pratique, étayé par des notions comme celles de la confidentialité et du respect de la vie privée. Dans les cas de prises en charge conjointe parent-enfant notamment, le soignant doit prendre en compte la

dimension éthique de la démarche en réfléchissant sur les bénéfices/risques pour s'assurer de ne pas nuire à l'enfant.

Le principe d'assistance à personne en danger intervient comme alternative au secret professionnel quand il s'agit d'enfants. Sur un plan théorique, chacun estime qu'il y a lieu de se préoccuper du bien-être de celui-ci. Cependant l'application pratique de ce principe est parfois difficile. Différents arguments peuvent être avancés, comme par exemple la crainte de retombées péjoratives sur la famille et sur l'enfant concerné en particulier (quel sera son avenir en pouponnière, foyers ou familles d'accueil successives ?).

Par ailleurs, certains intervenants prônent "une idéologie du lien", l'enfant devant, sauf exception, grandir dans son environnement familial. Ces mêmes professionnels misent alors sur un accompagnement du système en souffrance, soutenant les potentialités et évitant de stigmatiser les défaillances (243).

Convaincu du bien-fondé de cette idéologie, le professionnel est menacé de perdre l'objectivité nécessaire à une évaluation juste de ce que vit un enfant. Il capte alors les quelques mouvements psychiques et physiques adéquats du parent envers l'enfant, accordant toute l'importance aux propos de reconnaissance des faits de maltraitance par l'adulte.

En évoquant cette notion de reconnaissance, nous allons nous attarder sur les mécanismes défensifs comme la négation, décrits par Cirillo et ses collaborateurs (240)(152).

Ils décrivent quatre types de négation parentale :

- le plus radical, qui consiste à nier purement et simplement les faits ;
- celui de la négation de la conscience (« je ne savais pas ce que je faisais ») ;
- celui de la négation de la responsabilité (les faits sont reconnus mais la responsabilité est attribuée à l'autre) ;
- celui de la négation de l'impact (niveau insidieux par son volet de reconnaissance partielle : « ce que j'ai fait n'est pas si grave »).

Le professionnel dans certains cas s'arrête à ce qu'il croit être une reconnaissance de la part du parent. Le parent est alors plutôt désireux d'éviter n'importe quel cadre confrontant ou contraignant, et est touché par l'accueil qui lui est réservé de la part du soignant soucieux de neutralité et de bienveillance. Le professionnel se piège lui-même, emprisonné dans ses représentations, comme nous l'évoquions précédemment, et piège les membres de la famille en privilégiant le maintien d'une homéostasie pourtant préjudiciable.

Ainsi le professionnel dans des situations où maltraitance et/ou négligence sont présentes se trouve confronté à diverses problématiques et interrogations notamment la question de la confiance et de l'alliance. Avant d'aborder la troisième partie à ce sujet, nous allons illustrer la problématique de la négligence à enfant en situation de prise en charge parent-bébé à travers 4 cas cliniques.

D. Illustrations cliniques

1. Madame E, Monsieur F et Théo

Le premier entretien avec Madame E (40 ans) a lieu en début d'année 2018 alors qu'elle est enceinte de 6 mois. Elle a été adressée en consultation à l'unité parents-bébé (UPB) par son psychiatre traitant.

Madame E vit en couple avec Monsieur F dans le Lubéron. Ils ne travaillent pas. Tous les deux sont bénéficiaires de l'AAH.

Madame a deux enfants de 18 et 5 ans de deux unions précédentes. Tous deux sont placés en famille d'accueil.

Madame est issue d'une fratrie de 7 enfants. Son père est décédé d'un infarctus du myocarde lorsqu'elle avait 15 ans. Sa mère a pour antécédent un éthylisme chronique. Madame a peu de contact avec sa famille d'origine, vivant au Maroc.

Les antécédents de madame E sont :

- Trouble de la personnalité type état-limite
- Éthylisme chronique
- 4 tentatives de suicide dont 1 par phlébotomie cervicale

Le traitement actuel et pendant la grossesse est : baclofène, zyprexa, valium.

Monsieur F (45 ans) a pour antécédent :

- Trouble schizo-affectif
- Addictions sevrées (cocaïne, cannabis et alcool)
- Accident de la voie publique avec pneumothorax pendant la grossesse de madame E.

Nous n'avons pas d'éléments biographiques le concernant.

C'est un passionné de philosophie.

Le couple s'est rencontré en clinique psychiatrique l'été précédent la grossesse. Cette grossesse n'était pas désirée. Le couple est conflictuel, tantôt monsieur et madame habitent ensemble, tantôt ils sont séparés.

Madame vient seule aux consultations anténatales à l'UPB. Le thème principal abordé est la maternité concernant ses 2 aînés. Elle dit que cette grossesse est différente, qu'elle sent bouger le bébé, qu'elle est plus mature et plus confiante.

Nous pensons d'emblée à proposer des soins berceuses pour Madame. Il s'agit d'un soin souvent utilisé en anténatal car permettant aux femmes enceintes de prendre contact avec leur bébé et, de par le partage avec d'autres mères présentes avec leur bébé, de se préparer à la fonction maternante.

Madame vient volontiers aux soins berceuses et aux consultations médicales, un lien de confiance s'établit progressivement avec les différents professionnels impliqués.

Théo naît au printemps 2018. Les éléments médicaux figurant sur son carnet de santé sont :

- Naissance à terme, par voie basse non instrumentale
- Séjour en néonatalogie d'une durée de 10 jours pour observation de l'adaptation du nouveau-né du fait des traitements médicamenteux pris par la mère pendant la grossesse. Il présente une bonne adaptation néonatale.

La famille (Monsieur O, Madame E et Théo) est reçue en entretien à l'UPB dans les suites récentes de l'accouchement, Théo a 2 semaines.

C'est la première rencontre avec Monsieur. Le contact est particulier. Des bizarreries du comportement sont présentes, ainsi qu'une désorganisation dans la sphère affective avec des rires immotivés. L'humeur est labile, avec une note dépressive prédominante. Il n'y a pas de méfiance, il élabore et relate facilement des éléments personnels. Il parle de son suivi psychiatrique, de sa parentalité.

Théo est absent dans son discours, il n'en parle pas. Il ne le regarde pas non plus pendant toute la durée de l'entretien.

Une prise en charge en psychothérapie père-bébé est proposée en expliquant les modalités (séances hebdomadaires, psychologue différent pour chaque parent) et les objectifs (travailler le lien père bébé). Il accepte volontiers cette proposition.

Madame paraît paisible et ajustée aux besoins de son fils. Elle parle très peu et est en retrait, c'est principalement monsieur qui s'exprime pendant cet entretien.

Théo est très calme pendant la durée de la consultation. Il est dans son cosy et il dort.

Nous proposons à Madame de poursuivre les soins commencés en anténatal, avec la mise en place de 2 journées d'hôpital de jour par semaine avec Théo. Les objectifs avancés sont l'observation de l'état clinique de madame et de Théo,

l'observation de la qualité des interactions mère-bébé et le travail sur le lien. Les modalités de soins proposés comprennent les venues sur l'unité avec accompagnement par une infirmière référente, les repas thérapeutiques et les ateliers à médiation corporelle (poursuite des soins berceuses, ouverture sur d'autres ateliers en fonction de l'évolution dans l'accompagnement). Madame est partante pour l'HDJ. La confiance établie en anténatal facilite cette proposition de soins.

Les soins en hôpital de jour à raison de 2 journées par semaine se mettent en place.

Dans les semaines qui suivent, l'état clinique de Madame se dégrade. L'humeur est triste, avec une aboulie, un apragmatisme, une hypersomnie et des idées suicidaires. Il y a une reprise des consommations d'alcool. Elle continue à venir sur l'unité avec Théo. Nous constatons qu'elle est moins ajustée dans les soins apportés à son enfant. Elle semble avoir moins de plaisir à s'en occuper. Nous continuons à avoir un bon lien avec Madame mais il nous paraît que ses préoccupations sont loin de ce que nous lui proposons.

Monsieur est venu à une consultation psychothérapeutique puis n'est pas revenu. Nous avons essayé de le contacter par téléphone sans succès.

Après la dégradation clinique de sa mère, Théo apparaît comme un bébé irritable, qui pleure beaucoup. Il a le visage apeuré et le corps tendu. Il présente un muguet buccal. Il a des difficultés d'endormissement. Des signes de retrait sont présents, il est difficile de capter son regard et d'être en relation avec lui.

Face à ces éléments cliniques (épisode dépressif de madame, dégradation de l'état général de Théo) ainsi qu'aux éléments extérieurs que nous avons sur la situation (perte de vue du père, isolement familial et social), nous évoquons rapidement en équipe la nécessité d'augmenter nos temps de prise en charge mais surtout d'effectuer un signalement judiciaire afin qu'une mesure soit prise pour que l'enfant puisse être en sécurité. Ces décisions sont expliquées à madame. Celle-ci exprime de la tristesse. Le lien avec notre équipe ne nous semble pas fracturé, elle dit comprendre notre

positionnement mais être affectée et craindre que la situation vécue avec ses aînés ne se reproduise.

Un placement judiciaire en foyer mère-bébé est prononcé, Théo a 3 mois.

L'état clinique de Madame ne s'améliore pas. Nous sommes informés d'alcoolisations massives pendant la nuit au foyer ; quand Théo pleure, ce sont les autres résidentes qui viennent réveiller madame pour qu'elle s'occupe de son bébé.

L'état psychique de madame E ne lui permet pas d'être attentive aux besoins de Théo. Celui-ci montre de plus en plus de moments de désorganisation. Il a des irritations sensorielles.

Nous organisons avec elle une hospitalisation en psychiatrie en soins libres. Elle est alors hospitalisée dans le service de secteur. Et Théo est placé en pouponnière.

Madame E continue à être reçue en entretien à l'UPB, mais seule. Nous avons de bons contacts avec elle. Elle a rapidement évoqué qu'il lui serait difficile de côtoyer les autres mères avec leur bébé, Théo n'étant pas avec elle. Nous convenons alors d'un suivi ambulatoire avec des consultations médicales et psychothérapeutiques. L'humeur s'améliore progressivement, cependant la tonalité du discours dénote avec le contenu des propos ; une discordance idéo-affective est présente. Le discours est autocentré, avec une immaturité importante.

Les professionnels de la pouponnière nous donnent des informations sur l'évolution de Théo. L'hyper tonicité n'est plus présente. Son visage est plus détendu. Cependant il pleure encore beaucoup et a un reflux gastro-œsophagien. Il a besoin d'être couvert avec une écharpe. Il réagit fortement aux nouveaux professionnels sur l'unité.

Les visites du père ne sont pas autorisées par le juge des enfants.

Les visites avec la mère se passent difficilement. Théo tente d'interagir avec elle. Celle-ci ne répond pas sur le bon tempo. Théo se met alors à pleurer. Madame tente d'interagir à ce moment-là sous forme de jeu. Il semble perdu et détourne le regard.

Devant le fait qu'il n'y ait pas de perspective au niveau judiciaire que madame recouvre la garde de son enfant, nous travaillons avec elle pendant quelques mois cette forme de parentalité particulière. Un relais est ensuite effectué avec une prise en charge unique sur la psychiatrie de secteur.

Une décision de placement en famille d'accueil est prise lorsque Théo a 10 mois. Il n'évolue pas favorablement. Il est constamment en hyper vigilance et a des pleurs incontrôlables.

Il a aujourd'hui 13 mois. Sa référente ASE informe notre équipe de son évolution. Une relation de qualité semble s'être instaurée avec la mère de la famille d'accueil. Son développement est bon et se rapproche de la norme pour son âge.

Des visites médiatisées ont lieu avec sa mère biologique. Celle-ci est sortie de l'hôpital après une amélioration thymique.

Théo réagit plutôt positivement aux rencontres. Le portage est cependant toujours déficient.

Madame E parle de ses craintes que la famille d'accueil ne lui prenne sa place de mère.

2. Madame M et Marcel

Motif de consultation et histoire de la maladie récente :

Madame M (28 ans) est reçue avec son bébé Marcel pour un premier entretien médical à l'Unité Parents-Bébé (UPB) de Montfavet en septembre 2018. Marcel est

alors âgé de 4 mois. Ils ont été adressés par le service d'hospitalisation de psychiatrie adulte de Lille.

Madame M est sortie du service quelques semaines avant cette consultation. Elle a été hospitalisée pendant 3 mois dans le cadre d'un épisode psychotique aigu du post-partum. Le diagnostic posé lors de cette hospitalisation est une schizophrénie paranoïde.

A la sortie de la maternité, Marcel a été placé en famille d'accueil par une Ordonnance de Placement Provisoire du juge des enfants.

Le père de Madame s'est manifesté pendant l'hospitalisation pour venir chercher sa fille et son petit-fils et les accueillir chez lui. Quand l'état clinique de Madame a permis une sortie d'hospitalisation complète, un relais de soin a été effectué avec l'UPB et le Centre Médico Psychologique à Avignon ; le placement de Marcel a été levé et ils sont arrivés tous les trois au domicile du père de madame.

Éléments biographiques :

Madame M est originaire du Vaucluse. Elle est la cadette d'une fratrie de 2 filles. Sa mère s'est suicidée lorsqu'elle avait 11 ans. Son père travaille comme primeur, il s'est remarié. Madame M quitte le foyer familial lorsqu'elle a 17 ans et part vivre en Espagne de petits boulots. Elle rejoint ensuite le camp de migrants à Calais, où elle vit jusqu'à la naissance de Marcel.

Marcel est né en mai 2018. Son père vit à Calais et ne l'a pas reconnu.

Antécédents :

Madame :

- Une hospitalisation en psychiatrie en 2016 pour un épisode psychotique dans un contexte de consommation de cannabis.
- Notion de consultations en pédopsychiatrie.

- Traitement médicamenteux actuel par risperdal constat 1 injection bimensuelle.

Marcel :

- Naissance à terme par voie basse non instrumentale sans complications
- Eczéma du nourrisson
- Coliques du nourrisson
- Reflux gastro œsophagien
- Strabisme
- Plagiocéphalie

Éléments cliniques lors de la première consultation :

Avant ce premier entretien, au vu des informations transmises par le service de psychiatrie de Lille, nous sommes interrogés par l'absence de mesure judiciaire ou administrative mise en place pour Marcel suite à l'OPP. Nous sommes également surpris par le retour au domicile paternel pour cette jeune femme qui en était partie depuis plus de 10 ans et avant sa majorité.

Madame M se présente seule à ce premier entretien. Nous lui demandons où est son enfant. Elle répond que Marcel est dans la voiture avec son grand-père. Nous l'invitons à faire participer Marcel à l'entretien, et lui disons que son père est le bienvenu si elle le souhaite et que sinon il peut patienter en salle d'attente. Pour l'anecdote c'est la canicule ce jour-là et il fait plus de 40 degrés dehors.

Madame M revient avec Marcel, disant que son père préfère patienter dans la voiture.

Elle présente un contact distant. Son regard est dans le vide. Sa présentation est soignée. Le discours est cohérent et organisé mais peu spontané. Nous ne sommes pas très à l'aise et elle semble contrainte d'être ici. Elle dit ne pas avoir de problème avec son bébé et venir car cela lui a été dit à l'hôpital de Lille et aussi par son père. Lorsque nous abordons l'hospitalisation à Lille, l'indication de cette hospitalisation est banalisée. Madame M dit avoir passé un épisode de remise en question.

Marcel est dans son berceau. Il observe son jouet. Son visage paraît inquiet.

Il fait un sourire en réponse à celui de sa maman.

Il y a peu d'interactions entre les deux sur toute la durée de l'entretien.

Nous proposons à Madame de visiter les lieux, de prendre une boisson fraîche et de revenir en consultation la semaine d'après.

Nous pensons d'emblée à une indication d'hôpital de jour dans cette situation, au vu du contexte périnatal difficile avec la séparation de la mère et du bébé pendant plusieurs mois à la naissance ; de leur rencontre dans des conditions particulières ; et du fait des antécédents psychiatriques de Madame.

Une proposition d'hôpital de jour est faite à Madame en exposant les objectifs : l'accompagnement du lien mère-bébé et l'observation du développement de Marcel. Madame accepte avec réticence. Elle dit ne pas avoir besoin d'aide.

L'hôpital de jour se met en place à raison d'une journée par semaine avec une soignante référente, sans soins spécifiques dans un premier temps excepté le repas thérapeutique et la psychothérapie mère-bébé (soins intégrés d'emblée dans la plupart des situations).

Le contact de Madame M avec l'infirmière référente ainsi qu'avec les autres membres de l'équipe est opposant, elle s'exprime très peu. Elle semble peu investir le lieu de soins. Elle vient cependant avec Marcel de façon régulière.

Nous lui proposons par ailleurs un entretien familial avec son père, ce qu'elle refuse catégoriquement. Elle refusera pendant toute la prise en charge que nous ayons tout contact avec lui et lui ne cherchera pas à prendre contact avec notre service.

Sur un plan professionnel, Madame E s'est dite attachée au fait de pouvoir travailler. Elle a trouvé un travail avec une association œuvrant pour la réinsertion

sociale. Elle travaille 4 jours par semaine dans la cueillette de fruits et légumes. Elle a trouvé une assistante maternelle pour Marcel, pour les jours où elle travaille.

Nous réfléchissons pour Madame à un atelier d'écriture. Nous pensons que son vécu et ses émotions pourraient alors être exprimés d'une autre façon que sur le plan verbal. Elle semble réagir positivement à la proposition de ce soin et y fait preuve de créativité.

Pour le reste du temps des journées d'HDJ, Madame se plaint d'une grande fatigue et dort plusieurs heures. Elle demande à la soignante référente de s'occuper de Marcel pendant ce temps-là.

La soignante référente fait part en réunion d'équipe de difficultés à créer un lien avec cette maman.

Le contexte des soins s'avère non ordinaire et peu facilitant pour la rencontre soignant-soigné : "contrat" de sortie d'hospitalisation pour madame et de levée du placement de Marcel comprenant hébergement chez le père + suivi en psychiatrie adulte et en psychiatrie périnatale. Il apparaît que Madame M n'a pu faire que très peu de choix pour elle et pour son fils depuis qu'il est né, et se retrouve en soins sans qu'elle n'ait rien demandé. Il s'avère qu'elle investit davantage les domaines pour lesquels elle a fait des choix : le travail à la ferme et l'assistante maternelle.

La soignante référente exprime également rapidement des inquiétudes pour le bébé.

Marcel apparaît les premières semaines comme un bébé au tempérament calme, observateur. Il a le regard triste, inquiet. Ses joues sont teintées d'un rouge vif. Il ne s'engage pas dans l'interaction avec sa mère ni la soignante mais peut accrocher le regard des adultes qui gravitent autour de lui. Il est éteint dans ses capacités relationnelles. Il ne manifeste ni l'inconfort ni le plaisir. Il ne signale pas ses besoins vitaux. Il peut s'endormir dans une pièce très bruyante. Il ne réclame pas son biberon. Les comportements d'attachement envers sa mère sont inexistantes.

Il a par ailleurs de bonnes acquisitions sur le plan moteur et une bonne croissance staturo pondérale.

Les interactions mère-bébé sont asynchrones. Il y a un défaut d'accordage affectif. Les soins primaires sont ritualisés et discontinus, et présentent souvent un caractère inadéquat, ne tenant pas compte des besoins du bébé. Par exemple, les repas de Marcel sont adaptés aux horaires de sieste et de repas de sa maman.

Madame E présente les symptômes cliniques négatifs de la schizophrénie, avec un repli autistique, un émoussement affectif et une indifférence émotionnelle. Elle peut présenter, lorsque le traitement par injection retard arrive à la fin, une symptomatologie dissociative avec une incohérence idéique. Une anosognosie est présente.

En partenariat avec l'équipe de PMI du Vaucluse, nous effectuons une information préoccupante remise à la cellule de recueil des informations préoccupantes. Une mesure d'investigation judiciaire se mettra rapidement en place.

Suite à l'information préoccupante, le lien déjà très fragile avec l'unité s'est encore distendu.

Madame E fait part elle aussi d'inquiétudes pour le développement de son fils, qu'elle met en lien avec la séparation d'elle à la naissance et au fait qu'il ait pu être maltraité dans sa famille d'accueil. Marcel avait un début de plagiocéphalie à 3 mois.

Elle dit s'occuper parfaitement de son enfant.

A cette mesure d'investigation judiciaire fera suite une mesure d'AEMO administrative.

Quelques mois plus tard, après plusieurs journées d'HDJ avec la soignante référente ; après le respect du choix de madame de travailler 4 jours et de venir 1 jour à l'UPB (une proposition d'augmenter le temps de prise en charge lui a été faite mais elle a refusé disant qu'elle tenait à travailler) ; respect également de sa volonté d'être très discrète quant à sa vie familiale ; une confiance semble s'instaurer avec Madame. Elle vient toujours avec Marcel de façon régulière.

Des soins piscines mère-bébé ont été mis en place. Il s'agit d'un soin psychocorporel dont le cadre privilégié favorise un temps de partage mère-enfant et une transformation des interactions comportementale et affective.

Marcel va chez son assistante maternelle 4 jours par semaine, avec 3 autres enfants de son âge. D'après ce que nous dit la maman, les journées se passent très bien là-bas.

Des signaux affectifs apparaissent sur le visage de Marcel, il déploie ses capacités relationnelles. Il peut vocaliser, rire si on le sollicite avec des activités ludiques. Il reconnaît les visages familiers. Il exprime ses besoins et manifeste ses inconforts par des geignements ou des pleurs. Il a de bonnes compétences motrices. Il explore les objets avec du plaisir.

A 8 mois il a des réactions de déplaisir à la vue de l'étranger.

Il fait preuve d'une grande adaptabilité à la disponibilité temporaire de sa mère.

Les interactions mère-bébé se développent et empruntent plusieurs modalités sensorielles (échanges de regard, sourires partagés, étreintes aux bras, bains de paroles, jeux corporels).

Marcel construit au fil des mois un lien d'attachement avec sa mère. Il peut lui montrer des élans affectifs : il lui tend les bras, lui sourit, recherche du réconfort. Sa base de sécurité n'est cependant pas encore érigée. Il s'appuie peu sur elle en cas de détresse et joue seul.

A 11 mois il regarde sa mère s'éloigner sans montrer de signes d'inconfort. Les retrouvailles sont par ailleurs joyeuses, il montre par le sourire qu'il est content de la retrouver.

A 12 mois il commence à s'appuyer sur elle pour jouer ou rechercher du réconfort lorsqu'il s'est fait mal. Les sourires et signaux affectifs sont plus nombreux. Il explore l'espace en s'aventurant seul tout en vérifiant la présence de l'adulte.

Il fait du 4 pattes et se met debout. Il se déplace avec appui. Il a intégré des rituels sociaux comme "au revoir" "bravo". Il mime des comptines. Il cherche la relation.

Il est autonome sur le plan de l'endormissement et se manifeste lorsqu'il est réveillé. Sur le plan du langage il double les syllabes.

A ce jour les manifestations de souffrances psychiques caractérisées par l'absence de comportement d'attachement, les limitations affectives, le retrait relationnel et l'inhibition des besoins vitaux ont disparu.

Des inquiétudes demeurent malgré tout présentes au sujet de cette situation :

- les moments de désorganisation de Madame E persistent et nous observons que Marcel est moins en forme quand son assistante maternelle est en vacances ;
- le père de Madame est-il aidant ou non pour sa fille et son petit fils ?

Elle choisit d'arrêter la prise en charge lorsque Marcel a 13 mois. Elle a fini son contrat de travail et a trouvé un lieu de soin parent-bébé en hospitalisation temps plein en montagne et dit qu'elle souhaite y partir en vacances ; elle a fait le dossier avec le pédiatre de Marcel. A son retour 2 mois plus tard, elle appellera pour dire qu'elle ne souhaite pas reprendre les soins à l'UPB.

3. Mr et Mme O, Lilou et Lucas

Monsieur et Madame O sont reçus avec leurs deux plus jeunes enfants pour une première consultation à l'Unité Parent-Bébé de Montfavet en fin d'année 2018. Ils ont été adressés par l'équipe de néonatalogie de l'hôpital d'Avignon. Lucas, le plus petit des enfants, est âgé de 1 mois lors de cette première consultation. Quelques jours après sa naissance, il a été placé par Ordonnance de Placement Provisoire dans le service de néonatalogie.

Monsieur et Madame O vivent à Avignon avec leurs 4 enfants (Adélie, 5 ans ; Jordan, 4 ans ; Lilou, 13 mois et Lucas, 1 mois).

Madame O a 27 ans. Elle ne travaille pas. Elle a fait des études de lettres jusqu'à la licence. Elle a arrêté la faculté à la naissance de son premier enfant.

Madame O est fille unique. Ses deux parents travaillaient comme infirmiers psychiatriques. Ils présentent tous les deux une dépendance à l'alcool. Madame décrit une rupture des frontières transgénérationnelles et une inversion des rôles parents/enfant dans sa famille d'origine.

Elle n'a pas d'antécédent psychiatrique connu.

Elle a pour antécédent médical gynécologique un déni de grossesse complet pour Lucas.

Elle a des antécédents d'abus physiques et sexuels.

Monsieur a 30 ans. Il travaille comme dessinateur.

Nous n'avons pas d'éléments biographiques ni d'informations médicales le concernant.

Adélie l'aînée est suivie en pédopsychiatrie pour un trouble du spectre autistique.

Jordan, le second, présente une dysphasie.

Lilou présente avant la prise en charge à l'UPB un léger retrait relationnel. Elle est née à terme, par voie basse avec extraction instrumentale. Les éléments médicaux figurant dans son carnet de santé concernant la première année de vie sont : léger retard de développement psychomoteur, tendance à l'hyperextension.

Lucas est né à terme, par voie basse non instrumentale. Il présente un condylome prétragien gauche.

Les observations médicales du premier mois relèvent :

- Variabilité du tonus avec passage d'une hypertonie à une hypotonie globale.
- Conjonctivite bilatérale.

Une mesure de placement à domicile a été prononcée pour lui à la sortie du service de néonatalogie. Les éléments qui ont alarmé l'équipe de la maternité puis l'équipe de néonatalogie ayant amené à faire un signalement au procureur de la république ont été : l'insalubrité de la chambre, la défaillance dans le maternage et les soins apportés à l'enfant.

Premier entretien à l'UPB :

- Madame a une présentation peu soignée. Son attitude est passive, le contact est de moyenne qualité. Le discours est cohérent. Elle expose ne pas avoir de difficultés et venir sur injonction du juge des enfants.
- Monsieur O présente un contact particulier. Il ne regarde pas dans les yeux et parle d'une voix monocorde. Il dénie les difficultés rapportées par les professionnels entourant la famille.

Lilou apparaît comme une petite fille attentive et calme. Elle marche à 4 pattes. Elle accepte les jeux proposés par son père mais son intérêt pour jouer est bref. Elle explore peu. Il y a des échanges verbaux et tactiles avec son père. Il n'y a pas d'échanges verbaux avec sa mère. Celle-ci est amenée à la changer lors de l'entretien, Lilou pleure, paraît fatiguée et inconfortable. Madame semble maladroite lors de ce change, elle ne l'accompagne pas de mots.

Lucas est couché sur le ventre sur les genoux de sa mère pendant l'entretien. La position ne permet pas d'interactions visuelles. Il n'y a pas d'interactions verbales des parents avec lui pendant l'entretien. Il tâte ses doigts, son vêtement ou sa langue toute la durée du rendez-vous. Il ne paraît pas supporter d'autre position qu'allongé sur le ventre.

Nous leur proposons une prise en charge en hôpital de jour à l'UPB à raison de deux journées par semaine. Ce qui est particulier dans cette situation est que les parents craignent un placement des enfants. Une mesure d'investigation judiciaire est en cours pour les trois plus grands et Lucas est placé à domicile. Si l'UPB ne se met

pas en place, le juge des enfants placera probablement Lilou et Lucas à l'extérieur de la famille. Ils n'ont pas vraiment d'autre choix que d'accepter la proposition d'HDJ.

Monsieur dit qu'il ne peut pas se libérer par rapport à son travail. Madame viendra seule en HDJ avec Lilou et Lucas. Ils viennent de façon irrégulière.

Un accompagnement avec une soignante référente différente pour chaque enfant est d'emblée pensé et mis en place. Les soignantes soulèvent rapidement des difficultés pour établir un lien de confiance et un travail de collaboration avec Madame O et soulèvent aussi des inquiétudes quant aux soins parentaux apportés à Lilou et Lucas. Ils arrivent fréquemment sales et non changés le matin.

Madame O nous dira souvent qu'elle aime par-dessus tout ses 4 enfants et que si on les lui enlève elle serait perdue. Ce "*leitmotiv*" apparaît comme une toile de fond pendant l'accompagnement de cette famille.

Les soignantes évoquent un décalage entre les dires de Madame et la réalité telle qu'elles la perçoivent. Il nous semble que ce qu'il se passe pendant les journées d'HDJ est loin des préoccupations de madame, mais en questionnant cela, elle dira toujours qu'elle est satisfaite des soins proposés.

Concernant le développement psycho-moteur et les capacités d'interactions sociales de Lilou, les inquiétudes présentes au début de la prise en charge s'amenuisent au fil du suivi. Elle apparaît dans les premiers temps comme une petite fille "attachée à sa mère" et ayant des gestes auto et hétéro agressifs. Elle estompe progressivement ces comportements et entend le "non". Elle acquiert la marche à 16 mois. Elle dit plusieurs mots. Elle a de bonnes capacités interactives, elle a intégré les gestes symboliques, elle sait imiter et faire semblant.

Madame O dit qu'elle avait des difficultés à se séparer de Lilou, à lui dire non. Elle se dit aujourd'hui contente de l'évolution de la relation de son enfant avec elle.

La prise en charge s'arrête pour Lilou à l'âge limite de l'UPB, c'est à dire 18 mois.

Lucas présente dans les premiers temps un retrait relationnel important. Capter son regard n'est pas possible. Il n'y a pas de sourires-réponses à 3 mois. Il ne réagit pas aux bruits. Il n'émet pas de sons.

Il présente des auto-stimulations : il suce constamment ses doigts. Il bouge peu.

Ces éléments cliniques sont à l'origine d'inquiétudes dans l'équipe et font soulever un questionnement diagnostique. La première hypothèse diagnostique est la surdité. La deuxième hypothèse est la symptomatologie précoce d'un trouble du spectre autistique, non spécifique à cet âge.

Par ailleurs, les interactions mère-bébé s'avèrent défailtantes sur les plans visuel, vocal et tactile. Lucas semble lui glisser des bras.

Madame dit qu'elle trouve Lucas différent de ses autres enfants comparés au même âge.

Une consultation ORL a lieu pour Lucas lorsqu'il a 4 mois, révélant une otite séreuse bilatérale. Une corticothérapie est instaurée. Un changement franc est alors observé en quelques semaines. Des interactions visuelles sont présentes, il maintient le regard. Il commence à babiller et à faire des bruits de bouche. Il pleure lors d'un inconfort et s'apaise avec des comptines. Il se retourne du dos sur le ventre à 5 mois.

Il y a ensuite une période d'absence en HDJ du fait d'une pneumopathie infectieuse contractée par Lucas.

Le suivi reprend de façon espacée alors qu'il est âgé de 7 mois. Madame vient seule avec lui, Lilou ayant fini sa prise en charge. Madame constate que c'est plus confortable que de venir avec deux enfants. Ce contexte est propice à la mise en place d'un soin spécifique, nous pensons à un soin massage bébé. Madame dit qu'elle aurait préféré un soin massage pour elle. Nous entendons cette demande et prévoyons de mettre en place ce soin par la suite. Deux séances massage ont lieu pour Lucas,

massé par une soignante formée spécifiquement au massage bébé, et observé par sa maman. Il pleure beaucoup et semble inconfortable, nous ne réitérons pas le soin. Lucas par ailleurs s'ouvre à la relation, il est plus en lien.

A l'heure actuelle une deuxième période d'absence a lieu, Lucas a une varicelle surinfectée.

Nous assistons à une réunion avec l'ensemble des partenaires impliqués dans cette situation organisée dans le cadre de la fin de la mesure d'investigation judiciaire. Nous sommes 25 autour de la table. Sont présents : les techniciennes d'intervention sociale et familiale, le CMPP, l'ASE, les intervenants de la MIJ, la PMI et l'UPB. Les avis sont principalement convergents en ce qui concerne cette famille. Les parents sont aimants mais n'ont pas toujours des comportements et des attitudes adaptés aux besoins de leur enfants. Ils semblent par ailleurs dépassés par le contexte actuel avec 4 enfants de moins de 5 ans et autant d'intervenants à leur côté.

Le juge des enfants a prononcé une mesure d'AEMO pour les trois aînés. Il a demandé également une expertise psychiatrique pour Madame.

4. Monsieur H, Madame B et Mélodie

Le début du suivi avec Monsieur H, Madame B et Mélodie a lieu courant février 2018. Mélodie est alors âgée de 2 mois. La famille a été adressée à l'Unité Parents-bébé (UPB) par la psychologue de la maternité de Aix en Provence, afin de soutenir le lien mère-enfant.

Monsieur, Madame et Mélodie vivent tous les trois dans un appartement à Aix en Provence.

Monsieur est âgé de 22 ans, il travaille dans l'informatique. Il est originaire des Bouches du Rhône. Il a très peu de contact avec sa famille d'origine.

Il n'a pas d'antécédents médicaux somatiques ni psychiatriques particuliers.

Au niveau des antécédents familiaux, sa mère est suivie pour un trouble de l'humeur unipolaire.

Madame est âgée de 19 ans. Elle est titulaire d'un CAP coiffure. Elle ne travaille pas. Elle a pour antécédent psychiatrique quelques consultations en Centre Médico Psychologique lorsqu'elle était enfant. Elle est également originaire des Bouches du Rhône. Elle est proche de sa mère et de sa sœur.

Elle a pour antécédent familiaux une tante maternelle décédée par suicide dans la période du post-partum.

Le couple s'est rencontré au mois de mars 2017 via un site de rencontre. La grossesse n'était pas attendue. Suite à la connaissance de cette grossesse, le couple décide d'emménager ensemble et d'avoir des animaux de compagnie. Madame B habitait jusqu'alors chez sa mère et quitte le domicile parental pour la première fois. La mère n'approuve pas la décision de sa fille de garder l'enfant et d'emménager avec un compagnon qu'elle ne connaît pas. Mère et fille sont en froid pendant la grossesse.

La grossesse se passe bien par ailleurs sur le plan médical.

Mélodie naît au mois de décembre 2017. L'accouchement a lieu par voie basse sans complications. Il y a une bonne adaptation néonatale du bébé.

Madame B rencontre la psychologue de la maternité dans un contexte de baisse de l'humeur et d'absence de plaisir à s'occuper de son enfant. Les entretiens avec cette psychologue se poursuivent pendant les premières semaines après le retour à domicile. La famille est ensuite adressée à l'UPB.

Au premier entretien médical :

- Madame apparaît éteinte. Son regard est dans le vague. Sa présentation est négligée. Un ralentissement psycho-moteur est présent et le discours est assez pauvre.
- Monsieur a une allure juvénile. Il montre un certain dynamisme.
- Mélodie est dans son berceau, à l'écart des deux parents, elle dort.
- Des difficultés sont énoncées par le couple sur l'incapacité de madame à être en lien avec sa fille.
- Une proposition de suivi en hôpital de jour est faite. Les deux parents acceptent, le père avec une certaine méfiance.

L'HDJ commence. Monsieur ne vient pas. Madame vient seule avec sa fille dans les premiers temps. L'humeur de Madame se dégrade au fil des semaines.

Mélodie est décrite par l'équipe à cette période comme un bébé à l'apparence malade, au teint terne et sans cheveux. Elle présente une plagiocéphalie et un muguet buccal. Elle souffre d'un reflux gastro-œsophagien important et a des difficultés pour l'endormissement.

Les interactions mère-bébé sont pauvres. Il n'y a pas de regards échangés ni de paroles de la mère au bébé. L'ajustement tonico-postural n'est pas de bonne qualité, Mélodie est en hyper extension dans les bras de sa mère.

Il n'y a pas de préoccupation maternelle primaire.

Madame B fait part de difficultés environnementales : de conflits conjugaux et de conflits avec sa mère et sa sœur à elle.

Deux mois après le début de la prise en charge, Madame B est hospitalisée en service de psychiatrie adulte pour un syndrome dépressif avec éléments psychotiques. Monsieur F arrête son travail afin de s'occuper de sa fille. Il accepte de venir en HDJ avec elle.

Ils viennent de façon régulière deux fois par semaine. Monsieur apparaît épuisé. Il se plaint d'asthénie et d'anxiété.

Mélodie a 4 mois, elle semble aller mieux. Elle ne régurgite plus, elle fait ses nuits.

Les interactions visuelles, vocales et tactiles avec son père sont de bonnes qualités.

Elle va chez une assistante maternelle trois jours par semaine.

Madame vient ponctuellement aux consultations médicales et aux journées d'HDJ quand son état clinique le permet. Le couple s'organise pour mettre en place ce dispositif. Madame se met en retrait pendant les temps de soins mais semble prendre du plaisir à voir sa fille.

L'inquiétude cependant persistante au sujet du développement de Mélodie et de son environnement a amené les différents professionnels autour de la situation à rédiger une information préoccupante.

Le lien entre Monsieur F et l'UPB se dégrade dans les suites de l'information préoccupante.

Le contact est méfiant, il dit avoir peur d'un placement pour sa fille. Les venues en HDJ sont espacées et semblent contraintes.

Mélodie arrive avec les vêtements sales, la couche souillée et un érythème fessier. Elle se développe par ailleurs bien sur le plan moteur. C'est un bébé décrit comme tonique, actif, compliant et compétent.

Une mesure d'AEMO est prononcée par le juge des enfants. Les interventions éducatives à domicile se mettent en place.

Monsieur se montre alors plus confiant envers notre équipe mais critique les interventions de l'AEMO.

Madame sort de l'hôpital après amélioration de l'humeur peu de temps après. Mélodie a 8 mois. Nous convenons avec Monsieur et Madame d'une venue en HDJ de la triade 2 jours par semaine.

Nous éprouvons alors une difficulté à établir un travail de collaboration avec le couple.

Nous intégrons petit à petit Madame dans les soins auprès de sa fille, ce que Monsieur n'approuve pas. Il dit s'être démener pour sa fille depuis l'hospitalisation de sa compagne, et que Mélodie va bien maintenant. Il dit qu'il souhaite continuer à s'en occuper comme il a fait jusqu'à présent et qu'il ne fait pas confiance à sa compagne.

Ils décrivent des disputes conjugales. Madame dit ne pas savoir s'affirmer à côté de son compagnon et qu'elle le laisse tout gérer à la maison. Elle dit également qu'elle a repris contact avec sa mère à elle. Elle se rend chez celle-ci tous les weekends avec Mélodie pendant que Monsieur reste à la maison. Elle dit par ailleurs que pendant ces weekends c'est principalement sa mère et sa sœur qui s'occupent de Mélodie.

Monsieur et Madame décident de ne plus venir ensemble en HDJ et de se répartir les jours de venues.

A la consultation médicale programmée avec les deux parents, Madame B vient accompagnée de sa mère. Elle dit qu'ils viennent de se séparer avec Monsieur. Elle est retournée habiter au domicile de sa mère.

Pendant la consultation Madame B se met en retrait. Sa mère prend beaucoup de place dans l'entretien et auprès de Mélodie, elle nous parle tout en jouant avec sa petite fille.

Notre premier élan suite à cet entretien aurait été de ne pas convier la mère de Madame aux entretiens au vue du malaise éprouvé de la place que celle-ci prenait auprès de sa fille et de sa petite fille. Cependant en agissant de la sorte le lien avec Madame se serait probablement fragilisé. Nous la laissons libre de venir seule ou accompagnée de sa mère aux consultations médicales.

Madame B est intégrée en HDJ à l'atelier écriture qu'elle investit beaucoup.

Monsieur n'est plus revenu en HDJ. Nous l'avons revu lors de la dernière consultation médicale, où les deux parents étaient présents.

Mérodie a alors 18 mois. Elle marche bien. Elle dit quelques mots. Les gestes symboliques sont acquis. Elle semble avoir développé un attachement sûr avec son père. Elle se dirige vers lui en cas de peur.

Mérodie se manifeste peu auprès de sa mère. Madame B a cependant des gestes adaptés à l'égard de sa fille.

Partie 3. Regards sur l'alliance de travail

A. Alliance thérapeutique

1. Historique, concepts, définition

L'expression alliance thérapeutique apparaît très tôt dans la littérature scientifique, mais elle est longtemps absente des écrits psychiatriques français. Elle ne figure notamment pas dans *Psychiatrie*, l'ouvrage de référence coordonné par J.D. Guelfi en 1987 (244). Elle apparaît dans le manuel de Psychiatrie dirigé par le même Guelfi et Rouillon publié en 2007 (245), et le manuel de *Psychiatrie clinique et psychopathologique de l'adulte* de Kapsambelis publié en 2012 (34).

L'alliance thérapeutique est un concept transthéorique, c'est à dire qu'elle n'appartient à aucune théorie.

a. Définition selon les auteurs

Les prémisses de ce concept apparaissent dans les écrits de **Freud**, sans pour autant que le terme y soit nommé. Dans les études sur l'hystérie avec Breuer, Freud mentionne le " besoin d'avoir la collaboration du patient avec la thérapie" (246). En 1912, il parle de la valeur d'une "compréhension sympathique" par l'analyste afin que la part "saine" du moi du patient crée un attachement positif avec l'analyste. En 1916-1917, il évoque la "compliance" à l'analyse. Par ces termes de compliance et de collaboration, Freud se référait à la capacité du patient à s'engager et à se soumettre, par des aspects actifs et passifs, à la psychanalyse. En 1937, il parle d'alliance ou de "pacte de l'analyste avec l'ego du patient". (247) Pour Freud, c'est "l'ego du patient qui collabore et se conforme même si ses motifs demeurent inconscients".

Freud, sans avoir utilisé le terme d'alliance, a pour la première fois, défini une relation de collaboration entre le thérapeute et le patient.

Par la suite, le terme d'alliance apparaît avec différentes définitions selon les auteurs, mais décrit toujours la relation thérapeutique entre le thérapeute et le patient.

En 1934, **Sterba**, médecin et psychanalyste, émet l'hypothèse de l'apparition d'une dissociation du moi lors d'une psychanalyse. D'un côté se trouve le moi raisonnable, le moi en lien avec la réalité, le moi qui analyse intellectuellement les éléments ; de l'autre côté se trouve le moi en lien avec l'inconscient, le moi en lien avec les éléments transférentiels, les affects. Le moi raisonnable du patient est appelé à coopérer avec le thérapeute contre le moi en lien avec l'inconscient. Pour Sterba, la capacité du patient à travailler au succès de l'intervention est primordiale. (248)

En 1956, **E. Zetzel**, médecin et psychanalyste, introduit la première le terme d'alliance thérapeutique. Elle parle de transfert en tant qu'alliance, qu'elle considère comme un type de relation à part entière lors de l'analyse. L'alliance thérapeutique, selon elle, est basée sur l'identification du patient à l'analyste. (249)

Rogers, en 1957, avec la théorie centrée sur le patient, souligne l'importance de l'empathie du thérapeute avec son patient. Il mentionne combien cela a un impact dans le travail thérapeutique. La perception par le client du thérapeute comme sympathique est alors associée aux résultats positifs. (250)

En 1965, **Greenson**, psychiatre et psychanalyste, amène le terme d'alliance de travail avec le concept de collaboration basée sur la réalité. Il propose un modèle avec trois composants : l'alliance de travail, la relation réelle et le transfert. (251)

Luborsky en 1976 insiste sur l'aspect dynamique plutôt que statique de l'alliance thérapeutique. Il distingue deux phases d'alliance "aidante" selon l'espace temporel de la thérapie :

- l'alliance de "type 1" plus évidente en début de thérapie et semblant plus conditionnée par la possibilité de contenance offerte par le thérapeute

- l'alliance de "type 2" plus spécifique des phases tardives du traitement "dans le sens de travailler ensemble dans un combat contre ce qui entrave le patient", "dans une responsabilité partagée pour atteindre les buts du traitement".(252)

Bordin en 1979 propose une définition transthéorique, tripartite, dynamique et collaborative de l'alliance thérapeutique. « Je propose que l'alliance de travail entre une personne qui cherche à changer et une personne qui offre d'être un agent de changement, est une des clés, si ce n'est pas la clé du processus de changement. L'alliance de travail peut être définie et élaborée de façon à être applicable universellement... » (253). Pour lui, elle est une variable commune à toutes les psychothérapies.

L'alliance selon Bordin se décompose en trois dimensions :

- l'accord sur les tâches (task): Les tâches thérapeutiques sont des activités spécifiques dans lesquelles les partenaires vont s'engager pour initier ou faciliter le changement, pour atteindre les objectifs fixés. Ces tâches représentent des propositions d'action pour le patient. Le patient, comme le thérapeute, doivent percevoir ces tâches comme efficaces, et chacun doit accepter sa responsabilité dans leur réalisation. C'est le thérapeute qui fournit les tâches à réaliser en fonction de ses propres bases théoriques, mais le patient doit pouvoir en comprendre leur pertinence pour rester un partenaire actif. Par exemple, dans une thérapie cognitivo-comportementale, les tâches se réfèrent aux comportements et cognitions conseillés pour atteindre les objectifs fixés. Au cours d'une psychanalyse, la libre association, la narration des rêves représentent des tâches proposées au patient par le thérapeute. En thérapie systémique, des exercices ont été mis au point afin de favoriser la communication entre les membres de la famille, avec l'utilisation du langage non verbal par le biais de la sculpture familiale, l'utilisation du génogramme ou du conte par exemple.

Bordin dit : « Quand je parle des tâches thérapeutiques, je me réfère aux activités spécifiques dans lesquelles les partenaires s'engagent pour initier ou faciliter le changement. Une manière de différencier les psychothérapies se voit dans les types d'activités prescrites. Ces prescriptions représentent des propositions d'action pour le patient (pratiquer différentes façons d'agir, avec le thérapeute dans le rôle d'entraîneur) »

- l'accord sur les objectifs de la thérapie (goals) : Les objectifs sont la cible finale de la thérapie. Il est important que le patient et le thérapeute approuvent tous deux les buts de la thérapie pour le patient, qu'ils soient nommés en termes de diminution de symptômes, de comportement particulier à atteindre, de décision à prendre, de meilleure compréhension de son propre fonctionnement...

- la relation affective (bond) : Le concept de la relation affective englobe le faisceau de liens et d'attachements personnels positifs entre le patient et le thérapeute, cela inclut une confiance mutuelle, une acceptation de l'autre, un respect mutuel, un cadre confidentiel, et une compréhension de la thérapie. Bordin écrit « La compatibilité entre les partenaires est exprimée et ressentie en termes de confiance, de respect, l'un pour l'autre ; et un engagement commun, une compréhension partagée dans l'activité. La nature spécifique de la relation affective varie en tant que fonction de l'activité partagée. » (254).

Pour **Safran**, psychologue et psychothérapeute, et son collaborateur **Muran**, psychologue et chercheur en psychothérapie (255)(256)(257), l'alliance thérapeutique est à voir en termes de négociation plutôt que de collaboration ; de processus interpersonnel et dynamique qui dépend de la relation thérapeutique. Pour eux, c'est un processus de négociation à plusieurs niveaux, conscient et inconscient. Safran et Muran ont surtout étudié l'aspect dynamique de l'alliance : les cycles de rupture et réparation sont pour eux l'évolution naturelle de l'alliance au cours d'une psychothérapie. C'est eux qui ont fondé le modèle de supervision basé sur l'alliance thérapeutique : Alliance Focus Training, que nous allons évoquer en fin de chapitre. Muran et ses collaborateurs dirigent actuellement le "Center for Alliance Focus Training".

En **thérapie systémique**, l'alliance est définie, selon le dictionnaire clinique des thérapies familiales systémiques (258), par : « le fait que plusieurs personnes se joignent afin de poursuivre le même but ou les mêmes intérêts afin d'adopter les mêmes attitudes ou les mêmes comportements ».

Bien que le concept de Bordin soit le plus utilisé, il n'existe pas de définition consensuelle de l'alliance thérapeutique. D'une part, cela permet aux chercheurs et cliniciens d'intégrer l'alliance dans leur propre conception du processus thérapeutique, et par conséquent de pouvoir l'utiliser. Mais d'autre part, cela a entraîné l'élaboration d'un grand nombre d'échelles d'évaluation qui reflètent chacune un concept différent ; ayant malgré tout des similitudes (259). Nous les décrivons dans un chapitre ultérieur.

b. Un ingrédient essentiel

Par ailleurs, les différents auteurs s'accordent sur le fait que l'alliance thérapeutique est un élément essentiel de la relation thérapeutique ainsi qu'un élément de bon pronostic.

De nombreuses études étudiant l'association entre l'alliance thérapeutique et les résultats de la psychothérapie montrent un lien significatif, modéré (260).

Horvath (261) propose cependant plusieurs facteurs modérateurs de cette association lors de ces méta-analyses :

- Les différentes échelles d'évaluation utilisées dans les études.
- La personne qui évalue l'alliance : le thérapeute, le patient ou un observateur extérieur.
- Le moment de la thérapie où l'alliance est évaluée.
- La mesure des résultats.
- Le type de thérapie.
- La source de la publication.

Dans chacune de ces catégories, le lien entre l'alliance thérapeutique et les résultats de la thérapie reste significatif mais il varie en intensité.

La multiplication des échelles d'évaluation, si elle a permis aux chercheurs ayant des bases théoriques différentes, d'inclure le concept d'alliance dans leurs réflexions ; entraîne finalement un biais dans l'évaluation de l'association entre l'alliance thérapeutique et les résultats, dans les méta-analyses.

En pédopsychiatrie, plusieurs cliniciens de la petite enfance ont souligné, depuis les travaux de S. Fraiberg en 1980 (113), l'importance d'une alliance thérapeutique forte avec les parents, notamment dans les familles à risques multiples (262)(263)(264).

c. Un modèle de supervision centré sur l'alliance thérapeutique

L'Alliance-Focused Training (AFT) est un modèle de supervision centré sur l'alliance, développé par Safran et Muran, qui propose des réponses quand surviennent des situations relationnelles complexes en thérapie. Ce modèle axe principalement la supervision des professionnels sur les processus thérapeutiques implicites, c'est-à-dire sur les interactions souvent non conscientes et non dites qui se mettent en place en thérapie. L'AFT propose non seulement une méthode pour identifier les changements dans l'alliance, mais aussi pour formuler des interventions visant à la maintenir et à la développer. (265)

2. Apports des différentes théories psychothérapeutiques au concept d'alliance thérapeutique

a. La théorie psychanalytique

La psychanalyse appréhende l'alliance thérapeutique à partir des concepts de transfert et de contre-transfert. Elle différencie l'union positive de l'analysant et de l'analyste (à la base de l'alliance), et les projections inconscientes du patient (à la base du transfert et des phénomènes de répétition). L'alliance thérapeutique serait un synonyme de transfert positif aussitôt remplacé par les résistances qui caractérisent les aspects négatifs du transfert. La relation de transfert, réactualisation de relations passées, et l'alliance, basée sur la relation actuelle avec le thérapeute coexistent tout en étant liées et s'influencent mutuellement. Faire son travail d'analyste implique de se focaliser sur les conflits et les défenses du patient et de s'y ajuster.

b. Les thérapies cognitives et comportementales

Selon les thérapies cognitives et comportementales, l'alliance thérapeutique est une condition nécessaire mais pas suffisante. Alford et Beck ont défini la relation thérapeutique comme une relation de collaboration empirique comparable à celle de deux savants travaillant ensemble sur un problème (266). L'alliance thérapeutique qui se noue est alors appelée "rapport collaboratif", ce qui met l'accent sur la participation active du patient. La relation est "un instrument" au service de la psychothérapie.

Les thérapeutes cognitivo-comportementalistes privilégient une approche technique de la thérapie, en utilisant par exemple la méthode des 4 R. La méthode des 4 R se rapproche de l'entretien motivationnel développé par William Miller et Stephen Rollnick (267) dans lequel le thérapeute accepte inconditionnellement la position du patient et s'appuie sur les résistances pour établir une alliance thérapeutique. La méthode consiste à développer 4 techniques : recontextualiser, reformuler, résumer et renforcer.

c. La relation centrée sur le patient

Elle est décrite par Carl Rogers, chef de file des thérapeutes humanistes. C'est une thérapie dans laquelle l'alliance est quasiment de fait. Il parle de relation d'aide, qu'il définit par : *"La relation d'aide psychologique est une relation dans laquelle la chaleur de l'acceptation et l'absence de toute contrainte ou de pression personnelle de la part de l'aidant permet à la personne aidée d'exprimer au maximum ses sentiments, ses attitudes et ses problèmes"*. La relation d'aide est une *"relation permissive, structurée de manière précise, qui permet au client d'acquérir une compréhension de lui-même à un degré qui le rende capable de progresser à la lumière de sa nouvelle orientation. Cette hypothèse a un corollaire naturel : toutes les techniques utilisées doivent avoir pour but de développer cette relation libre et permissive, cette compréhension de soi dans l'entretien d'aide, et cette orientation vers la libre initiative de l'action."* Cette relation d'aide repose sur l'empathie, la congruence et le non jugement. (250)

d. Les thérapies systémiques

En thérapie systémique, le terme d'affiliation est préféré au terme d'alliance thérapeutique. L'affiliation est définie selon le *Dictionnaire clinique des thérapies familiales* systémiques par : « s'affilier à un système familial revient à se faire adopter par la famille, pour un temps limité et dans une finalité précise, à partir d'un fil que la famille tend au thérapeute et avec lequel celui-ci va tisser un réseau de liens entre lui et les différents membres de la famille. Ce moment de rencontre préliminaire qui préside à l'installation de la relation est essentiel car il détermine l'évolution. » (258)

Salvador Minuchin, systémicien qui a beaucoup étudié les ressorts de la relation patients-thérapeutes, a décrit en premier l'affiliation thérapeutique. Pour lui, "s'affilier et s'accommoder sont deux façons de décrire un même processus. L'expression s'affilier s'emploie pour souligner les actes du thérapeute qui ont directement comme but de se relier aux membres de la famille ou au système familial. L'expression s'accommoder est utilisée pour mettre l'accent sur l'adaptation de sa propre personne qu'opère le thérapeute pour atteindre l'affiliation. Pour s'affilier à un système familial, le thérapeute doit accepter l'organisation et le style de la famille, et s'y fondre."(268)

Pinsot W tente d'appréhender l'alliance thérapeutique comme une perspective intégrative et systémique. Il explique « à la fin des années 70 et au début des années 80, les psychothérapeutes et les chercheurs dans le domaine des psychothérapies ont centré leur intérêt naissant pour l'alliance thérapeutique presque exclusivement sur l'individu. Théorie et recherche envisageaient l'alliance comme émergeant entre deux individus, un patient et un thérapeute, engagés dans une psychothérapie individuelle (269). L'alliance dans les thérapies familiales ou de couple n'était pas abordée, et l'alliance au sein des thérapies individuelles était envisagée selon un point de vue ignorant le contexte interpersonnel du patient suivi en thérapie. (269) « La thérapie est une interaction entre les systèmes du thérapeute et du patient. » Pinsot W. Le système du patient consistant en « l'ensemble des systèmes humains qui sont ou peuvent être impliqués dans la persistance et/ou dans la résolution du problème présenté » (270)

e. Les apports de la théorie de l'attachement (59)(60)(271)(272)

Pour Bowlby, le fait de demander de l'aide est un comportement normal d'adaptation évolutionniste de l'être humain quel que soit son âge. Selon lui, la demande de soin "*careliciting*" est un type de relation interpersonnelle qui dérive de la demande d'aide "*proximity seeking*".

Bowlby constate que la demande de soin active fortement le système d'attachement chez l'adulte. En effet celui-ci se retrouve dans un cadre non familial avec des personnes inconnues, et il est dans le même temps dans une situation de vulnérabilité (celle ayant motivé la demande de soins). Le sujet est dans une situation où il demande de l'aide à un professionnel censé l'aider, "figure plus sage et plus forte". Ce contexte rappelle celui des relations précoces enfant en détresse-parent protecteur.

Bowlby considérait que les modèles internes opérants, modèle interpersonnel de soi, de l'autre et de la relation à l'autre, organisaient les comportements du sujet dans les relations proches dans les contextes d'activation du système d'attachement comme l'insécurité. Les représentations internes des réponses de l'autres pouvant être "sensibles", enrichissantes, ou au contraire "non sensibles", blessantes. Les représentations internes de soi pouvant être : valant la peine de recevoir ou non ; ayant le droit de ou non de.

Pour Bowlby, la volonté de chercher du soin et de l'accepter est corrélée à la sécurité de l'attachement. Chez les sujets insécures, les modèles négatifs des autres, le sentiment de sécurité inassouvi ou le déni des besoins d'attachement, ainsi que le souci contre la dépendance et l'intimité peuvent être des freins à la formation de l'alliance dès le premier entretien.

Cette reformulation du processus d'alliance et de soins montre l'impact majeur de la manière dont sont abordés les patients afin qu'une confiance mutuelle puisse émerger.

3. Les différentes échelles d'alliance

Différentes échelles d'alliance thérapeutique ont été créées afin de mesurer la qualité de cette alliance. Selon Horvath (260), la qualité de l'alliance thérapeutique peut être perçue comme un indicateur du niveau de collaboration au travail thérapeutique entre le patient et le thérapeute ; en d'autres termes, l'alliance mesure à quel point le thérapeute et le patient travaillent ensemble. Comme nous l'avons vu précédemment, n'existant pas de consensus sur la définition de l'alliance, une multitude d'échelles d'évaluation a été développée.

Elvins et Green (273) ont effectué un travail de comparaison des échelles les plus utilisées. Certaines échelles sont le reflet d'un seul concept théorique ; comme the pennsylvania alliance scale, the working alliance inventory (WAI), the california psychotherapy alliance scale (CALPAS), the therapeutic bond scale (TBS). D'autres échelles sont au contraire basées sur plusieurs définitions de l'alliance : the Vanderbilt therapeutic alliance scale (VTAS), the therapeutic alliance rating scale (TARS). Les échelles les plus utilisées sont : WAI, CALPAS, Penn, VTAS. Elles sont utilisées depuis plus de vingt ans. Leur validité interne est de haut niveau.

Dans le cadre des études évaluant l'alliance thérapeutique auprès d'enfants et adolescents, des échelles ont été spécifiquement élaborées : the family engagement questionnaire (FAQ), the therapeutic alliance scale for children (TASC). Il existe également des adaptations des échelles validées chez les adultes comme the Penn, the VTAS, the Haq, the WAI. Pour les études des psychothérapies d'enfants et adolescents, les échelles les plus fréquemment utilisées sont the VTAS, the AWAI, the Penn. (273). Il est intéressant de noter ici qu'une échelle adaptée à la consultation mère-bébé a été mise en place par l'équipe de Hervé en France (274) c'est celle que nous avons utilisé pour notre étude.

Nous allons exposer les principales échelles utilisées.

a. Vanderbilt scales

Ces échelles ont été élaborées par Henry, Strupp et leurs collègues (275) au sein de l'université de Vanderbilt. Pour leur élaboration, les auteurs se sont basés sur

les définitions théoriques de l'alliance thérapeutique de Bordin, Greenson et Luborsky. Dans un premier temps, l'échelle Vanderbilt psychotherapy process scale, VPPS, a été faite. Elle comporte 80 items décrivant la relation entre le patient et le thérapeute et le processus thérapeutique, mais ne décrit cependant pas spécifiquement l'alliance thérapeutique. Alors l'échelle Vanderbilt therapeutic alliance scale, VTAS (276) a été élaborée. Elle comporte 44 items regroupés en trois sous-parties évaluant :

- Les contributions du thérapeute en 18 items
- Les contributions du patient en 14 items
- L'interaction entre le patient et le thérapeute en 12 items.

b. Pennsylvania alliance scales

Ces échelles ont été élaborées par Luborsky et ses collègues au sein de l'université de Pennsylvanie. Elles sont basées sur les concepts de l'alliance de type 1 et de type 2 de Luborsky. Au fil des années, plusieurs échelles ont été élaborées, comme the helping alliance counting signs method, HAcs, 1976, the Penn helping alliance rating method, HAr, 1983. The helping alliance questionnaire method, Haq, 1985, est la plus utilisée de ces échelles, elle comprend 8 items qui se réfèrent au type 1 de la définition de l'alliance et 3 items se référant au type 2. Des versions pour le patient, le thérapeute et un observateur externe existent. (273) (277)

c. California psychotherapy alliance scale, CALPAS

Élaborée par Marmar et son équipe dans les années 1990 (278) ; elle comprend 31 items pour la version du patient et 5 items pour la version du thérapeute et de l'observateur externe. Par la suite, a été développée une version comprenant 24 items. L'échelle regroupe plusieurs concepts de l'alliance. Elle reflète l'alliance thérapeutique, l'alliance de travail, la capacité de compréhension et d'engagement du thérapeute, et l'accord du patient et du thérapeute sur les objectifs et les stratégies de la thérapie.

Chaque dimension est évaluée dans une sous-partie de l'échelle :

- L'alliance thérapeutique est basée sur les travaux de Freud sur le transfert ; ainsi que sur la définition de Zetzel.
- L'alliance de travail est basée sur les écrits de Sterba. L'alliance de travail reflète ici la dimension cognitive de la collaboration sur les tâches de la thérapie.
- L'accord mutuel du patient et du thérapeute sur les objectifs et les stratégies de la thérapie est basé sur la définition de Bordin. Cette dimension reflète la congruence des sentiments du patient et du thérapeute sur la façon dont le patient devra changer.

d. Working alliance inventory, WAI

Elaborée par Horvath, Greenberg en 1989 (273), cette échelle se base non seulement sur les trois dimensions de l'alliance décrites par Bordin ; mais également sur :

- les pensées et émotions propres du patient et du thérapeute
- les sentiments du patient et du thérapeute à propos de la qualité de l'interaction et de l'expérience.

Il existe des versions pour le patient, le thérapeute et un observateur externe. L'échelle comprend 36 items. Il existe également une version courte qui comprend seulement 12 items. L'échelle a été traduite dans plusieurs langues. Diguseppe (252) a adapté cette échelle aux adolescents : adolescent working alliance inventory, AWAI. C'est celle qui a été adaptée aux consultations parents-bébé, par Hervé en 2008. (274)

4. La construction de l'alliance

La possibilité que l'alliance thérapeutique puisse émerger, tout comme la qualité de celle-ci, dépend de l'alchimie entre un certain nombre de facteurs individuels et relationnels. Du fait du grand nombre de ces facteurs, nous pouvons dire qu'il existe pour chaque rencontre thérapeutique une forme différente d'alliance thérapeutique.

a. Alliance et intersubjectivité

Partant du concept philosophique de l'intersubjectivité, certains thérapeutes dans les années 1990 suggèrent que les échanges thérapeutiques doivent être analysés et compris à partir de l'influence mutuelle entre patient et psychothérapeute.

Ce concept est développé pour la première fois par Kant dans *La critique de la faculté de juger*. (280) C'est l'idée que les hommes sont des sujets pensants capables de prendre en considération la pensée d'autrui dans leur jugement propre.

Formant une dyade intersubjective, patient et thérapeute co-construisent leur travail. Selon Beebe et Lachman, cette construction concertée implique des mécanismes de régulation personnelle (régulation des émotions du thérapeute) et interpersonnelle (régulation de la relation thérapeutique) qui agissent réciproquement les uns sur les autres (281) (282).

Selon Lecomte et Richard (283), l'intersubjectivité souligne la pleine participation du professionnel en tant que sujet avec ses biais personnels, idéologiques et théoriques. Selon les mêmes auteurs, en thérapie, ni le patient, ni le psychothérapeute ne détiendraient « une vision privilégiée de la réalité » (284).

Selon Plantade Gipch (285), en adoptant cette attitude, le thérapeute montre au patient qu'il mérite l'écoute de quelqu'un. Il conforte son existence en tant qu'être humain. Le thérapeute signale par ailleurs au patient qu'il peut comprendre son vécu émotionnel et qu'il valide sa souffrance. Un climat de confiance et de sécurité peut se mettre en place, favorisant la construction de l'alliance thérapeutique.

b. La négociation de l'alliance

D'après plusieurs études, la capacité du psychothérapeute à négocier l'alliance avec le patient favorise le progrès thérapeutique (286)(287). Au contraire, l'animosité du professionnel envers le patient notamment lors de conflits et de désaccords est toxique pour l'alliance (288).

Selon Safran et coll (289)(265), lorsque les échanges thérapeutiques sont difficiles et qu'ils soulèvent des émotions difficiles pour le professionnel, le

psychothérapeute risque d'adopter des postures défensives susceptibles de mettre l'alliance en péril.

D'après Lecomte et coll (286) et Horvath et coll (287), il arrive fréquemment que les professionnels réagissent défensivement à l'hostilité des patients en devenant eux mêmes hostiles.

c. Savoir s'autoréguler émotionnellement

Plusieurs auteurs pensent que la capacité du psychothérapeute à accepter la responsabilité de ses réactions négatives en thérapie est liée à une amélioration de l'alliance (290)(291). Selon Lamboy et coll et Ouellet et coll, rester émotionnellement ouvert au vécu du patient notamment lorsqu'il est négatif envers le professionnel ou envers la thérapie nécessite une capacité de réflexivité de la part du psychothérapeute. Cette réflexivité implique selon les auteurs un travail du professionnel pour arriver à reconnaître ses propres réactions (ses émotions, ses pensées), et à les réguler (291) (292). Selon Ronnestad et coll, la réflexivité est proche de la notion d'autorégulation émotionnelle. Elle contribue à maintenir l'alliance, à la développer, et à favoriser des résultats thérapeutiques positifs (293).

d. Savoir réguler la relation

Dans la relation thérapeutique, le professionnel est positionné à la fois comme acteur du lien intersubjectif, comme un observateur du patient ; et de l'interaction qui se déroule entre eux. En tant qu'acteur dans la relation, il reçoit des informations concernant cette dernière par le biais de son expérience subjective. En tant qu'observateur, il peut appréhender des informations implicites concernant la relation thérapeutique à travers la communication du patient, ainsi qu'à travers son interaction avec lui (294).

En consultation, la capacité du psychothérapeute à prendre simultanément en compte ses indicateurs intérieurs (pensées, émotions, sensations), ainsi que les indicateurs verbaux et paralinguistiques de la communication a parfois été appelée «

réflexion-en-action » (294)(295). Ce processus permet au psychothérapeute de rester attentif et sensible à ses propres réactions émotionnelles, à ce qui se passe pour le patient, ainsi qu'aux variations de la relation thérapeutique (296).

La notion de « réflexion-en-action » est proche d'autres concepts.

Safran et Muran préfèrent l'idée de pleine conscience en action.

Fonagy et coll (297) ont plutôt développé la notion de « mentalisation » pour désigner, chez le psychothérapeute, la conscience simultanée de ses propres états mentaux et de ceux du patient.

Les systémiciens utilisent la notion de résonance. C'est Mony Elkaïm qui a introduit en systémie ce concept de résonance qui signifie prendre en compte l'émergence du vécu et des sentiments dans le contexte d'intervention ou de thérapie tout en l'élargissant aux différents systèmes concernés. Il appelle : « résonances ces assemblages particuliers, constituées par l'intersection d'éléments communs à différents individus ou différents systèmes humains, que suscitent les constructions mutuelles du réel des membres du système thérapeutique ; ces éléments semblent résonner sous l'effet d'un facteur commun, un peu comme des corps se mettent à vibrer sous l'effet d'une fréquence déterminée ». (298)

Quelle que soit la notion utilisée, la capacité de prendre en compte ses émotions, sensations et pensées pendant la séance permet au professionnel d'ajuster ses postures et ses réponses thérapeutiques aux mouvements de l'alliance.

5. Alliance et thérapie avec les familles

En thérapie familiale systémique, Baillargeon et ses collaborateurs (2005) considèrent que l'alliance thérapeutique est composée de différentes formes d'alliances : (299)(300)

- les alliances individuelles (entre chaque thérapeute et chaque membre de la famille)

- les alliances sous-systémiques (alliances entre les thérapeutes et les sous-systèmes de la famille)

- l'alliance avec le système tout entier (alliance que les thérapeutes établissent avec la famille élargie dans son ensemble, et qui est qualitativement différente de la somme des autres types d'alliance)

- l'alliance intrasystémique (alliance qui se forme soit entre les membres de la famille eux-mêmes, soit entre les co-thérapeutes).

Cette complexité exige une expérience de la part des thérapeutes. Outre le fait qu'ils doivent veiller à la qualité de leur alliance intrasystémique de co-thérapeutes, ils doivent aussi tenir compte des autres formes d'alliance.

Les techniques mise en place par Salvador Minuchin, pionnier du courant systémique structural, sont les suivantes : (268)

- La filature (tracking) consiste à adopter rapidement le style symbolique de la famille, repérable dans son langage, son histoire, ses thèmes de vie privilégiés, ses valeurs, bref tous les «marqueurs» de l'identité familiale. La filature selon Minuchin consiste à "conduire en avant".
- L'ajustement consiste à respecter soi-même les règles en vigueur dans la famille, afin d'y être admis. Ceci s'obtient en repérant les patterns transactionnels répétitifs du système familial et en s'y conformant.
- La mimésis consiste à laisser déteindre sur soi les gestes et comportements des membres de la famille, en les imitant et en y faisant écho (sur le plan non verbal surtout).

Salvador Minuchin parle de *joining*, qu'il décrit ainsi : " Dès que je rencontre une famille, j'écoute, je regarde, je crée des connexions. Je porte attention aux formulations positives, aux signes de compétence, aux airs de détresse. Je soutiens les membres de la famille en commentant leur façon de se voir et de voir les autres membres" (301).

Ces techniques permettent au thérapeute d'augmenter ses chances de gagner la confiance de la famille, en se faisant accueillir par elle, en étant perçu comme ressource plutôt que comme menace. Ceci crée un socle pour l'émergence de l'alliance thérapeutique, essentiellement l'alliance visant le système tout entier. (202)

Une autre technique employée en thérapie familiale systémique et décrite par I. Boszormenyi Nagy est la partialité multidirectionnelle : (303)

Ce principe a un caractère paradoxal car il implique de prendre le parti de chacun sans se laisser pour autant prendre dans le jeu des triangulations et des coalitions du système familial. Le thérapeute manifeste dans ses interventions verbales et non verbales le même degré d'intérêt, la même intensité de préoccupation vis-à-vis de chacun des membres de la famille, et ceci d'une façon séquentielle (à tour de rôle). En outre, il inclut dans ses préoccupations les intérêts des membres absents de la séance, sans jamais prendre position contre eux. Ainsi, le thérapeute ne prendra jamais le ton de l'accusation, du blâme ou de la culpabilisation. Il valorisera le rôle de chacun, s'inquiétera de la façon ouverte ou cachée dont chacun s'y prend dans la famille pour aider les autres, «traduira» en termes de solidarité secrète les attitudes symptomatiques du patient désigné ou le comportement apparemment blâmable d'un autre membre. Enfin, il explorera les ressources du système familial, en interrogeant les membres sur le degré de confiance et de fiabilité des relations actuelles et sur les moyens envisagés par chacun de restaurer la confiance, si elle est altérée. De la sorte, il se présente comme un témoin et un garant de la dimension éthique des relations familiales. Cette conduite contribue à renforcer sa crédibilité aux yeux de la famille, condition essentielle à une alliance solide et constructive.

En **psychiatrie périnatale**, la question de l'alliance va se poser un peu différemment, le niveau développemental du bébé ne lui permettant pas d'interagir sur le plan verbal. Lebovici et Stern ont souligné l'importance, pour le bébé lui-même et pour la mère, de l'attention particulière du thérapeute envers l'enfant et des interactions directes thérapeute-enfant (304). Le thérapeute doit prendre en compte la façon dont sa relation avec la mère affecte l'enfant, la façon dont sa relation avec l'enfant affecte la mère, ainsi que ses propres sentiments (305). Hervé en 2001 a montré que la qualité de l'engagement corporel du thérapeute envers l'enfant et la présence de moments d'interactions à trois, mère-bébé-thérapeute, étaient liées à la qualité de l'alliance (306).

Il est intéressant de noter ici le parallèle que fait E. Fivaz-Depeursinge entre les notions d'alliance thérapeutique, d'alliance coparentale et d'alliance familiale (307). Selon cette auteure, lorsque l'on parle d'alliance coparentale dans le sens que lui

donne Minuchin (308), c'est-à-dire la mesure dans laquelle les parents travaillent en équipe pour élever l'enfant ; ou d'alliance familiale, c'est-à-dire la façon dont parents et enfant travaillent ensemble pour réaliser les tâches qui leur incombent (70) ; on est très proche de la notion d'alliance thérapeutique. Selon cette auteure, l'alliance familiale entre père, mère et nourrisson peut servir de modèle pour comprendre les conditions qui favorisent, ou à l'inverse défavorisent, la construction de l'alliance thérapeutique. Elle note que la communication implicite passant par les signaux affectifs et notamment les sourires y joue un rôle important. Les études qu'elle a menées avec ses collaborateurs montrent que l'analyse des épisodes de sourire à trois est une porte d'entrée pour l'évaluation de l'alliance père-mère-nourrisson et de l'alliance thérapeute-couple (309).

S. Stoleru et M. Moralès-Huet (154) au sujet des psychothérapies mère-nourrisson dans les familles à problèmes multiples montrent que celles-ci sont possibles par la combinaison :

- d'une collaboration avec des sages-femmes qui jouent le rôle de médiatrices et aident à commencer les traitements ;
- de visites à domicile en tant que moyen d'établir le premier contact avec les patientes et surtout de maintenir la relation thérapeutique.

Ces auteurs écrivent par ailleurs que les patientes les plus perturbées ne peuvent pas établir une relation psychothérapeutique stable dans le sens de venir et surtout de revenir aux séances dans le cadre habituellement proposé et que celui-ci doit être questionné. Ils mentionnent toutefois la nature "intrusive" que peuvent comporter les visites à domicile et que cela peut constituer un obstacle dans le travail avec les familles.

Enfin, les auteurs soutiennent qu'il est nécessaire de fournir aux intervenants effectuant ce travail :

- des structures institutionnelles adaptées, c'est à dire leur permettant d'élaborer leurs mouvements affectifs et de comprendre au mieux les cas suivis ;
- de pouvoir bénéficier d'une supervision individuelle ou en groupe, et/ou de groupes de réflexions cliniques.

M. Lamour et M. Barraco (310), au sujet du soin du nourrisson et des défaillances la parentalité, notent qu'il est important de devoir inclure un soin de l'interaction à différents niveaux : parents-nourrisson, famille-intervenants, intervenants-intervenants afin que tous puissent utiliser au mieux leurs ressources et déployer leurs compétences.

6. Alliance et familles dans lesquelles l'enfant est confronté à de la maltraitance ou de la négligence

Les professionnels de la santé mentale concernés par l'enfance font offre d'aide et de soins. Cependant ils ne peuvent qu'éprouver un malaise quand ils constatent une adresse parentale inappropriée à l'égard des enfants. Il n'est pas toujours facile dans ces conditions d'interroger les positionnements des parents sans menacer l'alliance thérapeutique.

C'est ainsi qu'un seuil de tolérance élevé à cette adresse parentale inappropriée peut apparaître chez certains soignants, qui redoutent la rupture du lien avec l'enfant en question et les adultes de son entourage.

Diverses interrogations émergent devant toute situation problématique de ce type :

Quand, dans cette famille que je rencontre, y a-t-il lieu de considérer que l'attitude parentale à l'égard de l'enfant entrave son développement et son épanouissement au point où une action s'avère nécessaire ? Mais quelle action ? Dans quel cadre ? Dotée de quels objectifs précis ? Comment procéder sans rompre l'alliance thérapeutique ?

a. Travail sur le modèle de la co intervention

Dans des situations de maltraitance d'enfants, le professionnel peut gagner à travailler sur la base du modèle de co-intervention ou de cothérapie, soutenu si possible par une réflexion en équipe pluridisciplinaire et/ou, à défaut, en ayant la possibilité de se référer à des temps de supervision sous quelque forme que ce soit

(311). En effet l'enfant, et en soins périnataux le bébé, peut disparaître de l'esprit des équipes de par l'accumulation des difficultés parentales. L'équipe soignante doit faire un effort pour faire émerger l'individualité de l'enfant ou du bébé. Dans les unités de soins périnataux, il paraît important de mettre en place des temps de partage en équipe centrés sur le nourrisson (137).

b. Travail sur les représentations des soignants

Nous avons évoqué dans la partie précédente que les représentations des soignants en ce qui concerne la question de la maltraitance à enfant pouvait être une forme d'enfermement pour les professionnels et pour la famille. Ce n'est souvent qu'en ouvrant le champ représentationnel qu'une autre lecture des événements peut apparaître, susceptible de conduire à un changement.

Devant des interactions familiales violentes, tout professionnel se réfère à son système de croyances lui donnant certaines valeurs sur lesquelles se tisse la relation parent/enfant, incluant ce qui est permis, interdit, acceptable, indicible.

Il en est de même sur la notion de cadre, qui délimite les possibilités d'action de l'intervenant.

c. Travail sur le cadre, les différents niveaux de cadre

Le cadre thérapeutique, élément de base à toute intervention, est mis à l'épreuve dans les situations de maltraitance intrafamiliale. Comme le souligne Martin (312), « carcan rigide ou garde-fou nécessaire, support ou moteur de l'intervention, dispositif concret ou représentation intériorisée chez l'intervenant, aspect particulier de la déontologie ou élément fondamental, le cadre est attaqué, ou pire, oublié ».

Au travers de ce que nous avons pu souligner au sujet des familles où une situation de maltraitance est présente (absence de demande, difficulté à faire confiance), nous pouvons dire qu'elles interrogent, confrontent le cadre, qui doit dans l'absolu protéger la rencontre basée sur un lien de confiance. Or, la violence infligée à

l'enfant peut se révéler antinomique avec la perspective d'un accompagnement bienveillant envers les membres d'une famille ; elle met à mal les conditions nécessaires pour fonder lien thérapeutique, à savoir une rencontre effective, un projet basé sur une demande et un cadre qui contient les deux éléments précédents.

La définition du cadre s'appuie sur l'épistémologie de l'intervenant. Dans une conception cognitivo-comportementaliste, la notion de cadre se confond dans les objectifs du programme arrêté. En pratique psychanalytique, plusieurs critères doivent être respectés, comme la fréquence, la durée, le rapport contractuel, les modalités de l'intervention, ainsi que les règles de confidentialité, de neutralité et d'abstinence (242).

Anzieu (313)(314) a utilisé le concept d'enveloppe. L'auteur a comparé le cadre thérapeutique à un « contenant maternel », enveloppe protectrice élaborée par le soignant ; qui a la fonction d'une seconde peau psychique ; les pensées du sujet pouvant se déployer sur elle.

Pour la plupart des intervenants, le cadre, à côté des aspects évoqués par Anzieu, inclut une dimension de fonction paternelle. Celle-ci renvoie à l'autorité se déclinant, dans ses volets de sanction (négative et positive), de limites et d'organisation. Dans le champ de l'aide sociale, la notion de cadre renvoie à celle d'instance, appelée et redoutée à la fois pour limiter le chaos, mettre de l'ordre au risque d'engendrer une perte de liberté (241).

De Becker décrit 4 niveaux de cadre (311) :

- 1er niveau de cadre : le cadre personnel du soignant

Ce premier niveau de cadre appartient au soignant lui-même, à sa personnalité, son état intérieur, son épistémologie et à la qualité de la rencontre qui débute avec la famille. Il s'agit selon De Becker de réussir à mettre en place l'intersubjectivité, qui repose sur l'écoute de la part de l'intervenant, sans laquelle la rencontre risque d'être dénuée de sens et de manquer ses objectifs.

La responsabilité du ou des membres de la famille est d'y répondre ou non.

Dans les situations de maltraitance à enfant, les soignants tentent, par l'alliance thérapeutique, de modifier les patterns transactionnels les plus dommageables. Ils donnent du temps, estimant de leur responsabilité d'œuvrer dans la construction de leur cadre thérapeutique.

Dans les situations les moins favorables, le clinicien peut être amené à reconnaître son impuissance face à la famille.

- 2ème niveau de cadre : l'équipe de professionnel

Les temps de réflexion et de concertation pluridisciplinaire font partie intégrante du travail au sein d'unités hospitalières.

Par la mobilisation de plusieurs intervenants autour d'une famille, un deuxième niveau de cadre est créé, c'est-à-dire une enveloppe partenariale, décrite par Parret (315). Les professionnels issus des différentes sphères médico-psycho-sociale réalisent un maillage, contenant et structurant, propice dans nombre de situations familiales compliquées.

- 3ème niveau de cadre : l'intervention sociale

Une possibilité de sortir de l'impasse relationnelle avec une famille aux problématiques de maltraitance consiste à interpeller l'autorité sociale. Il s'agit comme nous l'avons vu précédemment des assistants sociaux de secteurs, de la PMI ou des services de l'ASE. L'intention est d'inviter la famille à s'impliquer dans l'aide proposée, en redonnant un volet d'action propice à redéfinir leur propre cadre de fonctionnement. Il s'agit de soutenir la mobilisation des systèmes familiaux en misant sur les ressources et en privilégiant les liens autour de l'enfant.

C'est une fonction tierce qui peut désamorcer certaines situations bloquées par des oppositions duelles entre famille et soignant.

- 4ème niveau de cadre : la judiciarisation

Les trois niveaux précédents peuvent indépendamment, conjointement ou concomitamment solliciter la structure judiciaire. Sitôt le champ judiciaire activé, nul, parmi les intervenants de l'aide et de soins ou les non-professionnels autour d'une situation d'enfant, n'a la faculté d'orienter ni d'arrêter le processus en marche. Comme nous l'avons vu dans la deuxième partie, la crainte de multiples retombées sur l'enfant et sa famille, la longueur et la temporalité des procédures amènent nombre de professionnels à se détourner de ce cadre de quatrième niveau.

Beaucoup de parents vivent l'interpellation judiciaire comme injuste, au-delà de la contrainte et du sentiment d'être défaussés de leur autorité. Ils peuvent dire «Les intervenants n'ont rien compris, on est des victimes, on est trahis...». D'autres à l'inverse, prennent la mesure comme un soulagement par le fait d'être enfin confrontés au juge dépositaire d'une pleine et entière autorité. En effet, certains parents marquent leur préférence d'avoir affaire aux représentants de la loi plutôt que de rencontrer de multiples intervenants qui tentent de négocier et d'obtenir à la longue leur accord.

Ce quatrième niveau de cadre permet, comme les services sociaux dans un autre cadre, de mettre en place les systèmes d'aide pour l'enfant et sa famille. La différence est dans l'absence de négociation quand il s'agit d'une mesure judiciaire.

Après avoir étudié de façon théorique le concept d'alliance thérapeutique ; nous allons exposer l'étude réalisée au centre hospitalier de Montfavet, qui tente de qualifier l'alliance thérapeutique dans les situations cliniques particulières où l'enfant est victime de négligence parentale.

B. Passation d'une échelle d'alliance thérapeutique à l'unité parents-bébé de l'hôpital de Montfavet

Nous avons réalisé une étude expérimentale ayant pour objectifs :

- De comparer la qualité de l'alliance perçue par les soignants et perçue par les parents pris en charge à l'unité parents-bébé, dans des situations où il y a négligence envers l'enfant.
- De comparer la qualité de l'alliance perçue par les parents de familles avec situation de négligence et perçue par les parents de familles sans situation de négligence envers l'enfant.

Un très faible nombre de cas ayant été recueillis pour l'étude, il n'y a pas d'évaluation statistique possible des résultats. Il s'agit ici de dégager cliniquement des divergences de point de vue et de discuter de pistes pour améliorer l'alliance thérapeutique et les soins.

L'étude a été réalisée à l'unité parents-bébé de l'hôpital psychiatrique de Montfavet. Les familles incluses ont toutes bénéficié d'une prise en charge en hôpital de jour sur l'année 2019.

Nous avons sélectionné sur critères cliniques trois familles "cas", c'est à dire trois familles pour lesquelles existait une problématique de négligence envers le ou les enfants pendant la période des soins. Nous avons tiré au sort trois familles "témoins" parmi les autres familles suivies au même moment en HDJ.

Pour évaluer l'alliance thérapeutique, nous avons choisi l'échelle traduite du Working Alliance Inventory (AO Horvath) et adaptée à un contexte de consultation parent-enfant (MJ Hervé, M Maury). Cette échelle s'appuie sur la définition de l'alliance thérapeutique telle que Bordin la conçoit c'est à dire comportant 3 dimensions : le développement d'un attachement interpersonnel positif entre le patient et le thérapeute, incluant confiance et respect mutuels ; l'accord sur les objectifs de la thérapie ; et l'accord sur les tâches à accomplir pour atteindre ces objectifs. Le questionnaire version courte comprend 12 items, 4 pour chaque dimension (lien, objectif, tâches). Chaque item est coté de 0 à 7.

Nous avons fait passer le questionnaire *version courte mère* (annexe 1) aux 3 mères des familles "cas" et aux 3 mères des familles "témoins". Les pères de ces 6 familles ne s'étaient, soit pas manifesté depuis le début de la prise en charge car n'étant pas en lien avec l'enfant ni la mère, soit n'étaient jamais venus en HDJ et

avaient participé uniquement à quelques consultations médicales. Nous n'avons dans ce sens pas fait passer les questionnaires aux pères de ces familles. Nous avons fait passer le questionnaire *version courte thérapeute* (annexe 2) : à chaque soignant, à chaque psychologue, et à chaque médecin référent de chaque prise en charge. Deux des familles incluses avaient deux enfants pris en charge au même moment (pour une famille des jumeaux et pour l'autre des frères et soeurs). Il a été demandé ici aux mères et aux soignants de distinguer les réponses pour chaque enfant pour les questions mentionnant l'enfant.

La passation des questionnaires durait environ 10 minutes, suivies d'un temps d'échange si la personne le souhaitait.

L'ensemble des soignants et des mères se sont montrés favorables à la passation des questionnaires.

Les résultats sont présentés dans les tableaux ci-après. Les scores correspondent aux moyennes des scores relevés pour chaque dimension, arrondis au dixième près.

Pour les familles "cas"

	Objectifs	Tâches	Lien
Soignants	3.7	4.7	5.5
Mères	6.3	6.3	5.9

Pour les familles "témoins"

	Objectifs	Tâches	Lien
Soignants	5.8	6	6.3
Mères	5.9	5.3	6

Les éléments marquants relevés sont :

- La différence de perception de l’alliance thérapeutique entre les soignants prenant en charge les familles avec problématique de négligence et entre les mères de ces familles.

Alors que les soignants décrivent une alliance de moyenne qualité, les mères décrivent une bonne alliance.

Les différences les plus importantes de perception apparaissent en ce qui concerne l’accord sur les tâches et l’accord sur les objectifs de la thérapie.

- Une perception de l’alliance thérapeutique plutôt semblable par les mères dans les deux groupes.
- Une perception de l’alliance thérapeutique plutôt semblable par les soignants des familles “témoins” et par les mères de ces familles.

C. Discussion

Le contexte spécifique comprenant maltraitance infantile et soins conjoints parents-bébé amène à prendre en compte des aspects particuliers dans la construction de l’alliance thérapeutique. Au travers du support théorique fourni dans

les parties précédentes et du support clinique avec les cas cliniques et l'étude expérimentale, nous allons tenter de dégager des pistes pour améliorer l'alliance et les soins.

Les trois attitudes fondamentales du thérapeute selon Carl Rogers sont l'authenticité, la considération positive inconditionnelle et la compréhension empathique. En pédopsychiatrie et d'autant plus quand une situation de violence est présente, une difficulté apparaît quant à la deuxième attitude à adopter. L'acceptation totale et inconditionnelle du patient (ici le parent) sans jugement moral, éthique ou social n'est pas réalisable avec notre pratique. En effet nous devons garder à l'esprit une préoccupation première pour le bien-être de l'enfant.

De la même façon, selon la vision de l'alliance thérapeutique par Bordin, patient et thérapeute doivent s'accorder sur les objectifs de la thérapie, ce qui apparaît complexe dans notre contexte spécifique. Le parent, souvent, craint qu'un signalement judiciaire soit effectué par les soignants, ou est contraint par le juge d'entreprendre des soins sinon une mesure de placement pour l'enfant tombera. L'objectif premier du parent sera alors d'éviter un placement ou un signalement, et l'objectif premier du thérapeute sera que l'enfant se développe dans les meilleures conditions. Ces deux objectifs ne sont pas totalement incompatibles mais le travail sur comment les accorder peut s'avérer complexe.

Par ailleurs, les travaux sur l'attachement, soulignant que toute demande d'aide réactive les stratégies protectrices liées au système d'attachement chez les parents, apportent un éclairage essentiel pour la compréhension des mécanismes de l'alliance dans ces situations. Comment, en tant que soignant, est ce que je peux gagner la confiance de ce parent, qui a comme croyance que l'autre n'est pas fiable et que dans la vie il vaut mieux se débrouiller seul ? Nous avons un travail d'"apprivoisement" à réfléchir et à mettre en pratique.

Le rapport Moléna a dans ces objectifs qu'une accroche et qu'une confiance dans le système soit établie avec les parents en anténatal afin qu'ils puissent y recourir en cas de besoin ultérieurement. Dans un seul de nos cas cliniques les parents avaient

été pris en charge avant la naissance de l'enfant, et il nous a semblé que c'est la famille avec qui nous avons la meilleure alliance, en comparaison aux trois autres situations.

Une piste peut apparaître ici : de favoriser les prises en charge en anténatal. Ceci est en lien avec les mesures de santé publique des plans de 2005 qui prévoient des recommandations pour le suivi de grossesse. Le travail de coordination entre pédopsychiatre, sage-femmes libérales, médecins généralistes et psychiatres adultes est à soutenir.

D'autre part, nous avons dégagé une piste de travail suite à la passation des questionnaires d'alliance thérapeutique. Nous avons été étonnés des différences de point de vue de la qualité de l'alliance entre les soignants et entre les familles "cas". Les soignants percevaient une mauvaise alliance et les mères une bonne alliance. Il serait intéressant de pouvoir confronter ces divergences de point de vue en entretien avec les familles, dans le but de faire changer la trajectoire de l'alliance thérapeutique. Il s'agirait alors de se servir de l'échelle de l'alliance thérapeutique à des fins pratiques, de pouvoir discuter de la relation.

A ce propos, pour parler de la relation et de l'alliance en thérapie, le "Center for Alliance Focus Training" dirigé par JC Muran et ses collaborateurs utilise la méta communication thérapeutique, c'est à dire la communication sur la communication. Pour se faire, ils utilisent la pratique de la méditation pleine conscience. Nous avons pu voir combien pratiquer la pleine conscience en action, la réflexivité en action étaient utiles afin de mettre l'attention sur ce qui émerge dans le moment, notamment nos sensations, nos émotions, nos pensées. Former les thérapeutes à la méditation pleine conscience semble être une piste intéressante pour développer une curiosité et une attitude non jugeante, ce qui favorise la construction de l'alliance thérapeutique.

Par ailleurs nous avons constaté suite à la passation des questionnaires que les divergences de point de vue concernent les items sur les objectifs et les tâches de la thérapie, il peut s'avérer important de bien définir ceux-ci dès le premier entretien avec les familles.

Concernant les de maltraitance et de négligence infantiles, nous avons souligné l'importance de faire appel aux domaines sociaux et judiciaire lorsque le cadre des soins est dépassé. Il apparaît nécessaire d'être clair et transparent avec la famille, en faisant état de nos observations en nommant les éléments qui nous semblent inquiétants pour l'enfant. Il peut s'avérer utile de lire les courriers que nous remettons aux instances sociales ou judiciaires. Travailler l'authenticité, tout en pesant les mots bien entendu, et remettre aux instances sociales et judiciaires ce qui relève de leur champ de compétences permet de concourir à la mise en place d'un contexte et d'un cadre propice aux soins et à la formation de l'alliance.

Dernièrement, en ce qui concerne le contexte spécifique des consultations précoces, deux aspects particuliers sont à prendre en compte.

Tout d'abord, en se rapportant entre autres aux travaux de MJ Hervé et ses collaborateurs sur l'alliance thérapeutique dans les thérapies précoces, nous pouvons dire que travailler l'alliance implique d'avoir un regard sur comment la façon dont j'interagis en tant que thérapeute avec le bébé affecte le ou les parents, et comment la façon dont j'interagis avec le parent affecte l'enfant. Il en découle que travailler sur l'alliance dans ce contexte implique l'étude des comportements non verbaux, du bébé et des parents.

Deuxièmement, en thérapie précoce mais comme en pédopsychiatrie avec un enfant plus grand ou comme en thérapie familiale, nous avons à faire alliance avec l'ensemble de la famille. Nous avons pu illustrer avec le dernier cas clinique la difficulté à maintenir une alliance avec les parents lorsque ceux-ci sont en conflits. Dans cette situation clinique, nous avons d'autre part rencontré la mère de Madame, les mouvements de l'alliance se sont alors avérés d'autant plus complexes. En se référant aux travaux des thérapeutes familiaux systémiques, et notamment les travaux d'Ivan Boszormenyi Nagy, une notion qu'il nous semble particulièrement intéressante à mettre en place est celle de la partialité multidirectionnelle. Comment puis-je en tant que thérapeute avoir un intérêt pour chaque membre de la famille, et valoriser le rôle chacun ?

Conclusion

Après avoir rappelé les spécificités cliniques puerpérales ; s'être attaché aux modalités interactives parents-bébé et décrit le dispositif de soins en psychiatrie périnatale, nous nous sommes intéressés à une problématique particulière, celle de la maltraitance et de la négligence à enfant. Nous avons pu mettre en relief que les phénomènes de négligence envers le bébé ont des conséquences plus importantes sur le plan cognitif que les phénomènes de maltraitance physique. Nous nous sommes ensuite penchés sur les difficultés des professionnels, et la construction de l'alliance thérapeutique dans ce type de situation clinique. Nous avons illustré notre propos avec des vignettes cliniques de prise en charge en unité de soins périnataux et nous avons exposé l'étude réalisée à l'UPB de Montfavet. Nous avons pu soulever un questionnement clinique : les divergences de perception de l'alliance entre les soignants et entre les familles suivies en hôpital de jour et pour lesquelles existait une problématique de négligence envers l'enfant. A partir des différents éléments théorique et clinique, nous avons tenté de dégager quelques pistes afin d'améliorer l'alliance. Une idée nous paraît particulièrement intéressante : de se servir de l'échelle de l'alliance thérapeutique en entretien avec les familles afin de parler de la relation. Ceci rejoint les travaux de Muran et ses collaborateurs ; ceux-ci utilisant notamment comme outils de travail la métacommunication thérapeutique et la pleine conscience en action.

Bibliographie

1. Sutter-Dallay A-L, Guedeney A, Guedeney N. Psychiatrie périnatale : histoire, concepts, applications, limites. EMC-Psychiatrie 2019 ; 16(3) : 1-8.
2. Esquirol E. Traité des maladies mentales considérées sous le rapport médical, hygiénique et médico-légal. 1838.
3. Marcé LV. Traité de la folie des femmes enceintes, des nouvelles accouchées et des nourrices. Paris: 1858, Réédition l'harmattan; 2002.
4. Chardeau P, Laffon V. Unité mère-enfant en psychiatrie périnatale. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris) Psychiatrie 2007.
5. Main TF. Mothers with children in a psychiatric hospital. Lancet. 1958; 2: 845-7.
6. Racamier PC, Sens C, Carretier L. La mère et l'enfant dans les psychoses du post-partum. L'Évolution psychiatrique 1961; 26: 525-70.
7. Kumar R, Robson KM. A prospective study of emotional disorder in childbearing women. Br J Psychiatry. 1984; 144: 35-47.
8. Brockington I. Motherhood and mental health. Oxford: Oxford university press; 1996.
9. Thelander HE. Maternal Guilt, prenatal and perinatal insults, and psychiatric guidance. Pediatrics. 1972; 50; 342.
10. Morin P, Guilly P, Badin J, Choukroun J. Etiology of certain puerperal psychoses. Bull Fed Gynecol Obstet Lang Fr 1952; 4 : 600-2.
11. Balduzzi E. Puerperal, psychosis; attempted pathogenic interpretation. Encéphale 1951 ; 40 : 11-43.
12. Pitt B. Atypical depression following childbirth. Br J Psychiatry. 1968; 114; 1325-35.
13. Murray L, Cooper PJ. Post-partum depression and child development. London : Guilford Press ; 1997.
14. Field T, Healy B, Goldstein S, Perry S, Bendell D, Schanberg S, et al. Infant of depressed mothers show "depressed" behavior even with non-depressed adults. Child Dev. 1988 ; 59 : 1569-79.

15. Brown GW, Harris T. Disease, distress and depression. A comment. *J Affect Disord* 1982 ; 4 : 1-8.
16. Austin MP & Marcé Society Position Statement Advisory Commit-assessment and depression screening in perinatal women. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2014 ; 28 : 179-187.
17. Circulaire n°70 du 11 décembre 1992 relative aux orientations de la politique de santé mentale en faveur des enfants et adolescents.
18. Plan d'actions pour le développement de la psychiatrie et la promotion de la santé mentale. 15-09-2003. Disponible sur <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport-3.pdf>.
19. Plan périnatalité humanité, proximité, sécurité, qualité 2005-2007 : <http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/perinatalite04/>
20. HAS. (page consultée le 05/04/2020). Préparation à la naissance et à la parentalité. Recommandations de bonne pratique. Novembre 2005. https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_272500/fr/.
21. Molénat F. Mission DHOS. Périnatalité et prévention en santé mentale. Collaboration médico-psychologique en périnatalité. Rapport janvier 2004. Disponible sur https://www.repere.re/fileadmin/user_upload/Textes_reglementaire/Plans/Perinatalite et https://www.repere.re/fileadmin/user_upload/Textes_reglementaire/Plans/Perinatalite.pdf
22. Circulaire DHOS/DGS/O2/6C n° 2005-300 du 4 juillet relative à la promotion de a collaboration médico-psychologique en périnatalité : <http://www.sante.gouv.fr/admdagpb/bo/2005/05-08/a0080026.htm>.
23. Société Marcé Francophone. www.marce-francophone.fr/liste-des-ume.html.
24. Ministère des solidarités et de la santé. <https://solidarites-sante.gouv.fr/affaires-sociales/familles-enfance/pacte-pour-l-enfance/1000jours/>
25. Nezelof S, Vulliez-Gody L. Des services de maternité aux unités mère-bébé. In : Poinso F, Glangeaud-Freudenthal N.. *Orage à l'aube de la vie. Cahier Marcé n° 4*. Toulouse : Eres; 2009. p 167-174.
26. Poinso F, Gignoux-Froment F, Dugnat M. La place des pères dans une unité d'hospitalisation parents-bébé. In : Glangeaud-Freudenthal N, Gressier F. *Accueillir les pères en périnatalité. Cahier Marcé n° 7*. Toulouse, France Eres; 2017. p 123-136.

27. Glangeaud-Freudenthal N, Gressier F, Sutter-Dallay AL. La santé mentale des pères et leur absence dans les unités mère-bébé. In : Glangeaud-Freudenthal N, Gressier F. Accueillir les pères en périnatalité. Cahier Marcé n°7. Toulouse, France : Eres ; 2017. p111-122.
28. Putman KT, Wilcox M, Robertson-Blackmore E, Sharkey K, Bergink V, Munk-Olsen T et al. Clinical phenotypes of perinatal depression and time of symptom onset: analysis of data from an international consortium. *Lancet Psychiatry*. 2017 ; 4 : 477-485.
29. Baron E, Bass J, Murray SM, Schneider M, Lund C. A systematic review of growth curve mixture-modeling literature investigating trajectories of perinatal depressive symptoms and associated risk factors. *J Affect Disord*. 2017; 223: 194-208.
30. Meltzer-Brody S, Maegbaek ML, Medland SE, Miller WC, Sullivan P, Munk-Olsen T. Obstetrical, pregnancy and socio-economic predictors for new-onset severe postpartum psychiatric disorders in primiparous women. *Psychol Med* 2017 ; 47 : 1427-1441.
31. American Psychiatric Association. DSM-5 Manuel Diagnostique et statistique des troubles mentaux. Traduction Française Crocq MA, Guelfi JD. Paris : Elsevier Masson; 2015.
32. CIM-10 Classification Statistique Internationale des Maladies et des problèmes de santé connexes. 10ème révision (3è Vol). Genève: Organisation Mondiale de la Santé; 1993
33. Lemperière T, Rouillon F, Lépine JP. Troubles psychiques liés à la puerpéralité. EMC (Elsevier Masson SAS Paris) Psychiatrie, 1984.
34. Patrizi MC. Troubles psychiatriques et psychologiques de la grossesse, de la puerpéralité et de la parentalité. In Kapsambelis V. Manuel de psychiatrie clinique et psychopathologique de l'adulte. Paris: PUF; 2012. p 943-957.
35. Référentiel de psychiatrie et addictologie. Psychiatrie de l'adulte. Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Addictologie. 2nd ed. Tours: PUF; 2016.
36. O'Hara MW, Swain AM 1996, Rates and risk of postpartum depression : a meta-analysis. *International Review of Psychiatry*. 1996; 8: 37-54.
37. O'Hara MW, Zerovski EM, Phillips LH. Controlled prospective study of postnatal mood disorder: comparison of childbearing and non-childbearing women. *J Abnorm Psychol* 1990 ; 99 : 3-15.
38. Dayan J, Baleyte JM. Dépressions périnatales. In Dayan J, editor. Les dépressions périnatales. Évaluer et traiter. Collection Médecine et psychothérapie. Paris; Masson: 2008.
39. Harvey ST, Pun PK. Analysis of positive Edinburgh depression scale referrals to a consultation liaison psychiatry service in a two-year period. *Int J Ment Health Nurs* 2007; 16: 161-167.

40. Reck C, Struben K, Backenstrass M. Prevalence, onset and comorbidity of postpartum anxiety and depressive disorders. *Acta Psychiatr Scand* 2008 ; 118 : 459-468.
41. Glangeaud-Freudenthal N. Evaluation de la prévalence de la dépression post-partum en France. *Devenir*. 1999; 11: 53-64.
42. Cox JL, Holden JM, Sagovsky RV. Detection of postnatal depression : development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry* 1987; 150: 782-786.
43. Cox JL, Murray D, Chapman GA. Controlled study of the onset, duration and prevalence of postnatale depression. *Br Psychiatry* 1993 ; 163 : 27-37.
44. Vesga-Lopez O, Blanco C, Keyes K, Olfson M, Grant BF, Hasin DS. Psychiatric disorders in pregnant and postpartum women in the United States. *Archives of General Psychiatry*. 2008; 65(7): 805-815.
45. Bayle B. *Ma mère est schizophrène, schizophrénie et parentalité*. Paris; Erès: 2008.
46. Ramchandani P, Psychogiou L. Paternal Psychiatric disorders and children's psychosocial development. *Lancet*. 2009 ; 374 : 646-653.
47. Glangeaud-Freudenthal N, Gressier F. *Accueillir les pères en périnatalité, Cahier Marcé n°7*. Paris: Eres; 2017.
48. Ballard C, David R, Dean C. Postnatal depression in mothers and fathers. *Br J Psychiatry*. 1993 ; 163 : 210-216.
49. Lovestone S, Kumar R. Postnatal psychiatric illness: the impact on partners. *Br J Psychiatry*. 1993 ; 163 : 210-216.
50. Nishigori H, Obara T, Nishigori T, Metoki H, Mizuno S, Ishikuro M, et al. The prevalence and risk factors for postpartum depression symptoms of fathers at one and 6 months postpartum : birth cohort study of an adjunct study of the Japan Environment & Children's Study. Regional Center of Japan Environment & Children's Study Group. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2018; 1: 1-131.
51. Millet L, Karbous E, Jorda P, Cabal P. Les psychonévroses de la paternité. *Psychonévroses puerpérales chez l'homme. Annales médico-psychologiques*. 1978; 136 (3): 417-449.
53. Klein H. Couvade syndrome : male counterpart to pregnancy. *International Journal of psychiatry in Medicine*. 1991; 21 (1) : 57-69.
54. Danion-Grilliat A, Bursztein C. *Psychiatrie de l'enfant*. Lavoisier MSP; 2011

55. Piaget J. Le langage et la pensée chez l'enfant. Neuchâtel, delachaux et niestlé: 1923.
56. Freud S. Trois essais sur la théorie de la sexualité, 1924. Traduction française Reverchon-Jouve. Paris : Gallimard ; 1962.
57. Spitz R.A. De la naissance à la parole : La première année de la vie. 7è ed. Paris: PUF; 1984.
58. Bowlby J. Attachement et perte. Vol 1. L'attachement. Traduction française; 2002. Attachment and loss, attachment. New York: Basic Books ; 1969.
59. Bowlby J. Attachement et perte. Vol 2. La séparation : angoisse et colère. Traduction française 2007. Attachment and loss, separation, anxiety and anger. New York: Basic Books ; 1973.
60. Bowlby J. Attachement et perte Vol 3 : la perte, tristesse et dépression. Traduction française 2006. Attachment and loss Vol 3: Loss. New York: Basic Books ; 1980.
61. Ainsworth MDS, Bell S. Attachment, exploration and separation illustrated by the behavior of one year-old infant in a strange situation. Child development, 1970; 41: 49-67.
62. Guedeney A, Guedeney N. L'attachement, concept et applications. Paris : Masson, collection les âges de la vie; 2002.
63. Winnicott DW. De la pédiatrie à la psychanalyse. Paris : payot; 1969.
64. Winnicott DW. Le bébé et sa mère. Paris : payot, traduction français 1992.
65. Lacan J. Ecrits. Paris : le seuil; 1966.
66. F. Dolto, Le sentiment de soi : aux sources de l'image du corps, Paris, Gallimard, 1997.
67. Stern DN. Le monde interpersonnel du nourrisson. Paris PUF: 2009. Traduction française Lazartigues A, Perard D. New York : Basic books; 1985.
68. Apter G. Psychopathologie de la première enfance : les troubles des interactions. In : Danion-Grilliat A, Bursztejn C, editors. Traité de psychiatrie de l'enfant. Paris : Flammarion ; 2011.
69. Lebovici S. Le nourrisson, la mère et le psychanalyste. Paris : Païdos, Le Centurion ; 1983.

70. Fivaz-Depeursinge E, Corboz-Warnery A. Le triangle primaire. Le père, la mère et le bébé. Paris : Odile Jacob ; 2001
71. Granier-Deferre C, Schaal B, De Casper AJ. Les prémices foetales de la cognition. In : Lecuyer R, editor. Le développement du nourrisson. Paris : Dunod ; 2001. p 59-94.
72. Apter G, Genet MC, Alecian M, Devouche. Interactions précoces : modèles et recherches en psychopathologie développementale. Elsevier Masson EMC Psychiatrie Pédopsychiatrie ; 2017 14 (4).
73. Reddy V, Hay D, Murray L, Trevarthen C. Communication in infancy : mutual regulation of affect and attention. In : Bremner G, Slater A, Butterworth G, editors. Infant development. Hove : psychology Press ; 1997. p.247-274.
74. Kaye K, Fogel A. The temporal structure of face-to-face communication between mother and infants. Dev Psychol. 1980 ; 16 : 454-464.
75. Trevarthen C, Hubley P. Secondary intersubjectivity : confidence, confiding and acts of meaning in the first year. In: Lock A, editor, Action, gesture and symbols. London : Academic Press. 1978: 183-229.
76. Pêcheux MG, Findgi F, Ruel J. Maternal scaffolding of attention between 5 and 8 months. Eur J Psychol Educ. 1992; 7 : 209-218.
77. Tronick E, Beeghly M. Infants' meaning-making and the development of mental health problems. Am Psychol. 2011; 66: 107-119.
78. Gottman J.M. Psychology and the study of marital processes. Annual Review of Psychology. 1998 : 49 ; 169-197.
79. Ayissi L, Hubin-Gayte M. Irritabilité du nouveau-né et dépression maternelle du post-partum. Neuropsychiatr Enf Adolesc. 2006 ; 54 : 125-132.
80. Muller-Nix C, Forcada-Guex M, Pierrehumbert B, Jaunin L, Borghini A, Ansermet F. Prematurity, maternal stress and mother-child interactions. Early Hum Dev. 2004; 79: 145-158.
81. Murray L, Hentges F, Hill J, Karpf J, Mistry B, Kreutz M, et al. The effect of cleft lip and palate, and the timing of lip repair on mother-infant interactions and infant development. J Child Psychol Psychiatry. 2008 ; 49 : 115-123.
82. Greenspan SI. Regulatory disorders. I : clinical perspectives. NIDA Res Monogr. 1991; 114: 165-172.

83. Hernandez-Reif M, Field T, Diego M, Ruddock M. Greater arousal and less attentiveness to face/voice stimuli by neonates of depressed mothers on the Brazelton Neonatal Behavioral Assessment Scale. *Infant Behav Dev.* 2006 ; 29 : 594-598.
84. Brazelton TB, Nugent JK. *Neonatal Behavioral Assessment Scale.* London : Mac Keith press ; 1995.
85. Lundqvist C, Sabel K. Brief report : the Brazelton Neonatal Behavioral assessment Scale detects differences among newborn infants of optimal health. *J Pediatr Psychol.* 2000 ; 25 : 577-82.
86. Boatella-Costa E, Costas-Moragas C, Botet-Mussons F, Fornieles-Deu A, De Caceres-Zurita M. Behavioral gender differences in the neonatal period according to the Brazelton scale. *Early Hum Dev.* 2007; 83: 91-7.
87. Larroque B, Ancel PY, Marret S, EPIPAGE Study group. Neurodevelopmental disabilities and special care of 5-year-old children born before 33 weeks of gestation: a longitudinal cohort study. *Lancet.* 2008; 371: 813-820.
88. Marlow N, Wolke D, Bracewell MA. Epicure study group : neurologic and developmental disability at six years ago after extremely preterm birth. *N Engl J Med.* 2005 ; 351 : 9-19.
89. Forcada-Guex M, Borghini A, Pierrehumbert B. Prematurity, maternal posttraumatic stress and consequences on the mother-infant relationship. *Early Hum Dev* 2011; 87: 21-6.
90. Feldman R, Eidelman A, Sirota L, Weller A. Comparison of skin-to-skin (Kangaroo) and traditional care: parenting outcomes and preterm infant development. *Pediatrics.* 2002; 110 : 16-26.
91. Scourfield J, McGuffin P. Familial risk and genetic counselling for common psychiatric disorder. *Adv Psychiatr Treat.* 1999 ; 5 : 39.
92. Li X, Sundquist K. Age-specific familial risks of psychotic disorders and schizophrenia : a nation-wide epidemiological study from Sweden. *Schizophr Res.* 2007 ; 97 : 43-50.
93. Talge NM, Neal C, Glover V. Early stress, translational research and prevention science network : fetal and neonatal experience on child and adolescent mental health. Antenatal maternal stress and long-term effects on child neurodevelopment : how and why ? *J child Psychol Psychiatry.* 2007 ; 48 : 245-261.
94. Waffarn F, Davis EP. Effects of antenatal corticosteroids on the hypothalamic-pituitary-adrenocortical axis of the fetus and newborn: experimental findings and clinical considerations. *Am J Obstet Gynecol.* 2012; 207: 446-454.
95. Colonnello V, Petrocchi N, Farinelli M, Ottaviani C. Positive social interactions in a lifespan perspective with a focus on opioidergic and oxytocinergic systems : implications for neuroprotection. *Curr Neuropharmacol.* 2017; 15 : 543-561.

96. Fujiwara T, Weisman O, Ochi M, Shirai K, Matsumoto K, Noguchi E, et al. Genetic and peripheral markers of the oxytocin system and parental care jointly support the cross-generational transmission of bonding across three generations. *Psychoneuroendocrinology*. 2018 ; 102 : 172-181.
97. Wesseldijk LW, Dieleman GC, Van Steensel FJ, Bleijenberg EJ, Bartels M, Bögels SM, et al. Do parental psychiatric symptoms predict outcome in children with psychiatric disorders ? A naturalistic clinical study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2018 ; 57 : 669-677.
98. Lyons-Ruth K, Zoll D, Connell D, Grunebaum HU. The depressed mother and her one-year-old infant : environment, interaction, attachment and infant development. In : *Maternal Depression and Infant Disturbance. New directions for Child development*. San Francisco CA : Jossey-Bass ; 1986. p61-82.
99. Lyons-Ruth K, Bronfman E, Parsons E. Maternal frightened, frightening, or atypical behavior and disorganized infant attachment patterns. *Monographs of the Society for Research in Child Development*. 1999 ; 64 : 67-96.
100. Tonnadre L, Guedeney A, Verdoux H, Sutter-Dallay AL. Etude pilote sur les facteurs de risque de survenue d'un retrait relationnel précoce chez les enfants de mères admises en UMB et présentant de graves troubles psychiatriques, et les liens avec le développement psychologique ultérieur. *Devenir*. 2017 ; 29 : 255-265.
101. David M, Castex E, Leger EM, Merlet AM. Danger de la relation précoce entre le nourrisson et sa mère psychotique. Une tentative de réponse. *Psychiatrie Enf*. 1981 ; 24 : 151-196
102. Davidsen KA, Harder S, MacBeth A, Lundy JM, Gumley A. Mother infant interaction in schizophrenia : transmitting risk or resilience ? A systematic review of the literature. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2015 ; 50 : 1785-1798.
104. Goodman DH, Cullum KA, Dimidjian S, River LM, Kim CY. Opening windows of opportunities : evidence for interventions to prevent or treat depression in pregnant women being associated with changes in offspring's developmental trajectories of psychopathology risk. *Dev Psychopathol*. 2018 ; 30 : 1179-1196.
104. Gomajee R, El-Khoury F, Côté S, Van der Waerden J, Pryor L, Melchior M. Early childcare type predicts children's emotional and behavioural trajectories into middle childhood. Data from the EDEN mother-child cohort study. EDEN mother-child Cohort Study Group. *J Epidemiol Community Health*. 2018 ; 72 : 1033-1043.
105. Liu Y, Kaaya S, Chai J, McCoy, Surkan PJ, Black MM, et al. Maternal depressive symptoms and early childhood cognitive development : a meta-analysis. *Psychol Med*. 2017 ; 47 : 680-689.
106. Le nestour A, Apter-Danon G, Héroux C, Mourgues B, Patouillot-Slatine I. Parentalités limites et prises en charges thérapeutiques. *Psychiatrie Enf*. 2007; 50 : 125-177.
107. Murray L, Hipwell A, Hooper R, Stein A, Cooper P. The cognitive development of 5-year-old children of postnatally depressed mothers. *J Child Psychol Psychiatry*. 1996 ; 37 ; 927-935.
108. Morell J, Murray L. Parenting and the development of conduct disorder and hyperactive symptoms on childhood : a prospective longitudinal study from 2 months to 8 years. *J child Psychol Psychiatr*. 2002 ; 44 : 489-508.
109. ANSM. (page consultée le 20/01/2020). Alerte Dépakote et Dépamide dans les troubles bipolaires : désormais contre-indiqués : chez les femmes enceintes et chez les femmes en

âge de procréer n'utilisant pas une contraception efficace.
[https://ansm.sante.fr/Dossiers/valproate-et-derives/Valproate-et-derives/\(offset\)/0](https://ansm.sante.fr/Dossiers/valproate-et-derives/Valproate-et-derives/(offset)/0).

110. NICE. (page consultée le 10/11/2019). Antenatal and postnatal mental health : clinical management and service guidance. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg192/chapter/1-recommandations>

111. Fraiberg S. Fantômes dans la chambre d'enfants. Paris: Puf ; 1999.

112. Fraiberg S. Assessment and Therapy of Disturbances in Infancy. Northvale, nj : Aronson ; 1989.

113. Fraiberg S. Clinical studies in infant mental health. The first year of life. Basic books, new york; 1980.

114. Winnicott DW. "L'espace potentiel", dans Jeu et réalité. Paris : Gallimard ; 1971.

115. Lebovici S. Des psychanalystes pratiquent des psychothérapies bébés-parents. Revue française de psychanalyse. 1991 : 3 (55) ; 667-683.

116. Male P, Doumic-Girard A, Benhamou F, Schott MC. Psychothérapie du premier âge. Paris : Puf, coll Le fil rouge ; 1975.

117. Daws D. Les bébés qui ne dorment pas la nuit. Paris : Payot, coll Désir ; 1999.

118. Bion WR. L'attention et l'interprétation. Approche scientifique de la compréhension intuitive en psychanalyse et dans les groupes. Paris : Payot, coll Science de l'homme ; 1974.

119. Stern DN. La constellation maternelle. Calmann Lévy ; 1997.

120. Debray R. Bébés/mères en révolte. Traitements psychanalytiques conjoints de déséquilibre psychosomatiques précoces. Paris : Le Centurion ; 1987.

121. Cramer B, Palacio Espasa F. La pratique des psychothérapies mères-bébés. Études cliniques et techniques. Paris : Puf ; 1993.

122. Palacio-Espasa F, Knauer D. Conflits de la parentalité à la lumière des catamnèses des cas traités en psychothérapies brèves mères-bébés, In : Mazet P, Lebovici S : Psychiatrie périnatale. Parents et bébés : du projet d'enfant aux premiers mois de vie. Paris : PUF ; 1998.

123. Knauer D, Cramer B. Les thérapies brèves conjointes mères ou parents-bébés : évaluations, évolutions et processus cliniques. Psychothérapies. 2006 : 26 (2) ; 97-102.

124. Robert-Tissot C, Cramer B, Stern DN, Rusconi Serpa S, et coll. Outcome evaluation in brief mother-infant psychotherapies : Report on 75 cases. *Infant Mental Health Journal*. 1996 : 17 (2) ; 97-114.
125. Palacio-Espasa F, Knauer D. La psychothérapie brève psychodynamique avec mère, père et bébé : aspects cliniques et techniques. *Psychothérapies*. 2005 : 25(3) ; 135-144.
126. McDonough SC. L'aide à l'interaction : une technique pour le traitement des troubles relationnels précoces. In Fava Viziello G, Stern D. *Modèles psychothérapeutiques au premier âge : de la théorie à l'intervention*. Paris: Masson ; 1995. p225-236.
127. McDonough SC. Interactions Guidance ; An approach for difficult-to-engage families. In Zeanah CH. *Handbook of infant mental health*. New york : Guilford Press, 2è ed ; 2000. p 485-493.
128. McDonough SC. Interaction Guidance. Promoting and nurturing the caregiving relationship. In: Sameroff AJ, McDonough S, Rosenblum KL. *Treating Parent-Infant Relationship Problems*. New York : Guilford Press ; 2004. p 79-96.
129. Rusconi Serpa S. La thérapie de guidance interactive. In : Favez N, Darwiche J. *Les thérapies de couple et de famille. Modèles empiriquement validés et applications cliniques*. Bruxelles : Mardaga. p 83-102.
130. Frascarolo-Moutinot F, Fivaz-Depeursinge E, Favez N. La consultation systémique : une interface entre recherche et clinique. *Médecine et Hygiène. Thérapie familiale*. 2009 : 2 (30) ; 167-176.
131. Alvarez L, B Golse. *La psychiatrie du bébé*. Paris : Puf. coll Que sais-je ? 2008.
132. Le Nestour A. et al. Parentalités limites et prises en charge thérapeutiques, *La psychiatrie de l'enfant*. 2007 : 50 (1) ; 125-177.
133. Bick E. L'expérience de la peau dans les relations d'objet précoces. In *Les Écrits de Martha Harris et d'Esther Bick*, Éditions du Hublot, 1998a, p. 135-140.
134. Pellet M, Nanzer N. Evolution des représentations maternelles après une psychothérapie brève centrée sur la parentalité durant la période périnatale. *Médecine et Hygiène. Devenir*. 2014 ; 1(26) : 21-43.
135. Benoit B. *Psychiatrie et psychopathologie périnatales en 51 notions*. Malakoff : Dunot ; 2017.
136. Cramer B. Les psychothérapies mère-bébé : quels enseignements pour la pratique psychothérapeutique ? *Médecine et Hygiène. Psychothérapies*. 2002 : 2(22) ; 71-76.

137. Poinso F. Qu'est ce que le soin institutionnel en Unité mère-bébé. In Poinso F. Glangeaud-Freudenthal N.. Orage à l'aube de la vie. Eres; 2009. p29-42.
138. Article L2111-1 Modifié par Loi 2005-706 2005-06-27 art. 13 1° JORF 28 juin 2005. Disponible sur https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=F26A822D1EAEAB845DA8B3AD92ACD201.tpdjo05v_1?idArticle=LEGIARTI000006687349&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20100531.
139. Article L221-1 Modifié par LOI n°2016-297 du 14 mars 2016 - art. 12. Disponible sur <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006074069&idArticle=LEGIARTI000032207383&categorieLien=id>.
140. Article L222-5 Modifié par LOI n°2016-297 du 14 mars 2016 - art. 16. Disponible sur <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000032207405&cidTexte=LEGITEXT000006074069&dateTexte=20160316>.
141. Dugnat M. Réseaux en périnatalité : les outils pratiques d'une prévention universelle prévenante ? Définitions, critiques et propositions. Spirale. 2012/1 (61): 139-162
142. Française des Réseaux de Santé en Périnatalité. <https://ffrsp.fr/>
143. The International Marcé Society. <https://marcesociety.com/>
144. Waimh-France. https://www.psynem.org/Hebergement/Waimh_France
145. Alliance Francophone pour la santé mentale périnatale. <https://arip.fr/>
146. Mazer M. Characteristics of multi-problem households. A study in psychosocial epidemiology. Am J Orthopsychiatry. 1972;42(5):792–802.
147. Lamour M, Barraco M. Early disturbance in parent-infant interactions and the construction of psychic life. The young child and his psychotic mother. Psychiatr Infant. 1995;38(2):529–54.
148. Diatkine G. Families without qualities- language and thinking troubles in families with multiple problems. Psychiatr infant. 1979;22(1):237–73.
149. Greenspan S. Developmental morbidity in infants in multirisk- factor families : clinical perspectives. Public Health Rep. 1982;97(1):16–23.

150. Lebovici S. L'enfant de mère marginale ou exclue. In Manciaux M, L'enfant et sa santé. Paris : Douin; 1987.
151. Sand E. Social and psychological development of the child in the context of unstable family. Arch Belg. 1985;45(5-8):198–209.
152. Cirillo S, Di Blasio P. La famille maltraitante. Traduction française. Paris : Fabert; 2005.
153. Le Foll J. Le soutien à la parentalité des familles à problèmes multiples. Soins Pédiatrie Puériculture. 2015 ; 284 : 12-14.
154. Stoleru S, Morales-Huet M. Psychothérapie mère-nourrisson dans les familles à problème multiple. Devenir. 1990 ; 20 (3).
155. Le dictionnaire érudit de la langue française. Paris: Larousse; 2014.
156. Loi n° 2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance. Disponible sur <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000823100>.
157. Observatoire national de l'action sociale. (page consultée le 10/10/19). Disponible sur <https://odas.net/>.
158. Article 227-15. Modifié par Loi n°2003-239 du 18 mars 2003 - art. 44. Modifié par Ordonnance n°2005-759 du 4 juillet 2005 - art. 19 JORF 7 juillet 2005 en vigueur le 1er juillet 2006. Disponible sur <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006418050&cidTexte=LEGITEXT000006070719&dateTexte=20060701>
159. Article 371-1. Modifié par LOI n°2019-721 du 10 juillet 2019 - art. 1. Disponible sur <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000038749626&cidTexte=LEGITEXT000006070721&dateTexte=20190712>
160. Trocmé N, Fallon B, MacLaurin B, Daciuk J, Felstiner C, Black T, et al. Étude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants-2003. Données principales. Ottawa: ministre des Travaux publics et des services gouvernementaux du Canada; 2005, http://www.phac-aspc.gc.ca/cm-vee/csca-ecve/pdf/childabuse_final_f.pdf.
161. Polansky NA, Chalmers MA, Bittenwieser EW, Williams DP. Damaged Parents : A anatomy of child neglect. The university of chicago press book : Chicago ; 1981.
162. Centre de liaison et d'intervention sur la prévention psychosociale (CLIPP) en collaboration avec le Groupe de recherche et d'intervention en négligence (GRIN) de l'Université du Québec à Trois-Rivières. La négligence envers les enfants. Montréal, 2008. Disponible sur <http://biblio.uqar.ca/archives/30162992.pdf>.

163. Garret N, Pernel AS. De la psychiatrie périnatale à la psychiatrie néonatale : zoom sur le bébé de moins de six semaines. EMC Psychiatrie. 2017 ; 169 (14-1) : 1-11.
164. Dubowitz H. Understanding and addressing the “neglect of neglect:” Digging into the molehill Child Abuse Negl 2007; 31 : 603-606.
165. Leclère C. Le vidéo feedback dans des situations de négligence émotionnelle : un outil d'évaluation et de soins des interactions précoces ? Annales médico-psychologiques. 2018 mar; 176(3): 296-300.
166. Howe D. Child abuse and neglect. Attachment, development and intervention. Palgrave Macmillan : London; 2005.
167. Racamier PC. Le Génie des origines. Paris : Payot ; 1992.
168. Carel A. Périnatalité psychique et renaissance du familial. Groupal. 2004 : 15 ; p. 7-18.
169. Ciccone A. Potentialités incestuelles et mise en histoire générationnelle dans les contextes de handicap. Le divan familial. 2009 : 1(22) ; 65-80.
170. Defontaine J. L'incestuel dans les familles. 2002 : 1(66) ; 179-196. Revue française de psychanalyse
171. Rey-Salmon C. Approche historique. In : Rey-Salmon C ; Adamsbaum C. Maltraitements chez l'enfant. Lavoisier; 2013.
172. Labbé J. Maltraitance des enfants-Perspective historique. Santé, société et solidarité; 2009 : 17-25.
173. Rousseau JJ. Emile ou de l'éducation. Paris : Garnier Flammarion; 1966. (1ère éd 1762).
174. Fohlen C. Révolution industrielle et travail des enfants. Annales de démographie historique. 1973; 319-325.
175. Loi du 24 juillet 1889 Enfants maltraités ou moralement abandonnés, placement des mineurs, action éducative en milieu ouvert.
176. Tardieu A. Etude médico-légale sur les sévices et mauvais traitements exercés sur des enfants. Annales d'hygiène publique et de médecine légale. 1860; 13 : 361-398.

177. Caffey J. Multiple fractures in the long bones of infants suffering from chronic subdural hematoma. *Am J Roentgen Radium Ther Nucl Med.* 1946; 56: 163-173.
178. Silverman FN. The Roentgen Manifestations of Unrecognized Skeletal Trauma in Infants. *Am J Roentgen Radium Ther Nucl Med.* 1953; 69: 413-427.
179. Kempe CH, Silverman FN, Steele BF, Droege Mueller W, Silver HK. The battered-Child Syndrome. *JAMA.* 1962; 181: 17-24.
180. Association Française d'Information et de Recherche sur l'Enfance Maltraitée. <http://afirem.fr>
181. LOI n° 2016-297 du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant. JORF n°0063 du 15 mars 2016. Disponible sur <https://WWW.legifrance.gouv.fr/affichTexte=JORFTEXT000032205234>
182. ONPE. (Page consultée le 03/02/2020). La production de données chiffrées. <https://onpe.gouv.fr/production-donnees-chiffres>
183. ONPE. Treizième rapport au gouvernement et au parlement. Avril 2019.
184. Pears KC, Kim HK, Fisher PA. Psychosocial and cognitive functioning of children with specific profiles of maltreatment. *Child Abuse Neglect.* 2008; 32: 958-971.
185. Kwak Y, Mihalec-Adkins B, Mishra AA, Christ SL. Differential impacts of participation in organized activities and maltreatment types on adolescent academic and socioemotional development. *Child Abuse Neglect.* 2018; 78: 107-117.
186. Warmingham J M, Handley ED, Rogosch FA, Manly JT, Cicchetti D. Identifying maltreatment subgroups with patterns of maltreatment subtype and chronicity: a latent class analysis approach. *Child Abuse Neglect.* 2019; 87: 28-39.
187. Lacharité C, Éthier L, Nolin P. Vers une théorie écosystémique de la négligence envers les enfants. *Bulletin de psychologie.* 2006; 484 (4) : 381-394.
188. Lounds JJ, Borkowski JG, Whitman TL. The potential for child neglect: The case of adolescent mothers and their children. *Child Maltreatment.* 2006; 11 (3) : 281-294.
189. Thompson RA. Social support and child protection: Lessons learned and leaning. *Child Abuse and Neglect,* 2014; 38, 41-59
190. Pelletier C. Pour mieux définir la négligence infantile. *L'infirmière du Québec.* sept-oct 2000 ; 8(1) : 20-26.

191. Pelletier C. Pratiques de soins parentales et négligence infantile. Des signes au sens, Paris: L'Harmattan; 2005.
192. Tarabulsky GM, Pascuzzo K, Moss E, St-Laurent, D, Bernier A, Cyr C, Dubois Comtois K. Attachment-based intervention for maltreating families. American Journal of Orthopsychiatry 2008; (78) : 322-332.
193. Guedeney N. Maltraitance et négligence de l'enfant : apport de la théorie de l'attachement. In l'attachement, approche clinique et thérapeutique. Elsevier masson SAS ; 2016. p 109-113.
194. Jaudes P. K, Mackey-Bilaver L. Do chronic conditions increase young children's risk of being maltreated? Child Abuse and Neglect; 2008; 32: 671-681.
195. Sidebotham P, Heron J. Child maltreatment in the "children of the nineties": A cohort study of risk factors. Child Abuse and Neglect; 2006; 30; 497- 522.
196. Bigras M, Costa MCO. Est-ce que l'évaluation des signalements corroborés à la DPJ est biaisée selon le sexe et l'âge des enfants maltraités ? In M. Déry, A-S. Denault et J.-P. Lemelin. Aide aux jeunes en difficulté de comportement Sherbrooke, Qc; 2010. p. 71-85.
197. David M. L'enfant de 0 à 2 ans : vie affective et problèmes familiaux. Paris : Dunod, 2013 [1ère éd : 1960].
198. Maslow AH. L'accomplissement de soi : de la motivation à la plénitude. Paris : Eyrolles, 2004.
199. Pourtois JP, Desmet H. L'éducation post moderne. Paris : PUF, 2011.
200. Brazelton TB, Greenspan SI. Ce dont chaque enfant a besoin. Sept besoins incontournables pour grandir, apprendre et s'épanouir. Paris : Marabout, 2003. Disponible sur <http://www.lenfantdabord.org/lenfant-dabord/les-besoins-de-lenfant>
201. Winnicott DW. La préoccupation maternelle primaire. In De la pédiatrie à la psychanalyse. Paris : Payot, 1989 [1ère éd : 1969]
202. Guedeney N. L'attachement, un lien vital. Bruxelles : éditions Fabert, 2010.
203. Berger M. Soigner les enfants violents. Paris : Dunod, 2012.
204. Misès R. Les pathologies limites de l'enfance. Paris: PUF; 1990.

205. Garret-Gloanec N, Pernel AS, Parent A. Impact des négligences parentales chez l'enfant de moins de trois ans. *EMC Psychiatrie*.2013 jul; 10(3): 1-12.
206. Gowan J. Effects of neglect on the early development of children: Final report. Washington, DC: National Clearinghouse on Child Abuse and Neglect, National Center on Child Abuse and Neglect, Administration for Children and Families; 1993.
207. Hoffman-Plotkin D, Twentyman CT. A multimodal assessment of behavioral and cognitive deficits in abused and neglected preschoolers. *Child Dev*. 1984; 55: 794-802.
208. Venet M, Bureau J, Gosselin C, Capuana F.. Attachment representations in a sample of neglected preschool-age children. *School Psychology International* ; 2007; 28 : 264-293.
209. Thomas C, Hyponnen E, Power C. Obesity and type 2 diabetes risk in mid-adult life: the role of childhood adversity. *Pediatrics* 2008; 121 : 1240-49.
210. Fergusson DM, Boden JM, Horwood LJ. Exposure to childhood sexual and physical abuse and adjustment in early adulthood. *Child Abuse Negl*. 2008; 32: 607-619.
211. Widom CS. Posttraumatic stress disorder in abused and neglected children grown up. *Am J Psychiatry*. 1999 ; 156 : 1223-1229.
212. Brown J, Cohen, Johnson JG, Smailes EM. Childhood abuse and neglect: specificity of effects on adolescent and young adult depression and suicidality. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1999 ; 38 : 1490-96.
213. Widom CS, Marmorstein NR, White H.R. Childhood victimization and illicit drug use in middle adulthood *Psychol Addict Behav* 2006 ; 20 : 394-403.
214. Wiesel TN, Hubel DH. Extent of recovery from the effects of visual deprivation in kittens. *J Neurophysiol* 1965; 28 : 1060-72.
215. Rutter M, O'Connor TG. English and Romanian Adoptees (ERA) study Are there biological programming effects for psychological development? Findings from a study of Romanian. *Adoptees Dev Psychol* 2004; 40 : 81-94.
216. Nelson CA, Zeanah CH, Fox NA, Marshall PJ, Smyke AT, Guthrie D. Cognitive recovery in socially deprived young children: the Bucharest Early Intervention Project *Science* 2007 ; 318 : 1937-40.
217. Yoon S. Child maltreatment characteristics as predictors of heterogeneity in internalizing symptom trajectories among children in the child welfare system. *Child Abuse Neglect*. 2017; 72: 247-57.

218. Nolin P, Ethier LS. Using neuropsychological profiles to classify neglected children with or without physical abuse. *Child Abuse and Neglect*. 2007. 31 (6) : 631-643.
219. Hildyard KL, Wolfe DA. Child neglect: developmental issues and outcomes. *Child Abuse Neglect*. 2002; 26: 679-95.
220. Egeland B, Sroufe LA. Developmental sequelae of maltreatment on infancy. In: Rizley R, Cicchetti D, editors. *Developmental perspectives in child maltreatment*. San Francisco: CA: Jossey-Bass; 1981. p 77-92.
221. Govindama Y, Ledrait A, Charlet A, Garba AM. Différences entre des profils des effets des maltraitements physiques et psychologiques sur le développement de l'enfant de moins de 3 ans en France. *Devenir*. 2019; 31(2): 145-164.
222. Katz K. Communication problems in maltreated children: a tutorial. *J Child Commun Disord*. 1992; 14:147-63.
223. Egeland B, Sroufe LA, Erickson MF. Developmental consequences of different patterns of maltreatment. *Child Abuse Neglect*. 1983; 7: 459-69.
224. Allen RE, Oliver JM. The effect of child maltreatment on language development. *Child Abuse Neglect*. 1982; 6: 299-305.
225. Merritt DH, Klein S. Do early care and education services improve language development for maltreated children ? Evidence from a national child welfare sample. *Child Abuse Neglect*. 2015; 39: 185-196.
226. Fantuzzo JW, Perlman SM, Dobbins E. Types and timing of child maltreatment and early school success: A population-based investigation. *Children and Youth Services Review*. 2011; 33: 1404-1411.
227. Bengwasan PD. The intellectual profile of abused and neglected children in the Philippines: An analysis of SB5 IQ scores of sexually abused, physically abused and neglected children. *Child Abuse Neglect*. 2018; 81: 389-395.
228. Mills R, Alati R, O'Callaghan M, Najman JM, Williams GM, Bor W, Strathearn L. Child abuse and neglect and cognitive function at 14 years of age: findings from a birth cohort. *Pediatrics*. 2011; 127(4)[consulté le 30/09/2019]. Disponibilité sur internet : <http://pediatrics.aappublications.org/content/127/1/4.full.html>
229. Trickett PK, KIM K Prindle J. Variations in emotional abuse experiences among multiply maltreated young adolescents and relations with developmental outcomes. *Child Abuse Neglect*. 2011; 35: 876-86.

230. O'Hara M, Legano L, Homel P, Walker-Descartes I, Rojas M, Laraque D. Children neglected: Where cumulative risk theory fails. *Child Abuse Neglect*. 2015; 45: 1-8.
231. Fujisawa TX, Shimada K, Takiguchi S, Mizushima S, Kosaka H, Teicher MH, Tomoda A. Type and timing of childhood maltreatment and reduced visual cortex volume in children and adolescents with reactive attachment disorder. *NeuroImage: Clinical*. 2018; 20: 216-221.
232. Yoon S, Tebben E, Lee Guijin. Early childhood aggression among child welfare involved children: The interplay between the type of child maltreatment and ecological protective factors. *Children and Youth Services Review*. 2017; 81: 72-80.
233. Erickson MF, Egeland B, Pianta R. The effects of maltreatment on the development of young children, in Cicchetti D, Carlson V (éds), *Child maltreatment: Theory and research on the causes and consequences of child abuse and neglect*. New-York, Cambridge University Press, 647-684.
234. Merritt DH, Snyder SM. Maltreatment type and behaviors: Does listening matter ? *Child Abuse Neglect*. 2014; 38: 2062-71.
235. Van Wert M, Mishna F, Trocmé N, Fallon B. Which maltreated children are at greatest risk of aggressive and criminal behavior ? An examination of maltreatment dimensions and cumulative risk. *Child Abuse Neglect*. 2017; 69: 49-61.
236. Witt A, Münzer A, Ganser HG, Fegert JM, Goldbeck L, Plener P. Experience by children and adolescents of more than one type of maltreatment: association of different classes of maltreatment profiles with clinical outcome variables. *Child Abuse Neglect*. 2016; 57: 1-11.
237. Lan G, Wanxin W, Xue G, Guoliang H, Pengsheng L, Ciyong L. Associations of childhood maltreatment with single and multiple suicide attempts among older chinese adolescents. *The journal of pediatrics*. 2018 may; 196: 244-250.
238. Geoffroy MC, Pinto Pereira S, Li L, Power C. Child neglect and maltreatment and childhood to adulthood cognition and mental health in a prospective birth cohort. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2016 jan; 55 (1): 33-40.
239. Hengartner MP, Ajdacic-Gross V, Rodgers S, Müller W, Rössler. Childhood adversity in association with personality disorder dimensions: new findings in an old debate. *European Psychiatry*. 2012 oct; 28(8): 476-82.
240. Cirillo S. (2006): *Mauvais parents, Comment leur venir en aide?* Paris: Fabert; 2006.
241. Gauchet M. La personnalité contemporaine et les changements de modes symboliques et de socialisation. *Travailler le social*. 1996; 13: 10-18 et 14: 8-24.

242. Duyckaerts F. Du traitement de l'expérience. Bruxelles: De Boeck; 1994.
243. Hayez JY, de Becker E. La parole de l'enfant en souffrance: accueillir, évaluer et accompagner. Paris : Dunod, 2010.
244. Guelfi JD. Psychiatrie, Paris: PUF Fondamental; 1987.
245. Guelfi JD, Rouillon F. Manuel de Psychiatrie. Paris : Masson; 2007.
246. Freud S. Abrégé de psychanalyse. Editions de l'Herne: 1938.
247. Freud S. La technique psychanalytique. Presses Universitaires de France: 1953.
248. Sterba R. The fate of the ego in analytic therapy. The International Journal of Psychoanalysis. 1934. 15: 117-126.
249. Zetzel ER. Current concepts of transference. The International Journal of Psychoanalysis. 1956; 37(4): 369-376.
250. Rogers C. La relation d'aide et la psychothérapie, Paris: ESF; 1970.
251. Greenson RR. The working alliance and the transference neurosis. Psychotherapy Quarterly. 1965; 34: 155-181.
252. Luborsky L. Therapeutic alliances as predictors of psychotherapy outcomes: factors explaining the predictive success. In Horvath AO, Greenberg LS. The working alliance, theory, research and practice. New York John Wiley & sons; 1994.
253. Bordin ES. The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. Psychotherapy: Theory, Research & Practice. 1979; 16(3): 252-260.
254. Bordin ES. Theory and research on the therapeutic working alliance: new directions. In Horvath AO, Greenberg LS. The working alliance, theory, research and practice. New York: John Wiley & sons; 1994.
256. Safran JD, Muran JC, Eubanks-Carter C. Repairing alliance ruptures. Psychotherapy. 2011; 48(1): 80-87.
257. Safran JD, Muran, JC. Has the concept of the therapeutic alliance outlived its usefulness? Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training. 2006; 43(3): 286-291.

258. Safran JD, Muran JC, Wallner Samstag L. Resolving therapeutic alliance ruptures: a task analytic investigation. In Horvath AO, Greenberg LS. The working alliance, theory, research and practice. New York: John Wiley & sons; 1994.
259. Benoit JC, Malarewicz JA, Beaujean J, Colas Y, Kannas. Dictionnaire clinique des thérapies familiales systémiques. EST éditeur; 1988.
260. Horvath AO, Del Re AC, Flückiger C, Symonds D. Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy*. 2011; 48(1): 9-16.
261. Horvath AO, Symonds BD. Relation between working alliance and outcome in psychotherapy : A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 1991, 38 (2), p. 139-149.
262. Dore MM, Alexander LB. Preserving families at risk of child abuse and neglect : the role of the helping alliance. *Child abuse neglect*, 1996; 20 (4) : 349-361.
263. Lieberman AF, Zeanah CH. Contributions of attachment theory to infant-parent psychotherapy and other interventions with infants and young children. In Cassidy J, Shaver P. *Handbook of attachment: theory, research and clinical implications*. The Guilford Press, New York, 1999. p 555-574.
264. Morales-Huet M, Rabouam C, Guedeney N. Psychothérapies précoces parents-bébé. *Encyclopédie Médico-Chirurgicale*. 2004 ; 37-208-D-60.
265. Safran JD, Muran JC, Stevens C, Rothman M. A relational approach to supervision: Addressing ruptures in the alliance. In Falender CA, Shafranske EP. *Casebook for clinical supervision: A competency-based approach*. Washington, DC: American Psychological Association. 2007. p 137–157.
266. Alford BA, Beck AT. *The integrative power of cognitive therapy*. New York: Guilford Press; 1997.
267. Miller WR, Rollnick Stephen. *L'entretien motivationnel- aider la personne à engager le changement*. Interédition; 2019.
268. Minuchin S. *Familles en thérapie*. Paris: Editions universitaires Jean-Pierre Delage; 1979.
269. Greenberg LS, Pinsof WM. *The psychotherapeutic process: a research handbook*. New-York: Guilford Press; 1986.
270. Pinsof WM. Integrative Problem Centered Therapy: Towards the synthesis of individual and family therapies. *Journal of Marital and Family Therapy*. 1983 ; 9 : 19-35

271. Bowlby J. The making and breaking of affectional bonds, I: Some principles of psychotherapy. *British Journal of Psychiatry*. 1977; 130: 421-431.
272. Guédeney N, Attale C. Demande d'aide et alliance : apport de la théorie de l'attachement. In: Guédeney N, Guédeney A. *L'attachement : approche clinique et thérapeutique*. Elsevier Masson SAS; 2016. p 325-326.
273. Elvins R, Green J. The conceptualization and measurement of therapeutic alliance: an empirical review. *Clinical Psychology Review* 2008; 28: 1167-1187
274. Hervé MJ, White-Koning M, Paradis-Guennou M, Guiraud A, Picot MC, Grandjean H et Maury M. Adaptation d'une échelle d'alliance thérapeutique au contexte des consultations mère-nourrisson. Etude préliminaire. *Devenir*, 2008/1; 20: 65- 85.
275. Henry WP, Strupp HH. The therapeutic alliance as interpersonal process. In Horvath AO, Greenberg LS. *The working alliance, theory, research and practice*. New York: John Wiley & sons; 1994.
276. Henry WP, Strupp HH, Butler SF, Schacht TE, Binder J. Effects of training in time limited psychotherapy: Changes in therapist behavior. *Journal of Clinical and Consulting Psychology*, 1993; 61: 434–440.
277. Luborsky L, Barber JP, Siqueland L, Johnson S, Najavits LM, Frank A, Daley D. The revised helping alliance questionnaire (Haq-II), psychometrics properties. *The journal of psychotherapy practice and research*. 1996; 5: 260-271.
278. Gaston L, Marmar CR. The california psychotherapy alliance scales. In Horvath AO, Greenberg LS. *The working alliance, theory, research and practice*. New York: John Wiley & sons; 1994.
279. Di Giuseppe R, Linscott J, Jilton R. Developing the therapeutic alliance in child adolescent psychotherapy. *Applied and preventive psychology*. 1996; 5: 85-100.
280. Kant E. *Critique de la faculté de juger*. Paris: Aubier; 1995.
281. Beebe B, Lachmann F. *Infant research and adult treatment: Co-constructing interactions*. Hillsdale, NJ: The Analytic Press; 2002.
282. Beebe B, Lachmann F. The relational turn in psychoanalysis: A dyadic system view from infant research. *Contemporary Psychoanalysis*. 2003; 39(3): 379–409.
283. Lecomte C, Richard A. De la subjectivité à l'intersubjectivité : Pour une psychothérapie pleinement relationnelle. *Revue de psychologie de la motivation*. 2003; 35: 64–73.

284. Lecomte C, Richard A. La psychothérapie humaniste-existentielle d'hier à demain: épilogue. *Revue Québécoise de Psychologie*. 1999; 20(2).
285. Plantade Gipch A. Former les futurs psychothérapeutes à la relation : la réflexion en action dans l'alliance thérapeutique. *Pratiques psychologiques* 2017; 23: 217-231.
286. Lecomte C, Savard R, Drouin M S, Peillon V. Qui sont les psychothérapeutes efficaces ? Implications pour la formation en psychologie. *Revue québécoise de psychologie*. 2004; 25(3): 73–102.
287. Horvath AO. The therapeutic relationship: Research and theory. An introduction to the Special Issue. *Psychotherapy Research*. 2005; 15: 3–7.
288. Safran JD, Muran JC, Samstag LW, Stevens C. Repairing alliance ruptures. *Psychotherapy*. 2001; 38: 406–412.
289. Safran JD, Muran JC. *Negotiating the therapeutic alliance. A relational treatment guide*. New York, London: The Guilford Press; 2000.
290. Despland JN, de Roten Y, Martinez E, Plancherel AC, Solai S. L'alliance thérapeutique: un concept empirique. *Médecine & Hygiène*. 2000; 58: 1877–80.
291. Lamboy B, Blanchet A, Lecomte C. L'opérationnalisation du concept de conscience réflexive du thérapeute. *Revue européenne de psychologie appliquée*. 2004; 54(3): 189–205.
292. Ouellet D, Drouin MS. Analyse de l'expérience contre transférentielle et production d'une grille d'analyse du contre-transfert. *Revue québécoise de Gestalt*. 2012; 13.
293. Rønnestad MH, Skovholt TM. The journey of the counselor and therapist: Research findings and perspectives on professional development. *Journal of Career Development*. 2003; 30: 5–44.
294. Kuenzli-Monard F. Comment inviter la réflexivité en thérapie : La pensée pratique du psychothérapeute. *Thérapie Familiale*. 2006/2; 27: 181-191.
295. Galvani P. Étudier sa pratique : Une autoformation existentielle par la recherche. *Présences*. 2008; 1: 1–11.
296. Lambert MJ. What we have learned from a decade of research aimed at improving psychotherapy outcome in routine care. *Psychotherapy Research*. 2007; 17: 1–14.
297. Fonagy P, Gergely G, Jurist E, Target M. *Affect regulation, mentalization, and the development of the self*. New York, NY: Other Press; 2002.

298. Elkaïm M. Systèmes humains et émotions : comment surgit l'émotion. Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux. Autour de l'émotion. 2002; 29: 35-36.
299. Baillargeon P, Pinsof WM, Leduc A. Modèle Systémique de l'Alliance Thérapeutique. Revue européenne de psychologie appliquée. 2005; 55: 137–143.
300. Baillargeon P, Pinsof WM, Leduc A. L'alliance thérapeutique : la création et la progression du lien. Revue européenne de psychologie appliquée. 2005; 55: 225– 234.
301. Minuchin S, Nichols MP. La guérison familiale. Mémoires d'un thérapeute. Paris: ESF; 1996
302. Salem G. L'approche thérapeutique de la famille. 5è ed. Paris: Masson; 2009.
303. Boszormenyi-Nagy I, Spark GM. Invisible loyalties: Reciprocity in intergenerational family therapy. Harper & Row, New York ; 1973.
304. Lebovici S. Les consultations thérapeutiques. In Guedeney A, Lebovici S. Interventions psychothérapeutiques parents-jeunes enfants, Masson : Paris, 1997 ; p. 71-91.
305. Lieberman AF, Pawl JH. Infant-parent psychotherapy. In Zeanah CH: Handbook of Infant Mental Health, Guilford Press, New-York-London, 1994; pp. 427-442.
306. Hervé MJ. Alliance dans la triade mère-bébé-thérapeute. Contributions à l'étude des processus en jeu, Thèse de doctorat, Université Montpellier I, France, 2001.
307. Fivaz Depeursinge E. L'alliance coparentale et le développement affectif de l'enfant dans le triangle primaire. Thérapie familiale, Genève. 2003: 3 (24) ; 267-273.
308. Minuchin S, Baker L, Roseman BL, Milman L, Todd TC. A conceptueal model of psychosomatic illness in children. Archives of general psychiatry. 1975 : 32 ; 1031-1038.
309. Fivaz-Depeursinge E. Les sourires à trois, une entrée dans l'alliance père-mère-bébé et thérapeute-couple ; implications pour la clinique. Revue des hôpitaux de jour psychiatriques et des thérapies institutionnelles. 2011 : 13 ; 20-22.
310. M. Lamour, M. Barraco. Souffrances autour du berceau ; des émotions au soin. Paris : Gaëtan morin éditeur ; 1998.
311. De Becker E. De la nécessité du cadre d'intervention avec les familles dites maltraitantes. Psychothérapies. 2012/1; 32: 3- 13

312. Martin M. Le cadre thérapeutique à l'épreuve de la réalité. Cahiers de Psychologie Clinique, 2001. 17 (2): 103-120.

313. Anzieu D. Les enveloppes psychiques. Paris: Dunod; 2000.

314. Anzieu D, Haag G, Tisseron S. (1994): Les contenants de pensée. Paris: Dunod; 1994.

315. Parret C. Accompagner l'enfant maltraité et sa famille. Paris, Dunod; 2006.

ANNEXES

Annexe 1

Échelle d'Alliance Thérapeutique au cours de consultations parents-enfant

Version courte Mère

n° Anonymat |__|__| |__|__|__|
|__|__| |__|__| |__|__|

Consultation n°

Date

Les phrases dans les pages qui suivent décrivent différentes façons possibles de penser ou de se sentir face à un médecin ou un psychologue, appelé « le consultant » dans les énoncés qui suivent.

Pour chaque énoncé figurent 7 choix de réponses : lorsque vous êtes tout à fait d'accord avec la situation décrite (qui exprime bien la façon dont vous ou votre enfant vous sentez avec le médecin ou le psychologue), entourez le chiffre 7 ; si vous n'êtes pas du tout d'accord, entourez le chiffre 1. Utilisez les chiffres intermédiaires pour décrire les variations entre ces deux extrêmes. La réponse « je ne sais pas » n'a pas été prévue : entourez le chiffre 4 si tel est le cas.

Ce questionnaire évalue votre point de vue. Deux questions supplémentaires évaluent la façon dont vous percevez le point de vue du père de votre enfant. Si le père n'est pas présent, une question évalue son avis par rapport à cette consultation médico-psychologique.

Ce questionnaire est confidentiel; le médecin ou le psychologue ne verra pas vos réponses. Répondez le plus rapidement possible, car ce sont vos premières impressions qui nous intéressent (SVP n'oubliez pas de répondre à chacun des items). Merci de votre collaboration.

	Pas du tout			Modérément d'accord			Tout à fait d'accord
--	-------------	--	--	---------------------	--	--	----------------------

	d'ac cord						
1- Le consultant et mon enfant se comprennent.	1	2	3	4	5	6	7
2- Je crois que le temps que le consultant, mon enfant et moi passons ensemble n'est pas employé efficacement.	1	2	3	4	5	6	7
3- Le consultant ne comprend pas ce que mon enfant et moi cherchons à réaliser au travers des consultations.	1	2	3	4	5	6	7
4- Mon enfant est sensible aux objectifs de ces consultations.	1	2	3	4	5	6	7
5- Je trouve que ce que le consultant mon enfant et moi faisons dans ces consultations est loin de mes préoccupations actuelles.	1	2	3	4	5	6	7
6- Le consultant et moi nous respectons mutuellement.	1	2	3	4	5	6	7
7- Je sens que le consultant n'est pas tout à fait sincère avec moi.	1	2	3	4	5	6	7
8- Le consultant et moi travaillons pour atteindre des objectifs sur lesquels nous nous sommes mis d'accord.	1	2	3	4	5	6	7
9- Je sens que mon enfant a une bonne relation avec le consultant	1	2	3	4	5	6	7
10- Le consultant et moi sommes d'accord sur ce qu'il est important pour mon enfant et moi de travailler au cours des consultations.	1	2	3	4	5	6	7

11- Ces consultations me permettent d'être plus au clair sur ce que mon enfant et moi pourrions faire pour que les choses changent.	1	2	3	4	5	6	7
12- Le consultant et moi avons confiance l'un dans l'autre.	1	2	3	4	5	6	7

- Si vous êtes seule présente

Le père de mon enfant :

(est favorable à cette consultation

(est partiellement favorable à cette consultation

- Si les deux parents sont présents

a- Je pense que le point de vue du père de mon enfant sur la qualité de la relation du consultant avec nous

(est identique au mien

(est plus favorable que le mien

(est moins favorable que le mien

b- Je pense que le point de vue du père de mon enfant sur l'intérêt de ces consultations, leurs objectifs et les décisions prises

(est identique au mien

(est plus favorable que le mien

(est moins favorable que le mien

Annexe 2

Echelle d'Alliance Thérapeutique au cours de consultations parents-enfant

Version A Thérapeute Mère

n° Anonymat |_|_| |_|_|_|
|_|_| |_|_| |_|_|

Consultation n°

Date

Les phrases dans les pages qui suivent décrivent différentes façons possibles de penser ou de se sentir face à une mère et son enfant.

Pour chaque énoncé figurent 7 choix de réponses : lorsque vous êtes tout à fait d'accord avec la situation décrite (qui exprime bien la façon dont vous vous sentez avec la mère et l'enfant), entourez le chiffre 7 ; si vous n'êtes pas du tout d'accord, entourez le chiffre 1. Utilisez les chiffres intermédiaires pour décrire les variations entre ces deux extrêmes. Lorsque le père est présent à la consultation, veuillez remplir aussi une échelle pour l'alliance avec le père. Si l'enfant n'est pas présent, ne répondez pas aux questions 1,4 et 9 et répondez vis-à-vis de la mère uniquement pour les questions 2 et 5.

Ce questionnaire est confidentiel. Répondez le plus rapidement possible, car ce sont vos premières impressions qui nous intéressent (SVP n'oubliez pas de répondre à chacun des items). Merci de votre collaboration.

	Pas du tout d'accord			Modérément d'accord			Tout à fait d'accord
--	----------------------	--	--	---------------------	--	--	----------------------

1- Je sens que je comprends vraiment bien l'enfant.	1	2	3	4	5	6	7
2- Je crois que le temps que la mère, l'enfant et moi passons ensemble n'est pas employé efficacement.	1	2	3	4	5	6	7
3- J'ai des doutes sur ce que la mère et moi cherchons à réaliser dans le travail thérapeutique.	1	2	3	4	5	6	7
4- Je sens que l'enfant est sensible aux objectifs évoqués dans ces consultations.	1	2	3	4	5	6	7
5- Je trouve que ce que la mère, l'enfant et moi faisons dans ce travail thérapeutique est loin des préoccupations actuelles de la mère.	1	2	3	4	5	6	7
6- La mère et moi nous respectons mutuellement.	1	2	3	4	5	6	7
7- Je sens qu'il est difficile pour moi de répondre de façon sincère à la mère du fait de mes sentiments envers elle.	1	2	3	4	5	6	7
8- Nous travaillons pour atteindre des objectifs sur lesquels nous nous sommes mis(es) d'accord.	1	2	3	4	5	6	7
9- Je trouve l'enfant sympathique.	1	2	3	4	5	6	7
10- Nous sommes d'accord sur ce qu'il est important pour la mère et son enfant de travailler.	1	2	3	4	5	6	7
11- Ces consultations permettent à la mère d'être plus au clair sur ce qu'elle pourrait faire pour que les choses changent.	1	2	3	4	5	6	7

12- La mère et moi avons développé une confiance mutuelle.	1	2	3	4	5	6	7
--	---	---	---	---	---	---	---

LISTE DES ABREVIATIONS

AAH : Allocation Adulte Handicapé

AED : Aide Educative à Domicile

AEMO : Aide Educative en Milieu Ouvert

AFIREM : Association Française d'Information et de Recherche sur l'Enfance Maltraitée

AFT : Alliance Focus Training

ARIP : Association pour la Recherche et l'Information en Psychiatrie

ASE : Aide Sociale à l'enfance

CALPAS : California Psychotherapy Alliance Scale

CAP : Certificat d'Aptitude Professionnelle

CLIPP : Centre de Liaison sur l'Intervention et la Prévention Psychosociale

CIM : Classification Internationale des Maladies

CMP : Centre Médico Psychologique

CRIP : Cellule de Recueil des Informations préoccupantes

DPJJ : Direction de la Protection Judiciaire de la Jeunesse

DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'évaluation et des statistiques

DSM : Diagnostic and Statistical Manual of mental disorder

ESAT : Etablissement et Service d'Aide par le Travail

ESPT : État de Stress Post Traumatique

FAQ : Family Alliance Questionnaire

FCS : Fausse Couche Spontanée

FFRSP : Fédération Française des Réseaux de Soins en Périnatalité

HACS : Helping Alliance Counting Signs method

HAQ : Helping Alliance Questionnaire method

HAR : Helping Alliance Rating method

HDJ : Hôpital De Jour

IME : Institut Médico Educatif

IMG : Interruption Médicale de Grossesse

ITEP : Instituts Thérapeutiques Educatifs et Pédagogiques

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

LTP : Lausanne Trilogue Play

MIJ : Mesure d'Investigation Judiciaire

MFIU : Mort Foetale In Utéro

MNA : Mineur Non Accompagné

MPPE : Mallette Projective Première Enfance
NBAS : Neonatal Behavioral Assessment Scale
ODAS : Observatoire National de l'Action Sociale
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
ONPE : Observatoire National de la Protection de l'Enfance
OPP : Ordonnance de Placement Provisoire
ORL : Oto Rhino Laryngologue
PACA : Provence Alpes Côte d'Azur
PCIP : Psychothérapie Conjointe d'Inspiration Psychanalytique
PMI : Protection Maternelle et Infantile
QD : Quotient de Développement
QI : Quotient Intellectuel
UME : Unité Mère Enfant
UPB : Unité Parent Bébé
TASC : Therapeutic Alliance Scale for Children
TARS : Therapeutic Alliance Rating Scale
TBS : Therapeutic Bond Scale
TISF : Technicien/Technicienne de l'Intervention Sociale et Familiale
VTAS : Vanderbilt Therapeutic Alliance Scale
WAI : Working Alliance Inventory
WAIHM : World Association for Infant Mental Health

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.