



UNIVERSITE LILLE 2 DROIT ET SANTE
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2015

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Représentations de la souffrance psychique et du réseau en périnatalité
des ostéopathes**

Enquête auprès de 165 praticiens et revue de la littérature

Présentée et soutenue publiquement le 7 octobre 2015 à 14 heures
au Pôle Formation

Par Anne Sophie Bercez - Duez

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Pierre THOMAS

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Frédéric GOTTRAND

Monsieur le Professeur Renaud JARDRI

Madame le Docteur Sophie DIAZ

Directeur de Thèse :

Madame le Docteur Catharina SCHOEMAKER

Avertissement

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

Liste des abréviations

EPDS :	Edinburgh Post partum Depression Scale
INSO :	Institut Supérieur d'Ostéopathie de Lille
SEROPP :	Société Européenne de Recherche en Ostéopathie Périnatale et Pédiatrique

Table des matières

Résumé	1
Introduction	2
I. LA VIE PSYCHIQUE DU BEBE ET SES ORIGINES :.....	5
A. L’Ancrage corporel :	6
B. L’ancrage interactif :	7
1. La fonction alpha	7
2. Clinique des interactions	7
a) Les interactions foëto-maternelles :	8
<i>i. Le foëtus présent dans le psychisme de ses parents :</i>	8
<i>ii. Les Interactions sensorielles :</i>	9
<i>iii. Les interactions biologiques :</i>	10
b) Les interactions comportementales	11
<i>i. Les interactions corps à corps :</i>	11
<i>ii. Les intéractions visuelles</i>	11
<i>iii. Les interactions vocales</i>	12
c) Les interactions affectives :	12
d) • Les interactions fantasmatiques	13
3. Caractéristiques interactionnelles organisatrices de la vie psychique du bébé :	13
a) Le maintien d’un juste niveau de stimulation dans l’interaction:	13
<i>i. La régulation de ses états de vigilance</i>	14
<i>ii. L’habituation</i>	15
<i>iii. Le démantèlement</i>	15
<i>iv. La segmentation</i>	15
<i>v. Le retrait relationnel bref</i>	16
b) La temporalité :	16
<i>i. Les macro-rythmes</i>	16
<i>ii. Les micro-rythmes</i>	16
c) La synchronie	17
d) La réciprocité	17
e) La contingence	17
II. La souffrance psychique du bébé :	17
A. Les troubles à expression somatique :	18
1. Les troubles du sommeil :	19
2. Les troubles de l’alimentation :	20
a) L’anorexie :	20
b) Les vomissements :	21
c) Les régurgitations :	21
d) Le mérycisme :	21
e) L’hyperphagie :	21
3. Les troubles digestifs :	22
a) Les troubles du transit :	22
b) Les coliques :	22
4. Les troubles respiratoires :	23

a) Le spasme du sanglot :	23
b) L'asthme du nourrisson	23
5. L'eczema	23
6. Les syndromes généraux :	24
a) Le nanisme psychogène :	24
b) Le marasme physique :	24
c) Le retard psychomoteur :	24
d) Les infections à répétition :	24
B. Les troubles tonico-posturaux moteurs :	25
1. L'hypertonie :	25
2. L'hypotonie :	25
3. Les Troubles de l'activité motrice :	26
C. Les manifestations affectives de la souffrance psychique :	26
1. Les cris et pleurs	26
2. L'évitement relationnel du nourrisson	27
3. Le bébé à risque autistique :	27
4. La dépression du bébé :	28
5. La suradaptation du bébé	29
III. FACTEUR DE RISQUE DE LA SOUFFRANCE PSYCHIQUE DU BEBE : LE CAS DE LA DEPRESSION POST NATALE :	30
A. Clinique de la dépression maternelle post -natale :	30
B. Caractéristiques des interactions mères bébé en cas de dépression post-natale	31
C. Les conséquences potentielles sur le développement et la santé du bébé :32	
D. Le retentissement potentiel sur l'équilibre familial :	33
E. Outil pour le repérage	33
IV. Le réseau :	34
A. Qu'est que qu'un réseau de santé ?	34
B. Le réseau de santé périnatal :	34
C. La place des soins psychiques dans le réseau	35
V. L'OSTEOPATHIE	37
A. Généralités :	38
B. Qu'est-ce que l'ostéopathie ?	38
C. Principes de la discipline :	39
D. Qui exerce l'ostéopathie en France ?	40
E. L'ostéopathie chez les bébés	41
F. Indications :	41
G. Contre-indications :	43
H. Littérature scientifique :	43
Matériels et méthodes	45
I. Type d'étude :	45
II. Méthode d'évaluation	45
III. Population	46
IV. Diffusion et recueil de données	46
V. Analyses statistiques	47
Résultats	48
I. Caractéristiques socioprofessionnelles des praticiens ostéopathes interrogés : (questions 1 à 6)	49
II. Pratique des ostéopathes auprès des bébés de 0 à 1 an (questions 7 à 12)	52
III. Caractéristiques des représentations de la souffrance psychique du bébé chez les ostéopathes : (questions 13 à 19)	57
IV. Caractéristiques des représentations de la dépression post natale chez les	

ostéopathes (questions 20 à 24)	69
V. Connaissances du réseau de soins psychiques en périnatalité (questions 25 à 31)74	
VI. ANALYSE STATISTIQUE PORTANT SUR LA CONNAISSANCE DU RESEAU DE SOINS PSYCHIQUES EN PERINATALITE : (tableau 2)	79
Discussion	85
I. Discussion des résultats de l'étude :	85
A. Résultats principaux	85
1. Concernant les représentations de la souffrance psychique en périnatalité :	85
2. Concernant les représentations des réseaux de soins psychiques en périnatalité :	86
B. Caractéristiques socioprofessionnelles de l'échantillon (question 1 à 3)...87	
C. Formation des praticiens (questions 4 à 6)	88
D. Pratiques des ostéopathes auprès des bébés âgés de 0 à 1 an (questions 7 à 12).....	89
E. Représentations de la souffrance psychique du bébé (questions 13 à 19)91	
F. Représentations de la dépression post natale (questions 20 à 24).....	97
II. Discussion de la méthodologie	103
A. Faiblesses de l'étude :	104
B. Forces de l'étude	105
Ouverture et perspectives	107
Conclusion.....	109
Références bibliographiques	111
Annexes	124
Annexe 2 : Guide de bonnes pratiques & d'Ethique établi par la Société Européenne de Recherche en Ostéopathie Périnatale et Pédiatrique (disponible sur www.seropp.org)	134

RESUME

Introduction

Durant ses premiers mois, le bébé exprime sa souffrance qu'elle soit physique ou psychique essentiellement à travers son corps. C'est aussi une période à risque de dépression post-natale chez les mères, avec des répercussions possibles sur l'état de santé du bébé. En pratique, la souffrance psychique en périnatalité n'est pas facile à repérer. De nos jours, de nombreux parents consultent un ostéopathe pour leur bébé mais nous n'avons pas pour habitude de communiquer avec ces praticiens. Les objectifs de ce travail ont été de déterminer les représentations de la souffrance psychique en périnatalité des ostéopathes et leurs liens avec les réseaux de soins psychiques dans ce domaine.

Méthodes

Une enquête épidémiologique, transversale, analytique, basée sur un questionnaire en ligne a été menée. Concernant le réseau, nous avons défini une variable « connaissance du réseau de soins psychiques en périnatalité ».

Résultats

Sur 165 questionnaires analysés, 95,8% des ostéopathes reconnaissent l'éventualité pour un bébé de souffrir psychologiquement. 99,4% sont attentifs à l'évaluation de la dimension psychosomatique et interactionnelle des troubles au cours de leurs consultations. 97,6% reconnaissent les liens possibles avec la dépression post-natale. La majorité des praticiens ostéopathes savent identifier les principaux signes évocateurs d'une souffrance psychique au sein d'une dyade maman-bébé, même si la prévalence de la dépression post-natale est surestimée par 73,3% d'entre eux. 51,6% des ostéopathes estiment être régulièrement confrontés à une situation où la dimension psychologique des troubles semble en jeu. Pourtant, seulement 10,9% des praticiens ont déjà entendu parler et savent comment interpeller le réseau de soins psychiques en périnatalité. Cette connaissance du réseau est significativement associée ($p < 0,05$), à un âge compris entre 35 et 50 ans, à un pourcentage croissant de bébés constituant la patientèle et au fait d'exercer l'ostéopathie en complémentarité d'une profession de santé.

Conclusion

Les ostéopathes tiennent compte de la dimension interactionnelle des troubles qu'un bébé peut présenter. Ils représentent des partenaires qu'il serait intéressant de mieux connaître pour améliorer le repérage de la souffrance psychique en périnatalité. Cependant, les liens entre ostéopathes et réseaux périnataux sont actuellement insuffisants et il serait important de réfléchir à la question du travail partenarial autour des familles.

INTRODUCTION

La psychiatrie du bébé est une discipline récente. La souffrance morale engendrée par la Seconde Guerre Mondiale a fortement contribué à modifier l'image que les professionnels se faisaient d'un bébé jusque-là.

Anciennement appelé nourrisson et réduit par cette appellation « à la simple activité de son système digestif », le bébé s'est ainsi vu reconnaître des compétences précoces dont la capacité de penser et corollairement de souffrir psychiquement. (1)

Les pathologies psychiatriques maternelles puerpérales ont suscité un intérêt dès l'Antiquité. Malgré les publications de 1858 d'Esquirol et Marcé, deux aliénistes français, sur ce que nous nommons aujourd'hui la psychose puerpérale, l'intérêt pour ces pathologies n'est réellement réapparu qu'un siècle plus tard.

L'essor des connaissances qui ont ensuite suivi dans le domaine de la pédiatrie, de la psychiatrie du bébé, de la psychopathologie de la grossesse et du post partum, ainsi que les travaux menés sur les interactions précoces, ont engendré une approche plus globale de la psychopathologie en périnatalité.

La psychopathologie du bébé et celle des parents n'ont ainsi plus été envisagées séparément mais en interaction. (2)

Aujourd'hui la psychopathologie périnatale ne fait donc plus uniquement référence au champ des pathologies psychiatriques maternelles et à leur retentissement sur le développement de l'enfant. Elle englobe un champ beaucoup plus large. (3)

Elle peut se définir comme « la rencontre du bébé et de ses parents dans une logique de prévention, de dépistage et de soins des troubles précoces du développement ». (4)

Définition sur laquelle s'appuie d'ailleurs la politique de santé périnatale actuelle.

En 2005, le plan périnatalité a en effet ajouté à la dimension médicale classique des soins liés à la grossesse, la nécessité d'une meilleure prise en compte de l'environnement psychologique de la naissance. Il a insisté sur un renforcement du

soutien aux femmes et aux couples en situation de précarité, sur le repérage de situations de vulnérabilité psychosociales pouvant perturber le processus de parentalité. Le but de ce programme est la prévention des troubles psychoaffectifs chez le bébé. (5) (6) (7) (8) (9)

Parmi les facteurs importants à repérer, les dépressions post natales représentent un véritable problème de santé publique. En effet, leur prévalence se situe entre 10 et 20% selon les études. Elles sont également susceptibles d'engendrer des conséquences sur la santé du bébé et son développement psychoaffectif. (10) (11)

La période de développement intense entre 0 et 18 mois est aussi associée à «une tendance auto correctrice et résiliente ». (12)

L'enjeu sanitaire est donc important et passe par une coordination toujours plus efficace entre les professionnels qui repèrent, dépistent les troubles et ceux qui les prennent en charge.

Ces professionnels sont nombreux à intervenir autour de l'arrivée d'un enfant, que ce soit avant sa naissance ou durant sa première année de vie.

Ils ne travaillent pas de manière isolée et communiquent entre eux, grâce à une organisation en réseau de santé qui a pour but « de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires. Cette organisation permet également d'assurer une prise en charge individualisée, tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic, que des soins ». (13)

Depuis 2005, les professionnels du champ « psy » ont une place reconnue dans ce réseau périnatal. (14)

Durant cette première année de vie du bébé, j'ai découvert au cours d'un de mes stages en pédopsychiatrie en consultation parents bébé que nombreuses étaient les mamans qui consultaient un ostéopathe pour leur bébé.

L'ostéopathie est effectivement une thérapie manuelle très appréciée des Français. Selon un sondage réalisé en 2012, 1 français sur cinq déclarait avoir bénéficié d'une consultation d'ostéopathie durant l'année écoulée. (15)

Concernant les parents, une étude réalisée en 2009 dans le Finistère a recueilli l'avis de 160 jeunes mamans sur l'ostéopathie et a souligné que 46 % des femmes

interrogées pensaient consulter un ostéopathe pour leur bébé avec certitude dans les deux mois suivant l'accouchement et 36% peut être. (16)(17)

Au cours de mon stage, jamais nous n'avons communiqué avec les ostéopathes durant les prises en charge.

Nous nous sommes trouvés ici dans le cas particulier de dyades « co suivies » en pédopsychiatrie et en consultation ostéopathique mais de manière plus générale, je me suis demandée quelle était leur vision de ces dyades et aussi dit qu'il aurait sûrement été intéressant d'échanger avec eux à ce sujet.

L'objectif de ce travail a donc comporté deux objectifs :

- Effectuer un état des lieux des représentations de la souffrance psychique du bébé et de la dépression post natale des ostéopathes.
- Effectuer un état des lieux de leurs connaissances et de leurs liens avec les réseaux de soins psychiques en périnatalité.

En préambule à l'étude, je commencerais par exposer quelques notions indispensables à la compréhension du sujet qui concerne la psychopathologie du bébé et de la dépression post natale ainsi que l'organisation en réseau de la périnatalité. Je présenterais également ce qu'est l'ostéopathie ainsi que ses implications chez le tout petit.

I. LA VIE PSYCHIQUE DU BEBE ET SES ORIGINES :

Le questionnement sur les origines de la pensée est un sujet ancien qui a très logiquement suscité un regain d'intérêt durant la deuxième moitié du XXème siècle avec le développement de la psychiatrie du bébé. (18)

On peut définir l'activité de penser comme ce qui va permettre au bébé d'acquérir progressivement une représentation intellectuelle et émotionnelle de lui-même, des objets de son environnement et des liens avec ceux-ci. (19)

En effet, les dimensions cognitives, émotionnelles et affectives de la pensée sont très liées entre elles. (18)

L'émergence de l'activité de penser est aussi étroitement intriquée à la notion d'intersubjectivité. (20)

Selon Bernard Golse, professeur de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent qui a beaucoup travaillé sur ce développement de la pensée chez le bébé, cette intersubjectivité renvoie « aux processus de la différenciation extra psychique qui permettent à un individu de se vivre comme séparé de l'autre » (21)

A ce niveau, certains théoriciens (comme D Winnicott ou M Mahler) ont évoqué un état d'indifférenciation totale du bébé au départ ; d'autres (comme Mélanie Klein ou Daniel Stern) l'existence d'un Moi précoce. (22) (23) (24)

Cependant, notre vision actuelle consiste plutôt à penser que l'accès à l'intersubjectivité se joue dans un entre deux et prend appui sur les interactions avec l'entourage.

Actuellement on a donc plutôt tendance à penser que durant les tous premiers mois, coexisteraient des moments d'indifférenciation et des moments d'intersubjectivité primaire où le bébé n'aurait conscience de sa propre subjectivité que dans l'interaction. Ces moments d'intersubjectivité primaire que le bébé vivrait au cours des soins et des échanges avec sa mère, lui procureraient un sentiment continu d'exister, qui contrasterait avec le vécu désorganisé qui est le sien en dehors de ces moments.

La qualité des échanges, la rythmicité des expériences et leur prévisibilité feraient alors émerger chez le bébé une capacité à se représenter celles-ci en leur absence, à se représenter l'autre en son absence.

Ce sont ces interactions couplées aux compétences précoces du bébé qui viendraient « soutenir la croissance mentale et le développement de la pensée ». Grâce au développement de la pensée, le bébé acquerrait progressivement et en parallèle une conscience permanente de son existence et de son individualité, accédant alors à une intersubjectivité dite secondaire. (25) (26) (27)

A. L'Ancrage corporel :

Le corps occupe une place centrale dans l'émergence de l'activité psychique chez le bébé.

A ce niveau, le bébé possède la compétence précoce d'être d'emblée réceptif aux signaux de son environnement.

Cette compétence est le fruit d'une longue maturation que subissent les différents systèmes sensoriels pendant la grossesse et qui sont déjà fonctionnels in utero (27) (28).

Nous verrons ces capacités précoces un peu plus loin dans le chapitre relatif aux interactions.

Selon Bernard Golse, le corps représente la « voie royale d'accès aux processus de subjectivation, de sémiotisation, de symbolisation et de sémantisation dans l'espèce humaine ». (27) (20)

C'est effectivement par le biais de son corps que le bébé va au départ ressentir et exprimer l'apaisement, l'insatisfaction et ses besoins au quotidien. (25)

Cette position centrale du corps signifie qu'avant d'avoir le statut de pensées, les pensées seraient en fait assimilables aux sensations corporelles. « Autrement dit l'investissement psychique serait sensori-perceptif avant d'être cognitif ». (26)

Cependant un bébé seul et voué à lui-même ne sera pas en capacité d'interpréter les informations qu'il reçoit de ses cinq sens.

Comme j'ai pu l'évoquer précédemment en parlant de rythme et d'anticipation dans les soins, la pensée du bébé se construit dans l'interaction.

Le bébé a en effet besoin dans un premier temps que son parent « pense à sa place » et propose une interprétation cognitive et émotionnelle de ces sensations brutes qui l'assaillent. (27) (29)

Selon Bernard Golse, la vie psychique du bébé prend ainsi naissance dans un double ancrage à la fois corporel et interactif. (20)(30)

B. L'ancrage interactif :

1. La fonction alpha

La fonction alpha est une théorie développée par Wilfred Bion (1897-1979) un psychiatre et psychanalyste anglais. Cette théorie nous propose une interprétation de cet ancrage interactif de la pensée. Selon Bion, les éléments sensoriels qu'ils appellent éléments Beta n'ont aucune signification symbolique pour le bébé et correspondent juste à son vécu sensoriel perceptif. Ces éléments Beta se retrouvent projetés dans le psychisme maternel où ils vont trouver une interprétation et se combiner les uns aux autres grâce à « la capacité de rêverie maternelle ». Ils vont ainsi être transformés en éléments alpha qui deviennent des éléments pensables et ré-introjectés par le bébé. (31) (32) (33)

Dans l'interaction, la fonction alpha maternelle vient donc symboliser les expériences vécues par le bébé et leur donner du sens. (34) (35)

2. Clinique des interactions

Une interaction est « la réaction réciproque de deux phénomènes évoluant dans un système commun. Mère et bébé sont donc deux partenaires activement engagés dans la relation et qui s'influencent de manière réciproque ». (36)

Les interactions se jouent à différents niveaux et on distingue :

a) Les interactions foeto-maternelles :***i. Le fœtus présent dans le psychisme de ses parents :***

Devenir parent constitue une expérience unique qui s'accompagne de remaniements psychiques importants. On peut ainsi définir la parentalité comme « l'ensemble des représentations mentales, des affects, des désirs et comportements en relation avec son (ou ses enfants) qu'il soit à l'état de projet ou attendu au cours de la grossesse ». (23)

« Pour la femme, la grossesse constitue psychiquement une crise maturative identitaire associée à des mouvements régressifs et à la reviviscence de conflits infantiles au travers desquels elle va s'identifier à sa propre mère mais aussi à l'enfant qu'elle a été ». (4) (37)

La « transparence psychique » est un état qui va faciliter ces mouvements psychiques essentiels du processus de parentalité. Il s'agit d'une perméabilité accrue aux représentations inconscientes et une certaine levée du refoulement qui est présent dès le début de la grossesse. (38) (39)

Ce travail psychique va ainsi favoriser au cours de la grossesse l'émergence d'une capacité particulière d'empathie pour le bébé nommée « préoccupation maternelle primaire » par Winnicott. Le fœtus devient alors investi comme un véritable « objet externe » et non plus une partie de soi.

La préoccupation maternelle primaire permet à la mère d'être sensible, à l'écoute des besoins de son nouveau-né. Elle se prolonge pendant les premières semaines qui suivent la naissance. La mère désinvestit ses centres d'intérêt personnels et se consacre presque entièrement à son enfant. Au fur et à mesure que l'enfant grandit, la mère réinvestit sa vie conjugale, professionnelle et sociale : cette transition est une étape fondamentale pour la construction de l'intersubjectivité et du sentiment d'altérité du bébé. (4) (40) (41) (28)

Concernant le père, le vécu de la grossesse est pour lui complètement différent du simple fait que le père ne vit pas corporellement la grossesse. La paternité reste avant tout un processus imaginaire. Ce processus va aussi beaucoup s'appuyer sur les paroles de la femme. (4) (37) (42)

Comme pour la future mère, la grossesse va engendrer des mouvements psychiques importants chez le futur père.

Selon Marie Rose Moro « cette transparence psychique est moins reconnue pour les pères qui pourtant traversent eux aussi des turbulences multiples liées à la reviviscence de leurs propres conflits à la remise en jeu de leur propre position de fils et au passage de leur statut de fils à père ». (43) (44)

Suite à la naissance du bébé, trois bébés vont en fait être présents dans le psychisme de chacun des parents : le bébé réel, le bébé imaginaire et le bébé fantasmatique. Un juste équilibre entre ces derniers dans le psychisme parental est alors nécessaire pour que puissent s'établir des liens satisfaisants et constructifs entre les partenaires. (4)

ii. Les Interactions sensorielles :

Le fœtus et sa mère ont la possibilité d'entrer en interaction pendant la grossesse grâce au développement précoce des systèmes sensoriels chez le fœtus.

- L'odorat

Le fœtus est sensible aux odeurs circulant par l'intermédiaire du liquide amniotique dès la 14^{ème} semaine d'aménorrhée. A quelques heures de vie, il peut reconnaître l'odeur de sa mère en particulier celle du sein et du lait maternel.(28)(4)

- Le goût

Le système gustatif est fonctionnel dès la 12^{ème} semaine d'aménorrhée. La diffusion des aliments consommés par la mère durant la grossesse dans le liquide amniotique rend le bébé capable de discerner dès la naissance le salé, le sucré, l'acide ou l'amer. (28) (4)

- L'ouïe

Le système auditif fonctionnel à la 30^{ème} semaine de gestation permet au bébé de percevoir la voix maternelle et de réagir aux bruits intenses. A la naissance, il est d'ailleurs capable de s'orienter préférentiellement vers la voix de sa mère. (28) (28)

- Le toucher

Le système somesthésique se développe précocement puisque les premiers récepteurs épidermiques apparaissent aux environs de la 7^{ème} semaine d'aménorrhée.

Le fœtus est aussi sensible au contact du liquide amniotique lui procurant un sentiment de « contenance et de rassemblement permanent » (4)

A partir de 20 semaines d'aménorrhée, toute la surface cutanée du corps est sensible. Le fœtus est sensible à l'effleurement et aux pressions exercées sur la paroi abdominale. Des modifications du rythme cardiaque contemporaine à ces stimulations peuvent d'ailleurs être enregistrées sous monitoring dès 30 SA. (28) (45)

- La vue

Le canal visuel est le moins sollicité pendant la grossesse et le moins mûre à la naissance. Toutefois, le fœtus possède des capacités visuelles dès la 24ème semaine d'aménorrhée qui lui permettent de voir à la naissance avec une acuité visuelle cependant bien inférieure à celle de l'adulte. (28) (46)

iii. Les interactions biologiques :

Elles caractérisent les échanges placentaires qui ont lieu entre le système sanguin maternel et celui du fœtus et délivrent au fœtus nutriments, oxygène dont il a besoin pour se développer. (47)

Des études récentes ont montré que des stress maternels pouvaient retentir sur le fœtus via le placenta par l'intermédiaire d'hormone telle que le cortisol.

Des taux élevés de cortisol maternel entraîneraient en effet une saturation de l'activité enzymatique placentaire de la 11Bhydroxy stéroïde déshydrogénase. La saturation de cette enzyme qui, normalement protège le bébé des variations trop importantes de cortisol, serait responsable d'une élévation de la cortisolémie fœtale.

Certaines études suggèrent un lien entre le stress pendant la grossesse et la prématurité, un faible poids de naissance, un périmètre crânien plus faible. (48) (49) (50)

Des taux élevés chroniques de cortisol fœtal pourraient également entraîner une diminution du nombre de récepteurs aux glucocorticoïdes au niveau hypothalamique. Ainsi, à la naissance, cela pourrait engendrer une activation de l'axe hypothalamo hypophysaire corticosurrénalien, responsable d'une hyperexcitabilité chez certains bébés. (47) (48)

Certaines études ont en effet montré que des femmes qui avaient été confronté à des évènements de vie stressants pendant la grossesse avaient effectivement des

bébés qui étaient plus agités et qui pleuraient davantage durant les six premiers mois. (51) (52)

b) Les interactions comportementales

Elles font appel aux différents canaux sensoriels. (53)

i. Les interactions corps à corps :

Selon Winnicott, le holding désigne la façon dont l'enfant est porté physiquement et psychiquement. La qualité du portage renseigne sur la qualité des échanges et le sentiment de sécurité que doit ressentir le bébé. Le holding participe à l'établissement du sentiment continu d'exister. (26)

Le handling correspond à la façon dont le bébé est manipulé, soigné. (54) (53)

Le dialogue tonique décrit par Wallon, fait référence aux variations toniques réciproques du bébé et de sa mère qui tendent à s'ajuster l'un à l'autre en fonction des situations. (4)

Le bébé participe activement à cet accordage postural. L'item « cuddliness » de l'échelle de Brazelton qui peut être traduit par « câlinité » montrent que certains bébés recherchent plus le contact et se blottissent plus facilement que d'autres.(55)

ii. Les interactions visuelles

Les compétences visuelles du bébé permettent des échanges visuels interactifs dès la naissance. (23)

Pour Winnicott, quand le bébé qui est au sein, regarde sa mère, il se voit « en reflet » dans le visage de celle-ci d'où la notion de « fonction miroir » servant de support au Moi de l'enfant. (54)

Réciproquement, le regard du bébé est souvent vécu comme valorisant, gratifiant par la maman. (53)

iii. Les interactions vocales

Du côté du bébé, les cris et pleurs sont un mode de communication privilégié avant d'avoir accès au langage oral. A travers ses pleurs, le bébé initie l'interaction avec la personne qui prend soin de lui. (23) (56)

Pour s'adresser à leur bébé, les mères prennent souvent une intonation exagérée, un timbre plus haut, elles parlent plus lentement et répètent souvent les mêmes phrases. Ce « parler bébé » est appelé « mamanais ».

Les bébés sont très sensibles à la cohérence qui peut exister entre la prosodie maternelle, la gestuelle, l'ajustement tonico posturale des diverses situations. (23) (55) (46) (57) (58)

c) Les interactions affectives :

Elles permettent à la mère et au bébé de s'informer réciproquement sur leur état émotionnel et affectif. (27)

Grâce à la préoccupation maternelle primaire et sa capacité de rêverie, la mère tente de percevoir et interpréter ce que peut ressentir son bébé. La réponse qu'elle lui apporte amène alors le bébé à modifier lui aussi son état émotionnel. Cette harmonisation des états émotionnels entre une mère et son bébé correspond à ce que Daniel Stern a nommé l'accordage affectif. (59)

L'accordage affectif contribue à l'établissement du sentiment continu d'exister dont nous avons parlé précédemment chez le bébé. (26)

Comme nous l'avons vu, la dimension émotionnelle est très importante dans l'instauration de la pensée. (19)

En effet, un style interactif maternel stable et anticipable pour le bébé, en accord avec ce qu'il exprime, va lui permettre d'identifier des « représentations d'interaction généralisées » des différents états émotionnels et affectifs. Cette identification va se faire entre autre à travers les variations de la voix, de l'ajustement tonico postural, de l'expression du visage.

Ainsi la régulation des états émotionnels du bébé est initialement dépendante de la fonction symbolisante de l'adulte qui s'occupe de lui. Cette étape est nécessaire pour que le bébé développe ses propres stratégies de régulation émotionnelle. (27) (23) (60) (58)

d) • Les interactions fantasmatiques

Elles prennent en compte « les influences réciproques du monde interne des partenaires dans l'interaction ».

Elles font surtout référence à la dimension trans générationnelle, l'histoire personnelle des parents et aux écarts observés entre le bébé réel, imaginaire et fantasmatique. (4)

L'accordage parfait et permanent n'existe pas et dans aucune dyade. Certaines caractéristiques interactionnelles sont néanmoins essentielles pour permettre au bébé de maintenir un état de bien-être et d'équilibre nécessaire à son développement psychique. (23)

3. Caractéristiques interactionnelles organisatrices de la vie psychique du bébé :**a) Le maintien d'un juste niveau de stimulation dans l'interaction:**

Chaque bébé possède un niveau de stimulation propre qui lui permet d'être disponible pour les échanges et apaisé. Chaque parent apprend donc à décoder les signaux de surstimulation, de détresse, d'ennui émis par son bébé. Cette capacité peut être altérée quand la mère présente une anxiété trop importante ou un état dépressif, nous y viendrons plus tard en évoquant la dépression post-natale. (23)
(61)

Le bébé n'est pas complètement passif dans cette régulation du juste niveau de stimulation. Il possède un certain nombre de compétences lui permettant de témoigner de son niveau de disponibilité :

i. La régulation de ses états de vigilance

La vigilance d'un bébé oscille entre différents états de veille et de sommeil cycliquement sur des périodes de quatre heures en moyenne. (59)

Brazelton pédiatre américain a décrit 6 états de conscience reflétant la disponibilité du bébé aux stimulations de son environnement mais qui sont également de véritables signaux nous renseignant sur son monde interne et son vécu affectif. (46) (27) (36)

- Stade 1 : sommeil profond
Yeux fermés, respiration régulière. Pas d'activités motrices.
Cet état se manifeste par cycle de 4 heures pour un bébé à terme, de manière moins régulière pour un bébé prématuré.
- Stade 2 : sommeil rapide ou paradoxal
Les yeux sont fermés. On peut observer des mouvements des globes oculaires et du visage. La respiration est irrégulière.
- Stade 3 état intermédiaire somnolent
Les yeux du bébé s'entrouvrent mais le regard semble dans le vague. Il peut y avoir des mouvements lents au niveau des extrémités.
Stimuler le bébé dans cet état va généralement le rendre plus actif.
- Stade 4 : éveil actif
Les yeux sont vifs, le bébé est calme et attentif. C'est le moment le plus propice aux interactions avec l'entourage
- Stade 5 : éveil agité
C'est un état intermédiaire avant les pleurs. Le bébé ne parvient plus à fixer son attention, il présente une désorganisation motrice.
Le bébé peut rebasculer vers l'état 4 contenu par son parent si le stimulus se modifie.
- Stade 6 : Les pleurs

Chaque bébé possède une variabilité individuelle à réguler ses états de vigilance et une labilité plus ou moins prononcée à passer d'un état à l'autre. (36).

L'échelle d'évaluation du comportement néonatal mise au point par Brazelton est un outil intéressant pour identifier les compétences relationnelles précoces d'un

bébé, sa consolabilité, son irritabilité, la labilité de ses états de vigilance lors des différentes situations stimulantes et permettre aux parents de repérer les compétences et faiblesses de leur enfant. (62) (63)

Chaque bébé peut ainsi passer d'un état de vigilance à un autre en fonction de caractéristiques qui lui sont propres mais également en fonction du niveau de stimulation de l'environnement. Il peut ainsi renseigner son parent sur son niveau de disponibilité, son bien-être physique et psychique. (59)

ii. L'habituation

Elle désigne pour le bébé la capacité à progressivement de désintéresser et être moins attentif à une stimulation répétitive qui ne varie pas. L'habituation entraîne dans ce cas une diminution des échanges interactifs avec le partenaire, véritable message que le bébé adresse à son parent sur le niveau de stimulation. (27)(61)

iii. Le démantèlement

Il fait référence à cette capacité pour le bébé de cliver les différentes sensations qu'il perçoit si ses cinq sens viennent à être sollicités en même temps. (27)

A l'inverse, la capacité de mantèlement désigne cette capacité de rassembler les sensations perçues au travers de différents canaux sensoriels. Cette compétence participant quant à elle à l'élaboration du sentiment continu d'exister. (26)(27)

iv. La segmentation

On peut distinguer la segmentation centrale qui est une capacité qu'a le bébé de prélever cycliquement de petite quantité d'information de son environnement et la segmentation périphérique. Cette dernière renvoie à la capacité du bébé à «segmenter les flux sensoriels » à la périphérie de son corps en utilisant des «sphincters sensoriels ». Par exemple concernant la vision, le bébé peut segmenter le flux visuel en clignant régulièrement des paupières. (27) (64)

v. Le retrait relationnel bref

C'est un élément normal présent chez tout bébé qui permet à celui-ci de réguler le niveau de stimulation qu'il perçoit de son environnement. C'est un élément informatif important permettant au parent de se réajuster dans l'interaction. En contrôlant ainsi l'interaction, le micro retrait pourrait constituer pour le bébé « un prélude à la capacité d'être seul en présence de l'autre ». (65)

b) La temporalité :

L'alternance présence/absence dans une rythmicité qui procure au bébé un sentiment de sécurité est indispensable pour lui donner l'impression qu'une continuité s'installe et lui permettre ainsi de développer sa capacité à penser. (26)

Daniel Marcelli pédopsychiatre contemporain distingue deux types de rythmes :

i. Les macro-rythmes

Ils correspondent aux rythmes des soins de maternage dont la stabilité est importante pour la construction psychique. Ils permettent (exemple : le biberon toutes les trois heures) en effet au bébé de mémoriser, prévoir, anticiper son environnement et ainsi d'expérimenter la discontinuité en toute confiance et renforcer sa capacité de pensée.

ii. Les micro-rythmes

Ils correspondent aux rythmes internes aux interactions. Ces rythmes sont marqués par l'existence de temps normaux d'engagements et d'évitements brefs (micro retraits) du bébé qu'il est très important de respecter comme nous avons pu le voir précédemment.

Les micro-rythmes font aussi référence aux rythmes présents au sein des interactions ludiques, ces micro rythmes stimulent le plaisir et la surprise chez le bébé. C'est à travers eux que le bébé peut expérimenter l'imprévu contrairement aux macro-rythmes. (26)

c) La synchronie

Elle renvoie à la congruence existant entre les différents canaux sensoriels au cours de l'interaction à laquelle est très sensible le bébé. (61)

d) La réciprocité

Elle met l'accent sur les influences qu'exercent mutuellement le bébé et sa mère l'un vis-à-vis de l'autre. L'accordage affectif détaillé plus haut étant essentiel au développement social et émotionnel du bébé. (61)

e) La contingence

Elle fait référence à l'adéquation et à l'ajustement des réponses que le parent apporte aux signaux émis par le bébé. L'anti-contingence définit la situation d'une réponse allant dans le sens contraire du signal émis par le bébé. (61)

II. La souffrance psychique du bébé :

La reconnaissance de cette activité psychique chez le bébé entraîne par conséquent la reconnaissance d'une possible souffrance psychique. (1)

Des facteurs impliquant le bébé et/ou le parent peuvent ainsi venir perturber le développement de cet appareil psychique immature.

Il existe de nombreuses modalités d'expression de la souffrance psychique chez un bébé qui vont dépendre de ses compétences, son niveau de développement ainsi que de la dynamique interactive et environnementale au sein de laquelle il grandit. (66)

Les signes cliniques sont peu spécifiques faisant d'ailleurs toute la difficulté du repérage.

«Ces bébés en souffrance qui se construisent dans des interactions profondément perturbées nous font d'abord vivre un "désaccordage", une mise en

échec de nos processus empathiques. D'où la pauvreté de nos ressentis, la pauvreté de nos représentations, voire la sidération de notre fonctionnement psychique. S'installe un malaise diffus, vécu dans notre corporéité, mais impossible à mettre en mots » (30) (67)

La liste des manifestations cliniques de la souffrance psychique du bébé qui va suivre n'est pas exhaustive. Elle correspond aux signes qui sont susceptibles d'être le plus fréquemment rencontrés chez un bébé durant la première année de vie qui est la période sur laquelle notre étude a porté.

A. Les troubles à expression somatique :

Comme nous l'avons vu précédemment, avant d'acquérir le langage, c'est avec son corps que le bébé perçoit son environnement et communique avec ce dernier. (25)

Le symptôme somatique représente un mode d'expression privilégié de la souffrance qu'elle soit physique ou psychique chez un bébé qui possède un appareil psychique encore immature. (30) (23)

Les symptômes somatiques sont fréquents à cet âge et bien évidemment je ne suis pas en train de dire que tout symptôme physique chez un bébé est l'expression d'une souffrance psychique. Dans une situation où une symptomatologie durable s'installe, que des traitements bien conduits demeurent inefficaces ou que le contrôle des facteurs déclenchants d'une pathologie avérée devient difficile il faut par contre savoir l'évoquer. (68) (69) (70) (71)

Dans une étude menée en service de pédiatrie sur l'expression somatique des bébés de 0 à 4 mois, 4 facteurs impliqués dans l'apparition de symptômes somatiques précoces ont été identifiés. (72) (73)

- Les capacités psychiques de la mère et son propre système pare excitation (capacité de la mère à réguler le juste niveau de stimulation dont nous parlions précédemment)
- Les compétences propres du bébé ainsi que ses capacités d'autorégulation
- Le contexte environnemental dont le système pare excitation paternel

- La qualité des liens précoces dont la mère a bénéficié enfant

Tous les troubles à expression somatique ne sont pas de nature uniquement fonctionnelle. Certains ont un support lésionnel avéré ce pour quoi l'examen pédiatrique est toujours incontournable. Toutefois quelle que soit la nature du trouble présenté par un bébé, on ne peut envisager le symptôme sans prendre en compte la dimension relationnelle. (23) (30)

1. Les troubles du sommeil :

Ils sont majoritairement représentés par les insomnies. On peut distinguer différents types d'insomnie :

L'insomnie « commune » qui se caractérise par des périodes de sommeil brèves associées à des réveils, pleurs et cris fréquents. (23)

L'insomnie « tapageuse » qui correspond à un bébé qui hurle quasiment en permanence et ne dort presque pas. (74)

L'insomnie « calme » où le bébé reste calme dans son lit, les yeux ouverts pendant toute la nuit. (23)

Plusieurs études ont montré une association significative entre troubles du sommeil chez le bébé et risque dépressif chez la mère. (75) (76)

Une étude s'est intéressée au sommeil des bébés à quatre puis à huit semaines de la naissance. Elle a montré que les mères présentant un score EPDS>12 étaient significativement plus nombreuses à décrire des troubles du sommeil chez leur bébé (bébé pouvant rester éveillé pendant plus de trois heures d'affilée entre 10h et 18h, bébé ayant dormi moins de six heures par 24heures sur la dernière semaine). (77)

Insomnie et trouble du rythme circadien sont très liés chez le bébé. Si le rythme biologique du bébé n'est pas en phase avec le rythme de sommeil que les parents veulent lui imposer, cela entraîne des difficultés d'endormissements, des éveils fréquents et une diminution de la quantité de sommeil. (78)

2. Les troubles de l'alimentation :

a) L'anorexie :

On peut distinguer plusieurs tableaux :

L'anorexie primaire peut s'observer chez un bébé dès les premiers jours de vie. L'élément caractéristique est que le bébé semble ne pas avoir faim. La contrainte alimentaire est une erreur à ne pas commettre au risque qu'une opposition active s'installe.

L'anorexie néonatale active est, elle, marquée par un détournement actif du bébé de la source alimentaire (sein ou biberon).

L'anorexie d'inertie est caractérisée par la passivité du bébé. Le bébé semble ne jamais avoir faim, il accepte cependant passivement la nourriture qui ressort de sa bouche sans être avalée. Dans ce tableau, en dehors des situations d'alimentation, le bébé se désintéresse également complètement de la zone orale.

L'anorexie dépressive ressemble au tableau de l'anorexie d'inertie, elle peut survenir lorsque la mère présente un état dépressif ou à l'occasion d'une séparation.
(23) (74) (62)

L'anorexie « commune » survient généralement chez un bébé plus âgé entre la fin de la première année et 18 mois. En dehors de l'alimentation, l'enfant ne présente pas un comportement pathologique, il se montre très curieux, vif d'esprit et a une courbe staturo pondérale satisfaisante.

Par cette attitude, l'enfant s'oppose à sa mère et un rapport de force s'installe chez les deux partenaires. L'enfant multiplie les refus (surtout les aliments solides) et la mère inquiète essaye de forcer ce refus en utilisant diverses ruses. (23)

b) Les vomissements :

Les vomissements fonctionnels reliés à des facteurs émotionnels sont relativement fréquents.

Des vomissements aigus peuvent apparaître brutalement comme dans le contexte d'une séparation brutale avec la mère du fait d'une massive angoisse de séparation.

Dans certaines formes d'anorexies, on peut aussi rencontrer des vomissements. Dans ce cas, l'enfant accepte de manger mais vomit régulièrement la nourriture qu'il a ingéré. (23)

c) Les régurgitations :

La distinction préalable entre le reflux gastro œsophagien physiologique présent quasiment chez tous les bébés et sa dimension pathologique est importante. Elle n'est pas toujours évidente dans la tête des parents. Le reflux gastro œsophagien pathologique fait référence à des régurgitations plus fréquentes, associées à des douleurs pouvant perturber l'alimentation et le sommeil du bébé et à des complications telles que des œsophagites ou des infections ORL à répétition. (23) (69)

d) Le mérycisme :

Il apparaît en général après 6 mois. Le bébé régurgite de manière active le contenu alimentaire en contractant ses muscles thoracoabdominaux. Il rumine parfois assez longtemps pour ensuite recracher ou avaler de nouveau. C'est un symptôme inquiétant chez le bébé qui peut survenir dans des cas où le bébé cherche à compenser «un manque» provenant de sa mère. Ce symptôme peut donc se rencontrer dans des situations de carences affectives et relationnelles. (23)

e) L'hyperphagie :

L'alimentation peut être, dans certaines dyades, une modalité interactionnelle de choix où les insatisfactions du bébé font l'objet d'une réponse stéréotypée de la

mère par la satisfaction alimentaire. Cette réponse uni modale a comme finalité de soulager les angoisses réciproques de la mère et l'enfant. (23)

Il est très important d'évaluer la rythmicité des repas du bébé car, souvent, les troubles alimentaires sont en lien avec une inadéquation entre le rythme biologique du bébé et les interprétations parentales des signaux de faim et de satiété. (79)

3. Les troubles digestifs :

a) Les troubles du transit :

Ils peuvent être en lien avec des troubles de la relation mère-enfant. Une angoisse de séparation et un vécu d'abandon peuvent donner lieu à des épisodes diarrhéiques ou de constipation selon les enfants. (23)

b) Les coliques :

Elles surviennent en général dès les premières semaines et disparaissent le plus souvent après le premier trimestre. Elles correspondent à des accès de pleurs paroxystiques qui surviennent essentiellement en fin de journée et première partie de nuit. Lors de ces épisodes, le bébé a le visage rouge, grimace, agite les membres inférieurs, il donne l'impression aux parents d'un inconfort abdominal car il semble soulagé par l'émission de gaz et la succion. La succion soulageant le bébé, les parents ont fréquemment tendance à multiplier les repas, ce qui entretient malheureusement le symptôme. (4) (69)

Les facteurs étiologiques des coliques sont multiples, immaturité du système digestif, du psychisme et facteurs interactionnels sont associés.(69)

Plusieurs études ont montré que les coliques étaient significativement plus fréquentes chez les bébés de mères présentant des symptômes dépressifs. (80) (81) (82)

4. Les troubles respiratoires :

a) Le spasme du sanglot :

Il survient généralement après 6 mois mais parfois plus tôt. Dans la forme bleue qui est la plus fréquente, le facteur déclenchant est souvent une frustration. Après une phase de pleurs intenses, l'enfant bloque sa respiration pendant quelques secondes et devient cyanosé, puis peut survenir une perte de conscience et une hypotonie pouvant aller jusqu'aux convulsions.

Dans la forme « pâle », le facteur déclenchant est généralement la peur ou la douleur. L'enfant présente un accès de pâleur suivi d'une syncope lors d'une pause cardiaque après un cri bref.

Pour les parents, ce symptôme génère des angoisses de mort pour l'enfant. L'enfant se trouve, lui, dans une position d'emprise sur ses parents. (23)

b) L'asthme du nourrisson

A cet âge est diagnostiqué asthmatique «tout enfant qui a présenté au moins 3 épisodes dyspnéiques avec sibilants au cours des deux premières années quel que soit le facteur étiologique en cause». (83)

C'est une pathologie multifactorielle dans laquelle interviennent des facteurs héréditaires, allergiques, infectieux et psychosomatiques. (74)

D'un point de vue psychosomatique, les mères de ces bébés supporteraient mal d'être séparées de leur bébé, elles éprouveraient un désir inconscient de retour à la grossesse. (74)

5. L'eczéma

Selon Spitz, les mères des bébés souffrant d'eczéma seraient très anxieuses pour leur bébé. Cependant elles présenteraient une hostilité inconsciente à l'égard de leur enfant avec notamment une réticence à le toucher. Les bébés déclarant un eczéma auraient préalablement une sensibilité cutanée accrue. (23) (74) (84)

6. Les syndromes généraux :

a) Le nanisme psychogène :

Il s'agit d'un retard de croissance qui n'est pas organique et qui est lié à un environnement familial pathogène. L'environnement familial ne satisfait pas les besoins affectifs du bébé et dans certains cas l'enfant fait l'objet de négligences graves qui nécessitent de l'éloigner de cet environnement. (23) (85)

b) Le marasme physique :

Il fait référence à des bébés hautement carencés sur le plan alimentaire pouvant présenter un retard staturo pondéral important. En plus de difficultés relationnelles importantes, les besoins physiologiques du bébé ne sont pas assouvis. (23) (85)

c) Le retard psychomoteur :

L'hypothèse de perturbations interactionnelles pour expliquer un retard psychomoteur vient bien sûr après l'élimination d'une étiologie organique. Cependant, les carences affectives familiales, la négligence ou une relation symbiotique avec la mère peuvent entraîner à elles seules ce type de complication chez le bébé. (23) (86)

d) Les infections à répétition :

Des infections répétitives, ORL essentiellement, peuvent s'observer dans le cas de difficultés relationnelles. Elles peuvent également faire partie d'un tableau de dépression du bébé. (74)

Selon une étude, l'exposition in utero à une anxiété maternelle importante était associée à un risque accru de bronchiolites pour le bébé pendant la première année. (87)

Une autre étude qui a porté sur 1152 dyades a mis en évidence qu'un haut niveau d'anxiété maternelle et un risque dépressif pendant la grossesse était significativement associé respectivement à un risque accru de rhinites et de respiration sifflante chez le bébé. Par contre aucune association significative n'avait été mise en évidence concernant l'eczéma. (61)

B. Les troubles tonico-posturaux moteurs :

Le tonus musculaire correspond à «la contraction musculaire permanente permettant au bébé de maintenir une posture». Le tonus est une base essentielle au mouvement qui permet au bébé d'entrer en contact avec l'autre. (74)

A travers les troubles tonico posturaux moteurs, le bébé peut exprimer corporellement une souffrance psychique, des difficultés relationnelles avec son environnement. (23)

1. L'hypertonie :

Le tonus participe au système de régulation qui permet au bébé de se protéger de stimulations excessives. Le bébé peut avoir recours à une augmentation de son tonus pour évacuer des sensations internes qui lui sont désagréables ou faire barrière à des stimulations environnementales excessives. Le bébé est raide, ce qui complique le dialogue tonique, il se cambre, se jette en arrière, a les poings serrés. (88)

«La fonction de pare-excitation tonique physiologique double la fonction maternelle relationnelle ; de leur dialectique naissent des capacités du bébé à s'opposer, se protéger d'autrui, d'identifier et avoir un désir propre». (88)

2. L'hypotonie :

A l'inverse le bébé peut avoir recours à l'hypotonie pour exprimer sa souffrance psychique. Il est alors décrit comme mou, passif, ne tient pas sa tête ni la position assise. Cette hypotonie complique le portage et tout échange possible avec

l'environnement. Cette hypothèse est bien sûr envisagée après un examen neurologique incontournable. (74)

3. Les Troubles de l'activité motrice :

Toujours sur le versant moteur, on peut observer une rareté et une lenteur gestuelle ou au contraire une instabilité motrice. Le bébé se montre dans ce dernier cas, agité, toujours en mouvement, ce qui peut se rapprocher d'un état d'hypomanie chez l'adulte. (23) (74)

On peut également observer des activités motrices stéréotypées, rythmées comme des balancements de la tête, d'une partie ou de la totalité du corps. Ces manifestations peuvent se rencontrer dans différents contextes tels que : des interactions marquées par la discontinuité, des carences affectives, la dépression du bébé, les angoisses de séparation, les troubles du spectre autistique, mais aussi transitoirement au cours du développement normal du bébé. (89)

C. Les manifestations affectives de la souffrance psychique :

1. Les cris et pleurs

Les cris pleurs du bébé de moins d'un an font partie des précurseurs du langage. A travers eux le bébé adresse en effet le message du malaise qu'il ressent à son parent pour que ce dernier y réponde. Les cris pleurs ont une dimension interactive. Certains bébés qui ont des pleurs difficiles à déchiffrer peuvent impacter la relation mère-bébé. Il a été montré que les mères de bébés irritables étaient moins sensibles aux signaux positifs que leur bébé pouvait émettre. (23) (90)

Des associations statistiquement significatives entre pleurs excessifs anxiété et dépression maternelle ont été mises en évidence dans la littérature. (62) (91)

2. L'évitement relationnel du nourrisson

Le retrait relationnel peut être témoin d'une souffrance psychique chez le bébé. Je ne parle pas du retrait relationnel bref qui fait partie du système de régulation et qui est normal au sein des interactions mais du retrait pathologique. (75)

Les troubles du spectre autistique ne sont pas la seule étiologie possible à ce retrait. TB Brazelton, Bertrand Cramer ou encore Esther Bick ont fait l'hypothèse que des bébés qui sont majoritairement confrontés à des interactions où prédomine le désaccordage s'accrochent à des éléments inanimés de l'environnement plutôt qu'à leurs figures d'attachement afin de maintenir un sentiment de continuité. (92)

L'évitement relationnel pathologique peut être défini comme «la manifestation d'un déficit relatif de certaines compétences neurophysiologiques impliquées dans la communication et/ou la traduction comportementale d'une défense psychique contre l'angoisse suscitée par certaines formes des processus de liaison intrapsychiques et intersubjectifs». (76)

C'est une notion qui a été développée par André Carel qui a proposé une échelle pour aider au dépistage entre 0 et 18 mois : la grille d'évitement relationnel du nourrisson qui décompose la séméiologie de celui-ci en 5 catégories : la conduite globale relationnelle, les troubles du regard, les troubles de l'écoute, troubles posturo locomoteurs, troubles de la préhension.

Cette évaluation doit être restituée dans une dimension interactive, mais également tenir compte de l'âge, de l'équipement neurobiologique du bébé et du moment de l'évaluation. (93)

Une autre échelle élaborée par Guedeney, l'échelle «alarme détresse bébé » permet de préciser la notion de retrait relationnel durable chez un bébé entre 2 et 24 mois. (94) (95)

3. Le bébé à risque autistique :

Selon le DSM5 « les troubles du spectre autistique correspondent à des difficultés persistantes sur le plan de la communication et des interactions sociales associées à des activités stéréotypés et des intérêts restreints ». (96)

Durant les deux premières années de vie du bébé, un diagnostic de certitude ne peut être posé. La présence de certains signes d'alerte précoces nous fait alors parler à cet âge de « bébés à risque autistique ». (93)

On retrouve parmi ces signes précoces :

- « Des troubles des conduites sociales non linguistiques
- Des troubles du pré langage défaut de lallation, monotonie du babillage
- Un retard et des anomalies du développement psychomoteur (hypotonie, dystonie, mauvais contrôle postural, perte temporaire des acquisitions)
- Une absence des organisateurs de Spitz
- Des troubles des conduites perceptives dont évitement actif du regard, bébé fasciné par ses mains, réactions paradoxales aux bruits, impression de surdité
- Des troubles du comportement : comportements répétitifs stéréotypés, retrait, indifférence au monde extérieur, comportements auto agressifs, colères, objets manipulés de façon étrange
- Des troubles fonctionnels : difficulté de succion, vomissements, mérycisme, insomnies agitées ou calmes
- Des phobies très précoces des bruits du quotidien
- Des conduites d'agrippement
- Des conduites de démantèlement » (46) (97)

4. La dépression du bébé :

Le terme de dépression peut paraître fort pour un bébé, pourtant la symptomatologie dépressive du bébé présente de nombreux points communs avec celle de l'adulte.

Plusieurs situations peuvent être à l'origine d'un état dépressif chez ce dernier. Il s'agit en outre d'affections somatiques engendrant des douleurs prolongées, des situations de carences affectives (disparition soudaine de la figure l'attachement principale, négligence), des carences qualitatives (désaccordage dans les interactions liées à la dépression post natale maternelle par exemple). Cette dépression pourrait

également selon certains théoriciens tels que Geneviève Haag être primitive. (53) (98)

Le tableau clinique retrouve souvent :

- Une atonie psychique
- Un retrait relationnel
- Un ralentissement psychomoteur plus franc au niveau du tronc et de la racine des membres : gestes lents et monotones, pauvreté de la mimique, motricité spontanée pauvre, tendance répétitive des rares activités ludiques
- Une désorganisation psychosomatique : troubles digestifs, bronchites... (98)

5. La suradaptation du bébé

C'est un bébé trop sage, qui semble trop mûre pour son âge. Dans certaines situations comme la dépression post natale ou la psychose maternelle, la mère éprouve des difficultés à identifier les signaux émis par le bébé et répond davantage à ces propres besoins qu'à ceux de son enfant. Dans ce type de dyade, la relation mère bébé s'inverse, c'est le bébé qui répond aux besoins de sa mère et qui tente de décoder l'incohérence au sein des interactions. (74) (99)

III. FACTEUR DE RISQUE DE LA SOUFFRANCE PSYCHIQUE DU BEBE : LE CAS DE LA DEPRESSION POST NATALE :

Les situations à risque d'engendrer une souffrance psychique chez le bébé sont nombreuses. J'ai choisi de cibler mon travail sur les représentations de la dépression post natale qui de par sa prévalence élevée (entre 10 et 20%) est une problématique que tout professionnel exerçant dans le champ de la périnatalité est amenée à rencontrer dans sa pratique. (10)

A. Clinique de la dépression maternelle post -natale :

Dans la CIM-10, une dépression post natale est reconnue si elle survient dans un délai de six semaines après l'accouchement. Le DSM 5 qualifie, lui, de dépression à début dans le péripartum tout épisode dépressif survenant durant la grossesse ou dans les quatre semaines suivant l'accouchement. (96) (100)

Pourtant, en pratique il est habituel de lire dans les manuels traitant de la psychopathologie périnatale que deux pics de survenue peuvent être distingués.

Un premier pic qui survient généralement entre six et huit semaines après l'accouchement et un pic plus tardif aux alentours du neuvième mois. Le diagnostic pouvant être retenu jusque la fin de la première année du bébé. (101) (102)

Les tableaux dépressifs francs répondant à la définition d'un épisode dépressif caractérisé existent mais ne correspondent pas à la majorité des patientes que l'on peut rencontrer. On peut en effet rencontrer des épisodes dépressifs caractérisés (prévalence avoisinant les 5%) mais également des formes mineures qui sont plus fréquentes (prévalence entre 7 et 12%). (102)

Les signes cliniques suivants sont fréquemment rencontrés sans pour autant pouvoir être qualifiés de spécifiques d'où la difficulté de repérage de la dépression post-natale (101) :

- Humeur dysphorique d'intensité modérée
- Asthénie importante

- Irritabilité importante notamment à l'égard du conjoint
- Plaintes physiques fréquentes
- Préoccupations anxieuses déplacées sur le bébé
- Absence de plaisir à s'occuper du bébé
- Troubles du sommeil avec principalement des difficultés d'endormissement
- Recrudescence vespérale des symptômes
- Sentiment d'incapacité à prendre soin du bébé
- Phobies d'impulsion (101)

B. Caractéristiques des interactions mères bébé en cas de dépression post-natale

Les données de la littérature concernant les interactions mères bébés chez les mères déprimées sont nombreuses. Il est toutefois difficile de définir précisément les perturbations qui affectent ces interactions qui vont être singulières à chaque dyade, fonction de la symptomatologie maternelle et de la variabilité interindividuelle et intra individuelle du bébé. Certaines études ont aussi souligné que des caractéristiques propres à l'enfant telles que l'irritabilité pouvaient augmenter le risque de dépression post-natale. (4) (11) (103)

La symptomatologie dépressive peut perturber l'harmonie des interactions mère bébé d'une façon qui est singulière à chaque dyade. Toutes les mères ne présentent en effet pas exactement la même symptomatologie dépressive. Certaines mères présentent par exemple une composante anxieuse plus marquée que d'autres, et certains bébés se montreront plus irritables que d'autres.

D'une manière générale, on peut toutefois dire que la contingence et la réciprocité des interactions sont altérées. Il existe aussi chez ces mères une manifestation moindre de leurs affects et une tendance à interpréter de manière négative les signaux émis par le bébé. (104) (11) (103)

Cinq profils interactifs peuvent se distinguer :

- Les mères « désengagées » : correspondent à des mères qui évitent les interactions, initiant et entretenant peu celles-ci, avec également peu d'interactions ludiques. A la longue, on peut observer de manière réactionnelle un retrait passif du bébé pouvant présenter par exemple une hypotonie, une hypersomnie une pauvreté de l'expression en miroir avec la symptomatologie maternelle.
- Les mères « intrusives » : qui correspondent à des mères ayant tendance à sur stimuler leur enfant ce qui peut entraîner des réactions de retrait d'un autre type tel d'un retrait relationnel actif, hypertonie d'extension.
- Les mères ayant un profil dit « positif » où les interactions ludiques sont présentes.
- Les mères ayant un profil « mixte » qui fait référence à des mères qui ont des caractéristiques des trois groupes.
- Les mères ayant un profil « provocateur » regroupant les mères avec des comportements rapides et brusques pour capter l'attention de l'enfant. (105) (103):

La dépression post natale affecte donc les compétences relationnelles des deux partenaires de l'interaction.

C. Les conséquences potentielles sur le développement et la santé du bébé :

Des perturbations durables des interactions peuvent avoir des répercussions sur le développement global de l'enfant.

Plusieurs études ont montré que les bébés de mères déprimées étaient plus sujets à troubles somatiques tels que de troubles du sommeil, des troubles digestifs, ainsi que des pleurs plus fréquents. (106) (80) (81)

Il a également été repéré un attachement de type insécure plus fréquent, un impact négatif sur les facultés à réguler ses émotions et un retentissement sur les facultés cognitives potentielles. (107) (11) (108)

Des retards d'acquisition du langage peuvent être retrouvés chez les bébés de mères déprimées. (89)

D. Le retentissement potentiel sur l'équilibre familial :

La dépression post natale maternelle est un facteur de risque de la survenue de dépression dans le post partum chez le père. L'incidence de la dépression paternelle est élevée (entre 24 et 50%) au sein des couples où la mère est affectée par une dépression post natale, ce qui est très largement supérieure aux chiffres relatifs à la population générale (entre 1,2 et 25,5%). Cette symptomatologie dépressive chez le père peut être vectrice d'un sentiment hostile à l'égard de l'enfant, d'un engagement moins important comme dans le profil des mères « désengagées » avec une répercussion sur les interactions. La dépression des deux parents offre alors un climat relationnel et familial peu favorable à un développement harmonieux du bébé. (109)

E. Outil pour le repérage

L'EPDS (Edinburgh Post natal Depression Scale) est un auto-questionnaire internationalement reconnu pour repérer un risque dépressif durant la période périnatale, que ce soit pendant ou après la grossesse. C'est une échelle qui comporte 10 items donnant un score compris entre 0 et 30. (110)

Un score EPDS supérieur ou égal à 10 dans le post partum immédiat (durant le séjour en maternité) permet de prédire l'existence d'un épisode dépressif caractérisé 8 semaines après avec une sensibilité de 82% (111)

En dehors du post partum immédiat le seuil retenu varie en fonction du souhait de dépister le risque dépressif mineur ou pas. Le seuil de 12 est utilisé pour prédire un risque de dépression majeure. (10) (96)

Ainsi nous avons pu voir que la période entourant l'arrivée d'un bébé était une période de grande vulnérabilité psychique pour la mère, le bébé, le couple, la famille au sens large.

L'accompagnement et la prise en charge des couples qui accueillent l'arrivée d'un bébé fait l'objet d'un maillage bien codifié entre les professionnels et ce dès la grossesse. C'est cette organisation dite en « réseau » que je vais maintenant exposer.

IV. Le réseau :

A. Qu'est que qu'un réseau de santé ?

Selon la loi du 4 mars 2002 un réseau de santé se définit de la façon suivante :
« Les réseaux de santé ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires. Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins. Ils peuvent participer à des actions de santé publique.

Ils procèdent à des actions d'évaluation afin de garantir la qualité de leurs services et prestations ». (13)

B. Le réseau de santé périnatal :

Cette organisation en réseau de santé concerne donc la périnatalité qui selon le cahier des charges des réseaux de soins en périnatalité a pour domaine d'intervention « toutes les femmes enceintes quelle que soit l'issue de leur

grossesse, leur conjoint, le nouveau-né dans la période périnatale et tout au long d'un suivi plus prolongé en cas de vulnérabilité repérée ou suspectée ». (112)

Au niveau national, il existe un découpage en territoires déterminés en fonction de l'offre et des besoins des différentes zones géographiques. Chacun de ces territoires possède son réseau de périnatalité avec ses établissements et ses professionnels rattachés qui sont répertoriés.(112)

Sur la région Lilloise par exemple, le réseau périnatalité s'appelle Ombrel (Organisation Mamans bébés de la région Lilloise). (113)

Ce réseau rassemble : (113)

- Des médecins :
 - Anesthésistes réanimateurs
 - Diabétologues
 - Gynécologues médicaux
 - Gynécologues obstétriciens
 - Généralistes
 - Psychiatres, pédopsychiatres
 - Pédiatres
- Des psychologues et des psychomotriciens
- Des sages-femmes : libérales, de maternité de PMI
- Des pharmaciens, des préparateurs en pharmacie
- Des Puéricultrices
- Le SAMU et le SMUR pédiatrique de Lille
- Des dispositifs médico-sociaux :
 - Des centres de protection maternelle et infantile (PMI)
 - Des Centres d'Action Médico Sociale Précoce (CAMSP)

C. La place des soins psychiques dans le réseau

Comme je l'ai énoncé en introduction, la psychopathologie périnatale possède un vaste domaine d'intervention. Celui-ci s'étend du début de la grossesse (même parfois en période antéconceptionnelle) à la fin de la première année du bébé voire un peu plus en cas de difficultés persistantes. (2)

Des textes relativement récents (plan périnatalité 2005-2007, plan psychiatrie et santé mentale 2005-2008) ont mis l'accent sur une meilleure prise en charge de la dimension psychologique de toutes les naissances et sur le repérage des situations de vulnérabilité psychologique et social. Garantir la sécurité émotionnelle des parents c'est en effet garantir la qualité de l'environnement psychoaffectif dans lequel évoluera ou évolue l'enfant. C'est aussi lui permettre de se développer le plus harmonieusement possible. (2) (7) (8) (9) (14)

Plusieurs dispositifs permettent d'œuvrer dans ce sens :

- **Le répertoriement des dispositifs d'accompagnements psychologiques et sociaux pour chaque réseau :**

Les coordonnées des différentes structures et intervenants dans le champ psychosocial sont disponibles sur le réseau. Elles sont accessibles afin que tout professionnel repérant une situation de vulnérabilité puisse en disposer et orienter la patiente si besoin à tout moment de la grossesse et de la période post natale.

- **L'entretien du 4ème mois :**

C'est un entretien réalisé dans le courant du 4ème mois pour toutes les femmes enceintes et les couples. Tout professionnel du réseau formé à celui-ci peut le mener. Il est destiné à aborder des questions plus délicates que dans les consultations classiques : soutien social, vécu, interrogations et appréhensions de la jeune mère ou du couple quant à leur parentalité. Il vise à repérer des fragilités psychologiques et sociales et doit être en ce sens obligatoirement proposé à tous les couples le plus tôt possible pendant la grossesse.

- **Le renforcement de la formation des professionnels en périnatalité :**
Il vise à uniformiser les connaissances interdisciplinaires notamment sur les stratégies de prise en charge possibles.

- **La collaboration médicopsychologique :**

La coordination médicopsychologique est permise grâce à l'intégration au sein des équipes de maternité de professionnels du champ psy qui exercent une activité

de liaison en maternité, dans les services de néonatalogie et de réanimation néonatale et une activité de consultation en période ante et post natale.

Ces professionnels participent aux temps de transmissions aux réunions d'équipe et peuvent intervenir selon différentes modalités :

- Directement auprès des familles
- Indirectement auprès des autres professionnels qui prennent en charge au quotidien des situations émotionnellement très difficiles.

Ces praticiens ont également pour rôle de favoriser les liens avec les secteurs de psychiatrie et psychiatrie infanto juvénile qui ont en charge ce territoire, les praticiens «psy» libéraux, les institutions spécialisées telles que les unités d'hospitalisation mère-bébés temps plein ou les hôpitaux de jour mère-bébé lorsque cela s'avère nécessaire.

En cas de pathologie psychiatrique maternelle avérée, ils facilitent la coordination entre les professionnels avant la naissance, ils participent à l'observation et la prise en charge de la dyade durant le séjour en maternité et s'assurent de la continuité de la prise en charge à la sortie.

Les secteurs de psychiatrie infanto juvénile, qui prennent le relai à la sortie de maternité pour l'accompagnement parents-bébés, sont également interpellables dans le post partum si des difficultés non identifiées en amont sont repérées.(2) (7) (8) (9) (14) (114) (115)

Ainsi, tous les professionnels engagés dans la prise en charge des couples et leurs bébés, qu'il soit né ou encore fœtus, communiquent entre eux afin de proposer des prises en charges qui garantissent un environnement sécurisé sur le plan médical et psychique.

V. L'OSTEOPATHIE

Le chapitre sur l'organisation en réseau des soins dans le champ de la périnatalité nous a permis de voir à quel point les acteurs professionnels pouvaient

être nombreux et différents à intervenir autour de l'arrivée d'un bébé dans une famille.

Nous allons maintenant nous intéresser aux ostéopathes et à leur activité auprès de ces bébés.

A. Généralités :

La loi ne reconnaît pas la profession d'ostéopathe mais un titre d'ostéopathe pouvant être obtenu par :

- des professionnels de santé qui se sont formés secondairement et ont recours à l'ostéopathie en complément de leur activité principale
- des praticiens qui se sont formés directement en ostéopathie au sein d'établissements spécifiques pour qui les actes d'ostéopathie constituent la totalité de l'activité professionnelle (116)

Ces derniers étant couramment appelés ostéopathes exclusifs.

Par souci de clarté dans mon travail et pour faciliter la compréhension j'emploierai le terme d'ostéopathes pour désigner l'ensemble des professionnels détenteurs de ce titre et ferais référence à la profession ou au terme d'ostéopathe exclusif lorsque je voudrais les différencier.

B. Qu'est-ce que l'ostéopathie ?

L'ostéopathie est une pratique exclusivement manuelle. «Elle consiste dans une approche globale du patient à prévenir, diagnostiquer et traiter manuellement les dysfonctions de la mobilité des tissus du corps humain susceptibles d'en altérer l'état de santé». (117)

Ces restrictions de mobilité appelées « dysfonctions ostéopathiques » peuvent donc comme le précise la définition toucher tous les composants du corps humain. Celles qui affectent les structures osseuses sont les plus connues du grand public mais la mobilité des organes, des fascias peuvent par exemple être concernés.

Des traumatismes locaux, des efforts répétitifs, des pathologies diverses ainsi que des facteurs émotionnels peuvent être à l'origine de ces dysfonctions

ostéopathiques. Si la dysfonction ostéopathique persiste, des symptômes relatifs à l'altération du fonctionnement physiologique de la structure concernée vont apparaître.

Ces troubles fonctionnels font référence en médecine à des troubles pour lesquels l'examen clinique médical et les examens complémentaires n'ont pas retrouvé de lésion organique (ex : troubles digestifs, asthénie, troubles du sommeil, douleurs). Au niveau physiopathologique, le rôle du système nerveux autonome, le manque ou l'excès d'activité physique, une mauvaise hygiène de vie, le stress sont souvent évoqués pour les expliquer. En réalité leur cause est généralement multifactorielle. (118)

La restriction de mobilité tissulaire est un facteur additionnel qui vient expliquer ce symptôme en ostéopathie.

Ces troubles peuvent s'avérer très invalidants. (119)

C'est leur chronicité, leur résistance au traitement ou à la réassurance face à la normalité des examens doivent faire suspecter l'intrication avec des facteurs psychologiques entretenant les troubles. (71)

Par son immaturité physiologique et psychique, le bébé est un candidat fréquent à ce type de troubles. Comme nous l'avons vu précédemment, c'est par le corps qu'il va exprimer indifféremment souffrance physique et souffrance morale. (69)

C. Principes de la discipline :

L'ostéopathie est une pratique reconnue par l'OMS dans le champ des médecines complémentaires et alternatives qui repose sur trois grands principes fondateurs : (120) (121)

- L'unité du corps humain

«L'être humain est une unité fonctionnelle dynamique dont l'état de santé est influencé par le corps, la pensée et l'esprit» (121) (122)

- **L'interrelation structure/fonction** : l'organisme ne peut être fonctionnel que si les structures qui les gouvernent sont en parfait état. Inversement, une fonction perturbée peut retentir sur la structure. (123)

- **Le potentiel d'auto guérison**

L'organisme humain tend toujours à maintenir une homéostasie. Pour la maintenir, il met en place des mécanismes d'adaptation dans le but de s'autoréguler et s'auto guérir. (123) (124)

D. Qui exerce l'ostéopathie en France ?

L'ostéopathie est née aux Etats Unis et est arrivée en France vers le milieu du XXème siècle. Avant 2002, seuls les médecins étaient légalement autorisés à l'exercer malgré l'existence d'écoles spécifiques accueillant des « nons médecins » professionnels de santé ou non. (123) (125).

Le conseil national de l'ordre des médecins reconnaissait par contre uniquement les diplômes universitaires et interuniversitaires permettant d'exercer l'ostéopathie et c'est toujours le cas actuellement. (126) (127)

La loi du 4 mars 2002 a permis la reconnaissance officielle du titre d'ostéopathe et son exercice pour les professionnels non médecins (128):

Selon le décret du 25 mars 2007, l'usage professionnel du titre d'ostéopathe est donc maintenant réservé :

- «Aux médecins, sages-femmes, masseurs kinésithérapeutes, infirmiers autorisés à exercer, titulaires d'un diplôme universitaire ou interuniversitaire sanctionnant une formation suivie au sein d'une unité de formation et de recherche de médecine, délivré par une université de médecine et reconnu par le conseil de l'ordre des médecins.

- Aux titulaires d'un diplôme délivré par un établissement agréé par le ministère de la Santé répondant aux conditions de formation fixées par décret.

- Aux titulaires d'une autorisation d'user du titre d'ostéopathe délivrée par l'autorité administrative selon des conditions fixées dans le décret. Cette mention s'applique aux praticiens ayant suivi une formation différente de celles citées ci-dessus ou aux praticiens étrangers souhaitant exercer en France. »(129) (130)

Les actes autorisés sont également redéfinis. «Les praticiens justifiant d'un titre d'ostéopathe sont autorisés à pratiquer des manipulations ayant pour seul but de prévenir ou de remédier à des troubles fonctionnels du corps humain. Cela exclue les pathologies organiques qui nécessitent une intervention thérapeutique, médicale, chirurgicale, médicamenteuse ou par agents physiques ou lorsque des symptômes pour lesquels ils sont consultés nécessitent avant tout des investigations para cliniques.

Dans ce dernier cas, les praticiens sont tenus d'orienter le patient vers un médecin s'ils ne le sont pas eux-mêmes. » (129)

Si leur compétence professionnelle initiale ne leur permet pas, ils ne peuvent pas effectuer de manipulations crâniennes faciales et rachidiennes chez un bébé de moins de 6 mois sans certificat médical de non contre-indication. (129)

E. L'ostéopathie chez les bébés

L'ostéopathie chez les bébés est à l'heure actuelle un domaine d'intervention et d'étude en plein expansion qui répond à une forte demande des parents. Des pédiatres et médecins généralistes interrogés dans le cadre d'un l'état des lieux des connaissances et des pratiques sur l'ostéopathie auprès des nourrissons ont fait état de cette augmentation de la demande parentale. (131)

F. Indications :

Bien que l'OMS reconnaisse l'ostéopathie et ait émis dans son rapport, une liste de contre-indications générales aux actes d'ostéopathie, il n'existe pas à l'heure actuelle de recommandations officielles établies par l'HAS. Cette absence de recommandations médicales est valable chez l'adulte comme chez l'enfant. (121) (132)

Il est difficile de trouver une liste exhaustive d'indications de l'ostéopathie chez le bébé. La SEROPP (Société Européenne de Recherche en Ostéopathie Périnatale et Pédiatrique) rassemble des praticiens médecins et non médecins référents dans le domaine de la pédiatrie et de la périnatalité qui ne sont pas uniquement des

ostéopathes. Son objectif est de garantir la qualité et la sécurité des soins dispensés. Les indications que je vais vous lister sont donc issues de ce site. Il est précisé à plusieurs endroits sur le site que ces indications sont à envisager dans le cadre d'une prise en charge pluridisciplinaire. Je n'ai sélectionné que les indications envisageables pour un bébé durant sa première année : (133)

- Accouchements ayant nécessité une extraction instrumentale ou présentation dystocique de l'enfant
- Troubles de la succion, de la déglutition, difficultés à téter
- Dymorphies cranio faciales sans craniosténose dont les plagiocéphalies posturales
- Dymorphies cranio faciales en lien avec une craniosténose en complémentarité de la chirurgie
- Indications orthopédiques en collaboration avec les orthopédistes et kinésithérapeutes : luxation congénitale de hanche, déformation des pieds, scoliose
- Torticolis
- Troubles de l'articulé dentaire en collaboration avec les orthodontistes
- Infections ORL récidivantes
- Prise en charge adjuvante de la paralysie motrice d'origine cérébrale
- Hypertonie axiale
- Asymétrie de tonus
- Certains troubles ophtalmologiques : strabisme amblyopie pouvant être améliorées par la prise en charge des déformations crâniennes associées
- Canal lacrymal peu perméable
- Troubles du sommeil
- Hyperexcitabilité du bébé
- Troubles digestifs : RGO non lié à une allergie aux protéines de lait de vache
- Coliques du nourrisson, constipation
- Pré maturité

G. Contre-indications :

En mai 2006 est paru un rapport des risques attribués au traitement ostéopathique des nourrissons de 0 à 9 mois. Selon celui –ci, aucun accident n'a été enregistré. (134)

La SEROPP a à son tour élaborer un guide de bonnes pratiques et d'éthiques insistant particulièrement sur les contre-indications relatives et absolues de l'ostéopathie chez l'enfant et la femme enceinte. (135)

La liste de ces contre-indications étant longue je vous réfère au document en annexe pour les consulter. (annexe 2)

H. Littérature scientifique :

Une recherche bibliographique sur le moteur de recherche PUBMED avec les mots clés suivants « osteopathic medicine infant » et EM CONSULT avec « ostéopathie bébé » m'a permis de trouver des articles traitant de l'ostéopathie dans la littérature scientifique médicale. Une efficacité significative de l'ostéopathie a été retrouvée pour la prise en charge de la paralysie motrice d'origine cérébrale, l'asthme de l'enfant, des otites récidivantes, des plagiocéphalies posturales, des troubles de l'articulé dentaire, des coliques, de la prématurité (meilleure prise de pondérale et réduction de la durée de séjour en néonatalogie). (136) (137) (138) (139) (140) (141)

Toutefois le manque de méthodologie et la faible puissance ont été régulièrement soulignés. Dans son rapport sur l'évaluation de l'efficacité de la pratique de l'ostéopathie de 2012, l'INSERM conclue qu'en dehors de l'efficacité de la prise en charge ostéopathique sur les douleurs d'origine vertébrales, il n'est pas possible de tirer des conclusions concernant les autres indications. (122)

L'ostéopathie est ainsi, de nos jours, une spécialité très appréciée des Français et des parents. Les ostéopathes préconisent d'ailleurs de nombreuses indications chez le bébé. L'ostéopathe fait aujourd'hui partie du paysage de professionnels qu'un bébé est potentiellement amené à rencontrer durant sa première année.

Après ces considérations préalables sur le plan psychopathologique et ostéopathique je vais maintenant vous présenter mon étude. Je vous rappelle les deux objectifs de celle-ci qui étaient :

- Effectuer un état des lieux des représentations de la souffrance psychique du bébé et de la dépression post natale des ostéopathes.
- Effectuer un état des lieux de leurs connaissances et de leurs liens avec les réseaux de soins psychiques en périnatalité.

MATERIELS ET METHODES

I. Type d'étude :

Nous avons mené une enquête épidémiologique descriptive transversale analytique visant à répondre aux deux objectifs posés.

II. Méthode d'évaluation

Un questionnaire comptant 35 questions, fermées pour la plupart d'entre elles, a été conçu afin de répondre aux objectifs fixés.

Pour élaborer ce questionnaire, je me suis inspirée des questionnaires de deux thèses de médecine Lilloises : l'une concernant les représentations et la prise en charge de la dépression post natale par les médecins généralistes, l'autre concernant le dépistage de la dépression post natale par les pédiatres dont j'ai repris certaines questions. (142) (113)

Ce questionnaire a été amélioré avec l'aide du Professeur Jardri professeur de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent au CHR de Lille, du Docteur Schoemaker, pédopsychiatre au CHR de Lille, de Benoit Szabliewski diplômé d'ostéopathie et ayant enseigné à l'Institut supérieur d'ostéopathie de Lille (INSO) ainsi que les statisticiens de la plateforme méthodologique du CHRU de Lille. Il a préalablement été testé par les 4 membres ostéopathes du bureau de la Société des Ostéopathes du Nord avant sa diffusion sans être remodifié avant celle-ci.

Le questionnaire se structure de la façon suivante :

- Les questions 1 à 6 fournissent des renseignements socioprofessionnels concernant les ostéopathes interrogés (sexe, âge, spécialité, formation continue).

- Les questions 7 à 12 fournissent des renseignements concernant leurs habitudes de pratique auprès des bébés.
- Les questions 13 à 19 étudient les représentations de la souffrance psychique du bébé des ostéopathes.
- Les questions 20 à 24 étudient les représentations de la dépression post natale des ostéopathes.
- Les questions 25 à 31 étudient la connaissance du réseau de soins psychiques en périnatalité et les liens avec celui-ci.
- Les questions 32 à 34 étudient les souhaits émis par les ostéopathes en termes de formation.
- La question 35 recense les commentaires libres des praticiens interrogés.

III. Population

Cette enquête s'est adressée à tout praticien justifiant du titre d'ostéopathe à savoir des ostéopathes exclusifs, professionnels médicaux et para médicaux ainsi qu'aux étudiants de dernière année de l'INSO.

IV. Diffusion et recueil de données

Le questionnaire a été diffusé :

- Par mail aux 64 étudiants de l'INSO (comprenant des étudiants de 5 années ainsi que des étudiants en formation post graduate). La formation post graduate signifiant une 6ème année de spécialisation juste après la fin du cursus classique. (143)
 - Par mail aux 91 professionnels ostéopathes intervenant à l'INSO dans le cadre de l'enseignement.
 - Diffusé via le compte Facebook et Twitter de l'Union Fédérale des Ostéopathes de France

- Diffusé via le compte Facebook et le site de la Société des Ostéopathes du Nord ainsi que par courrier dans leur lettre de janvier 2014 où l'adresse du lien vers le questionnaire est apparue (784 envois).

Google Drive a été utilisé pour la mise en page du questionnaire et le recueil anonyme des données entre le 15 décembre 2014 et le 15 février 2015. Le questionnaire était accompagné d'une petite note présentant l'enquête et ses objectifs. (annexe 1)

V. Analyses statistiques

Les résultats ont été analysés par l'équipe de la plateforme d'aide méthodologique du Centre d'Etudes et de Recherches en Informatique Médicale du CHRU de Lille.

Les différents résultats ont été décrits par leur pourcentage et leur effectif.

Afin de répondre plus précisément au second objectif, nous avons cherché à déterminer les variables associées à « la connaissance du réseau de soins psychiques en périnatalité » correspondant à une réponse positive aux questions 25 et 26 :

- Avez-vous déjà entendu parler de l'organisation en réseau de soins psychiques en périnatalité ?
- Savez-vous comment interpeller les professionnels du réseau de soins psychiques en périnatalité ?

Le test du Chi 2 (ou test exact de Fisher en cas d'effectif <5) a été utilisé pour tester les variables (qui étaient toutes qualitatives) suivantes : l'âge, le sexe, la spécialité, la part moyenne représentée par les bébés de 0 à 12 mois de la patientèle, l'orientation vers les psychiatres ou psychologues du secteur, l'orientation vers les psychiatres ou psychologues libéraux en réponse à la question 28 (Que faites-vous généralement dans ce cas ?).

Le seuil $p < 0,05$ a été choisi pour interpréter les résultats comme significatifs.

RESULTATS

Les résultats descriptifs ont concerné l'ensemble des praticiens ostéopathes interrogés ainsi que les sous-groupes d'appartenance :

- Les ostéopathes exclusifs : ceux dont l'ostéopathie représente l'activité professionnelle à part entière
- Les kinésithérapeutes-ostéopathes que j'appellerais kinésithérapeutes simplement dans la présentation des résultats
- Les étudiants
- La catégorie « Autres » regroupant elle-même : psychomotricien, sage femmes, médecin, podologues du fait du faible effectif.

166 ostéopathes ont ainsi répondu à notre questionnaire en ligne.

Sur les 166 répondants, 165 réponses ont été exploitées. En effet, nous avons préféré retirer les réponses du praticien ayant mentionné « lycée » à la question 5 (Précisez votre spécialité initiale) dans l'hypothèse que cette personne puisse ne pas être réellement ostéopathe.

Le médecin n'a pas précisé sa spécialité.

Il ne m'a pas été possible d'établir un taux de participation global à l'enquête.

En effet je n'ai pas pu connaître le rapport entre le nombre de personnes ayant rempli le questionnaire et le nombre de personnes susceptibles d'avoir visionné l'enquête via le site ou les réseaux sociaux.

Concernant les 64 étudiants interrogés, 28 ont répondu au questionnaire en ligne soit 43,7 % d'entre eux.

I. Caractéristiques socioprofessionnelles des praticiens ostéopathes interrogés : (questions 1 à 6)

Notre échantillon était constitué de :

- 65,4% d'ostéopathes exclusifs (n=108)
- 17% d'étudiants (n=28)
- 13,9% de kinésithérapeutes ostéopathes (n=23)
- 3,7 % de praticiens regroupés dans la catégorie (n=6) «Autres» : 1 médecin, 2 sages-femmes, 1 psychomotricien, 2 podologues.

Caractéristiques de la population étudiée		Ostéopathes exclusifs	Kinésithérapeutes	Etudiants	Autres	Echantillon global
Sexe	Hommes	30	20	7	2	59 (35,7%)
	Femmes	78	3	21	4	106 (64,2%%)
Âge	Entre 18 et 25 ans	3	0	13	0	16 (9,7%)
	Entre 25 et 35 ans	95	1	15	1	112 (67,9%)
	Entre 35 et 50 ans	7	7	0	4	18 (10,9%)
	Supérieur à 50 ans	3	15	0	1	19 (11,5%)
Formation continue	Osteopathie pédiatrique	78	15	9	4	106 (64,2%)
	Ostéopathie périnatale	71	10	0	5	86 (52,1%)
	Ostéopathie pédiatrique + périnatale	59	10	0	4	73 (44,2%)
	Pas de formation continue	18	8	19	1	46 (27,9%)
	Total sous groupe	108	23	28	6	165(100%)

Tableau récapitulatif des caractéristiques socio professionnelles des ostéopathes interrogés

Notre échantillon était composé de 64,2% de femmes et de 35,7% d'hommes avec une majorité de femmes parmi tous les sous-groupes hormis chez les kinésithérapeutes où les hommes représentent 87 % d'entre eux.

Les 25-35ans étaient les plus représentés (n=112 soit 67,9%) dans l'échantillon global.

Les kinésithérapeutes et les professionnels catégorisés « autres » avaient majoritairement plus de 35 ans.

Formation initiale :

Les réponses à cette question ont fait l'objet d'ambiguïté. Par formation complémentaire, j'entendais formation universitaire.

29 professionnels de santé ont mentionné être titulaires d'un diplôme complémentaire en ostéopathie et 15 ont mentionné être diplômés d'école d'ostéopathie en plus de leur spécialité initiale.

Au total le terme « formation complémentaire » n'a pas pu être assimilé à « formation universitaire ». Je vous renvoie à la partie concernant la formation des ostéopathes pour plus de détails concernant la formation en ostéopathie.

Formation continue :

119 praticiens ont mentionné avoir suivi une formation continue au moins dans un des domaines cités soit 72 % de l'effectif total.

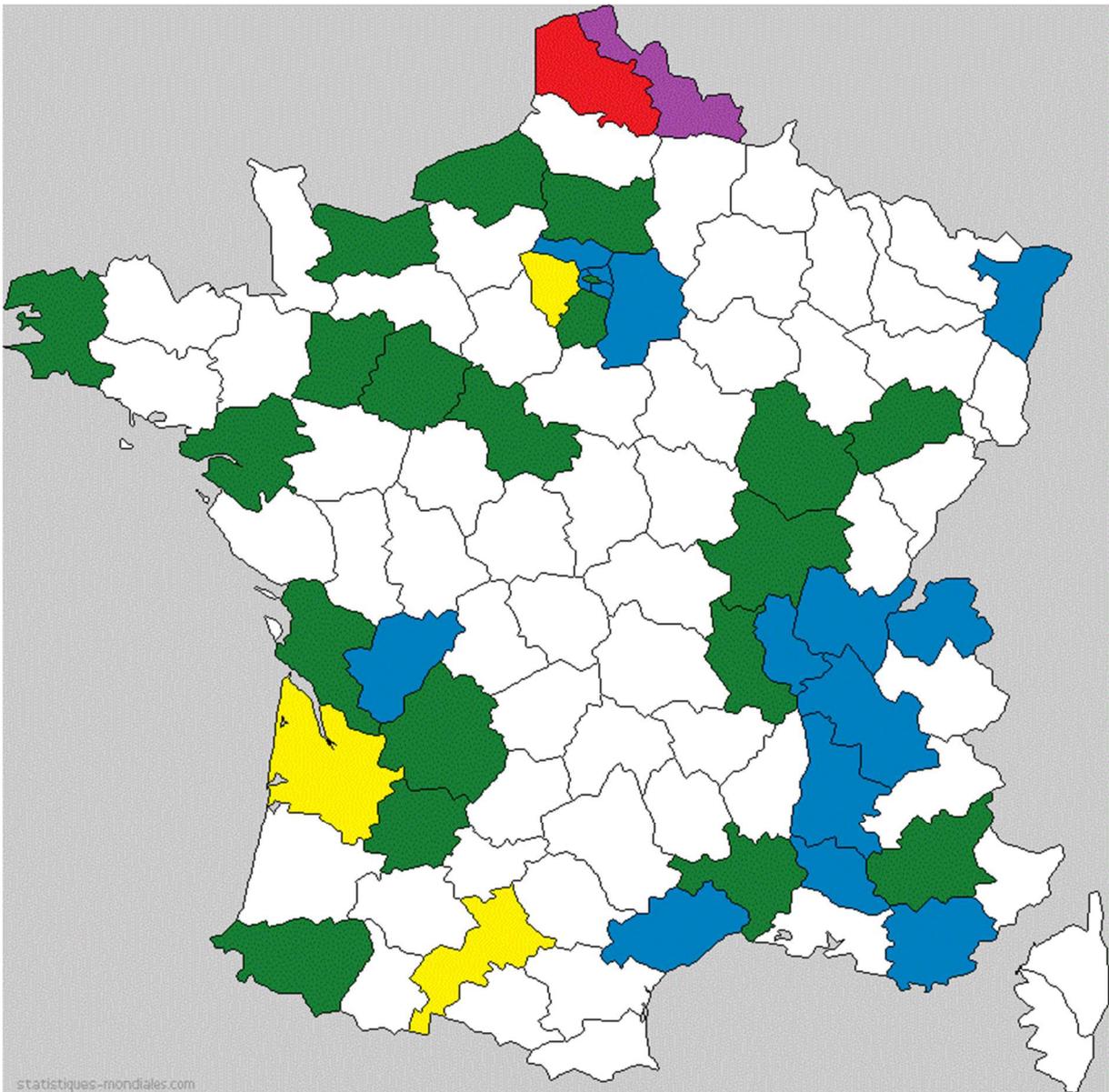
La formation en ostéopathie pédiatrique a été plus fréquemment suivie pour l'ensemble des praticiens (n=106 soit 64,2%) que celle en ostéopathie périnatale (n=86 soit 52,1%).

Dans le groupe des praticiens « autres », 83% (n=5) ont suivi une formation en ostéopathie périnatale.

44,2% des ostéopathes interrogés (n=73) ont suivi les deux types de formation.

32,1% (n=9) des étudiants interrogés effectuent une formation continue en ostéopathie pédiatrique.

- Répartition géographique :



Distribution nationale des ostéopathes ayant répondu à l'enquête

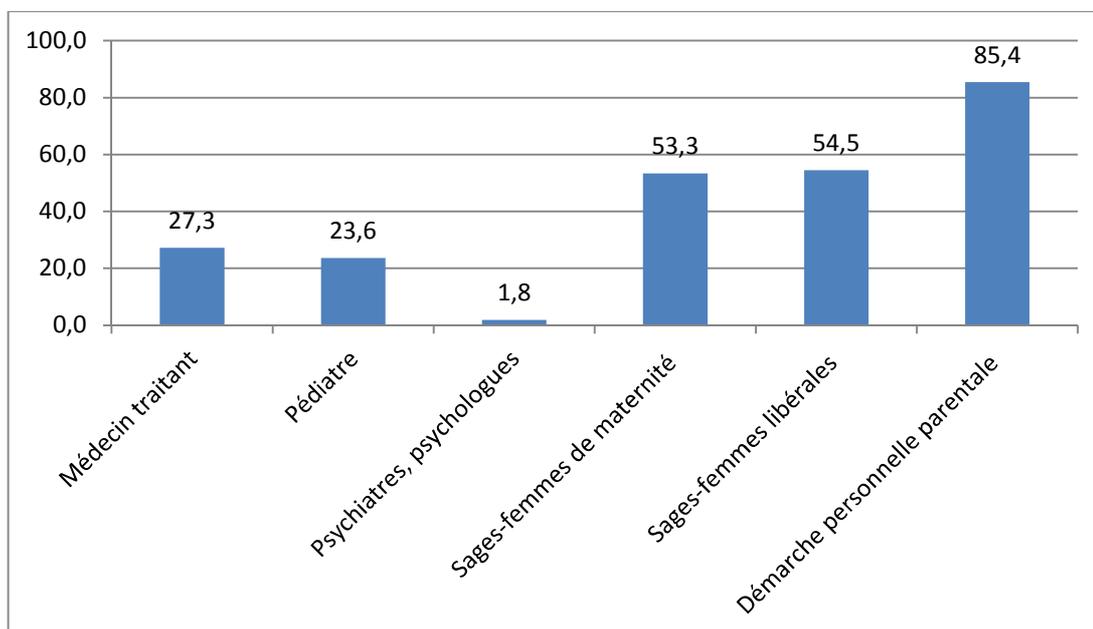
Légende de la carte :

- Vert : 1 réponse
- Bleu : Entre 2 et 5 réponses
- Jaune : Entre 6 et 10 réponses
- Rouge : Entre 10 et 15 réponses
- Violet : Plus de 15 réponses

72 réponses ont été enregistrées sur le Nord Pas de Calais soit 43,6% de l'échantillon global.

II. Pratique des ostéopathes auprès des bébés de 0 à 1 an (questions 7 à 12)

Question 7 Le plus souvent vous recevez des bébés adressés par ?



Origines des prises en charge ostéopathique chez les 0-12 mois (pourcentages relatifs à l'échantillon global n=165)

La hiérarchisation de l'origine des prises en charge est la même à l'échelle globale et de tous les sous-groupes si on considère par ordre croissant :

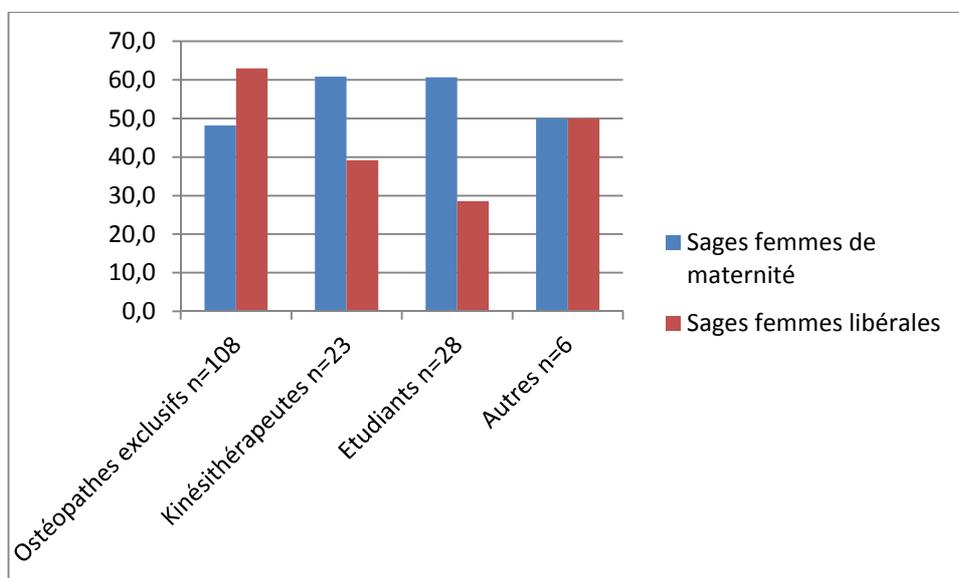
- La démarche personnelle parentale
- L'adressage venant des sages-femmes (libérales et de maternité)
- L'adressage venant des médecins somaticiens (médecin traitant et pédiatre)

Concernant de manière plus précise l'adressage par les sages-femmes :

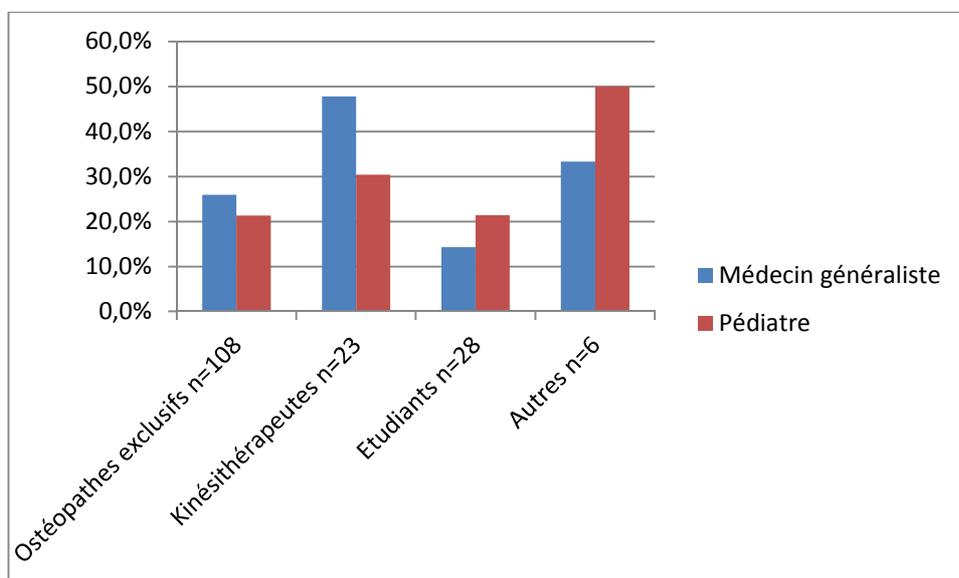
63% d'ostéopathes exclusifs ont noté que les sages-femmes libérales étaient le plus souvent à l'origine de l'adressage.

60,9% des kinésithérapeutes et 60,7% des étudiants (n=17) ont mentionné qu'il s'agissait surtout des sages-femmes de maternité.

Pour la catégorie « autres » il s'agissait autant des sages-femmes libérales que de maternité.



Distribution de l'adressage par les sages-femmes (%) au sein des différents sous-groupes d'appartenance



Distribution de l'adressage par les médecins somaticiens (%) selon les différents sous-groupes d'appartenance

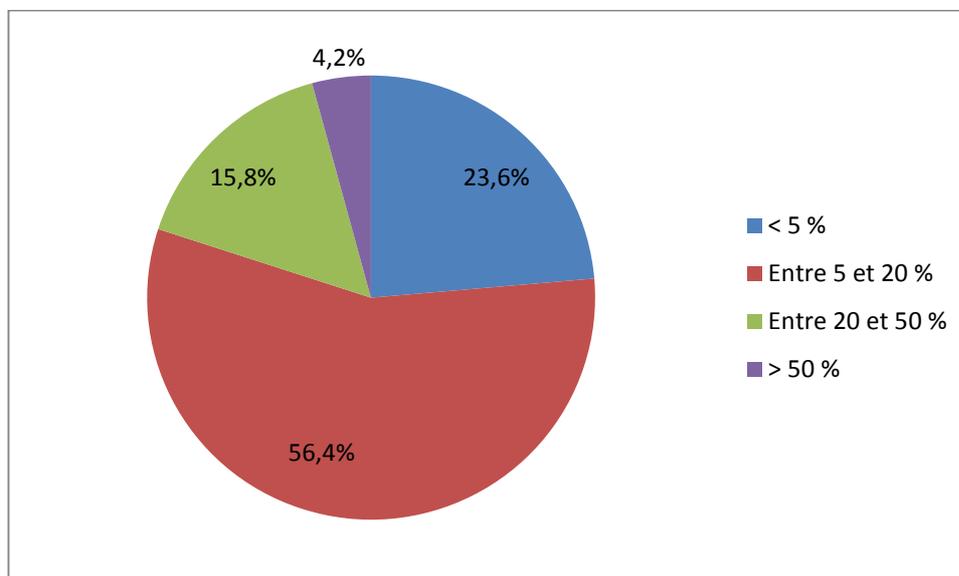
Concernant l'adressage par les somaticiens : 25,9%(n=28) des ostéopathes exclusifs et 47,8% des kinésithérapeutes (n=11) ont déclaré recevoir majoritairement des patients adressés par les médecins généralistes.

21,4% des étudiants (n=6) et 50% (n=3) des praticiens « autres » ont déclaré recevoir majoritairement des bébés adressés par les pédiatres.

L'adressage par des psychologues ou psychiatres n'a été mentionné que 3 fois chez les professionnels de santé (1 kinésithérapeute et 2 praticiens de la catégorie « autres »)

Question 8 : Dans votre patientèle quel est le pourcentage de bébés de 0 à 12 mois ?

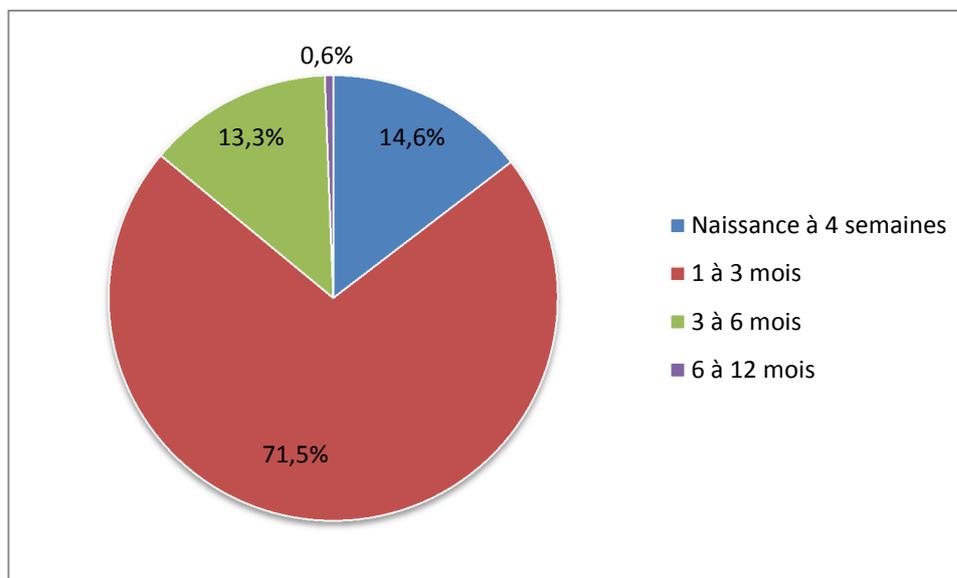
Pour 56,4% de l'ensemble des ostéopathes interrogés, les bébés représentent entre 5 et 20 % de leur patientèle. C'est l'intervalle de pourcentage qui a été retrouvé majoritairement dans tous les sous-groupes sauf pour la catégorie « autres » où 50% d'entre eux ont estimé recevoir entre 20 et 50% de bébés.(annexe 3)



Estimation du pourcentage de bébés constituant la patientèle des 165 ostéopathes interrogés

Question 9 : Parmi ces bébés quelle est la tranche d'âge la plus représentée ?

Les 1-3mois représentent la tranche d'âge la plus représentée pour 71,5% de l'ensemble des ostéopathes interrogés ainsi que dans chaque sous-groupe.



Estimation de la tranche d'âge moyenne des bébés consultants par les 165 ostéopathes interrogés

Question 10 : En moyenne combien de fois recevez-vous un même bébé durant sa première année ?

50,3 % (n=83) de l'ensemble praticiens ont estimé recevoir en moyenne 2 fois un même bébé au cours de la première année et 47,9%(n=79) entre deux et cinq fois.

Au sein des sous-groupes, « deux rendez-vous » était aussi la réponse majoritairement citée sauf chez les étudiants. (annexe 3)

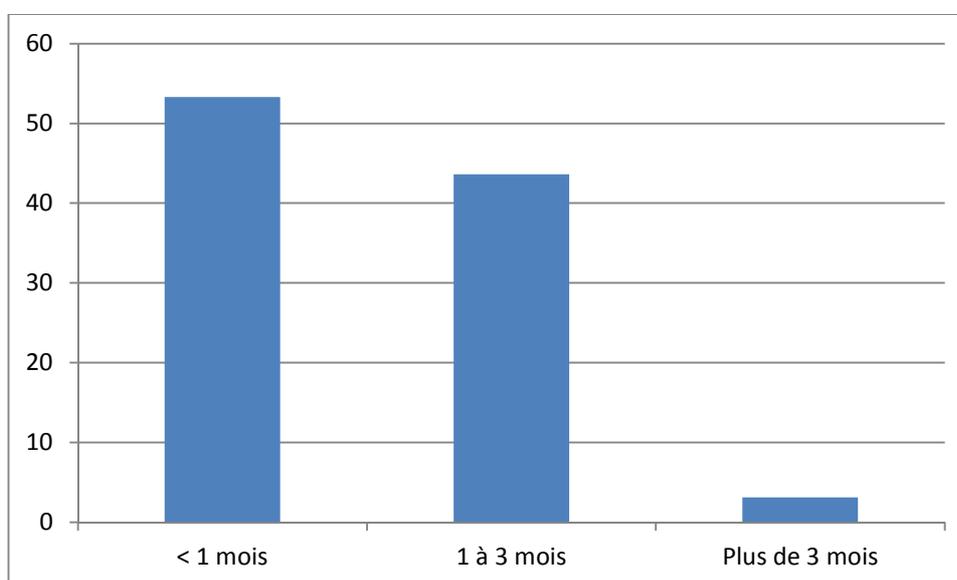
57% des étudiants (n=16) ont estimé recevoir en moyenne entre deux et 5 fois un même bébé au cours de sa première année.

Question 11 : Quand vous êtes amené à revoir un bébé quel est l'intervalle moyen entre les consultations ?

Lorsqu'ils sont amenés à revoir un bébé, 53,3 % de l'ensemble des praticiens interrogés ont mentionné le revoir en moyenne moins d'un mois après la dernière consultation

43,6%(n=72) ont déclaré un délai d'un à 3 mois.

Chez les kinésithérapeutes, le délai moyen se situait entre un et trois mois pour 52,2% d'entre eux (n=12).

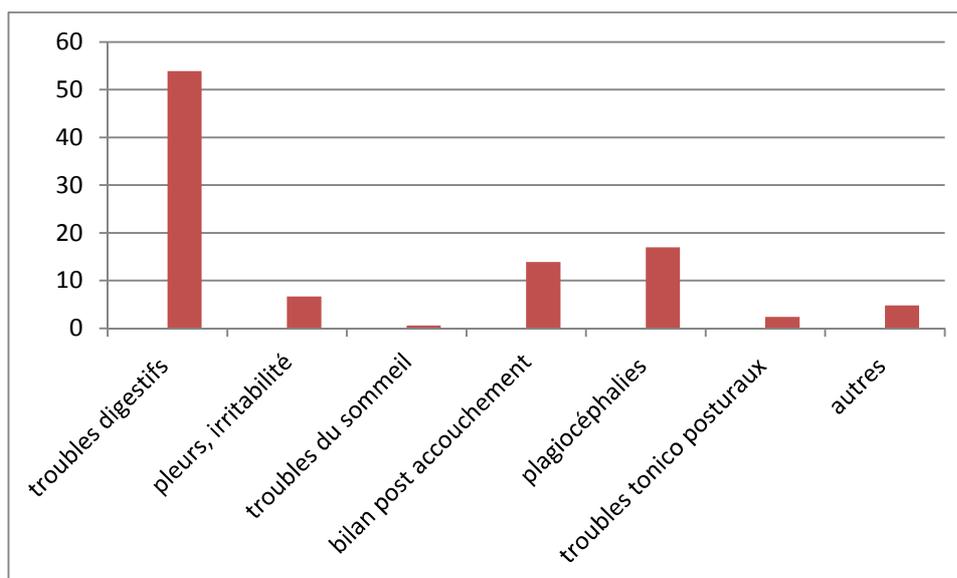


Estimation de l'intervalle moyen entre deux consultations (%) par les 165 ostéopathes interrogés

Question 12 Quel est le principal motif de consultation dans votre patientèle de bébés de 0 à 12 mois ?

Les troubles digestifs ont été cités comme le principal motif de consultation pour 54% de l'ensemble des ostéopathes interrogés.

Les praticiens de la catégorie « autres » ont cité de manière équivalente les bilans post accouchements (n=2 soit 33,3%) et les plagiocéphalies (annexe 6)



Hiérarchisation des motifs de consultations des bébés entre 0 et 1 an par les ostéopathes.

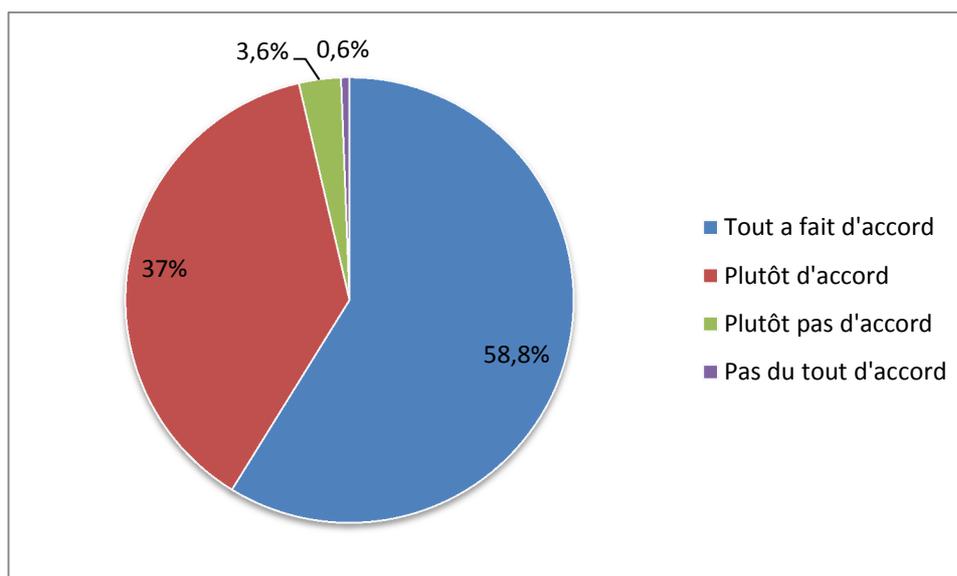
Dans la rubrique « autres » comprenant 9 commentaires, 7 praticiens ont estimé rencontrer les différents motifs à la même fréquence.

Deux praticiens ont établi un classement par ordre de fréquence : troubles digestifs, troubles du sommeil, bilan post accouchement, plagiocéphalies.

III. Caractéristiques des représentations de la souffrance psychique du bébé chez les ostéopathes : (questions 13 à 19)

Question 13 : Pensez-vous que des symptômes physiques chez le bébé puissent dans certains cas être en lien avec des difficultés psychiques?

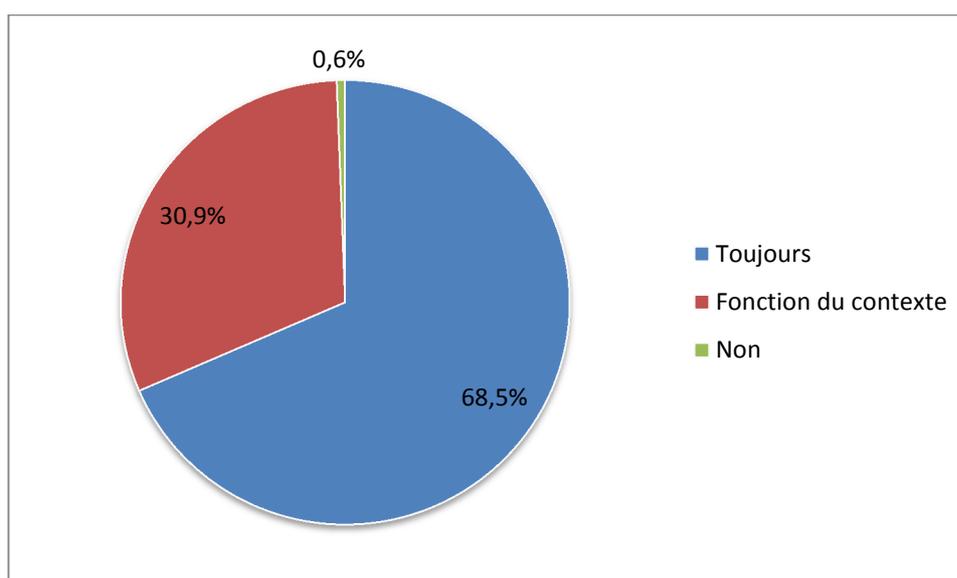
95,8% des ostéopathes interrogés ont estimé que des symptômes physiques présents chez un bébé pouvaient être en lien avec des difficultés psychiques.



Estimation de l'association entre symptômes physiques et symptômes physiques chez le bébé selon les ostéopathes

Question 14 – Prenez-vous en compte la dimension psychologique lors de vos consultations avec ces parents et leurs bébés ?

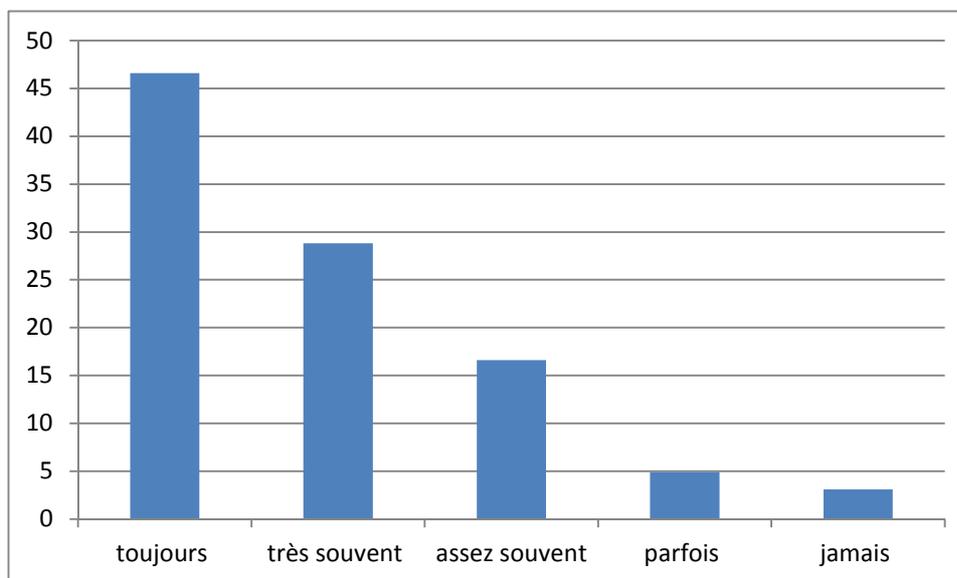
99,4% des praticiens interrogés prennent en compte l'évaluation de la dimension psychologique éventuelle des symptômes pour lesquels ils sont consultés dont 68,5% qui le font systématiquement.



Prise en compte de la dimension psychologique au sein des consultations d'ostéopathie chez le bébé par les ostéopathes

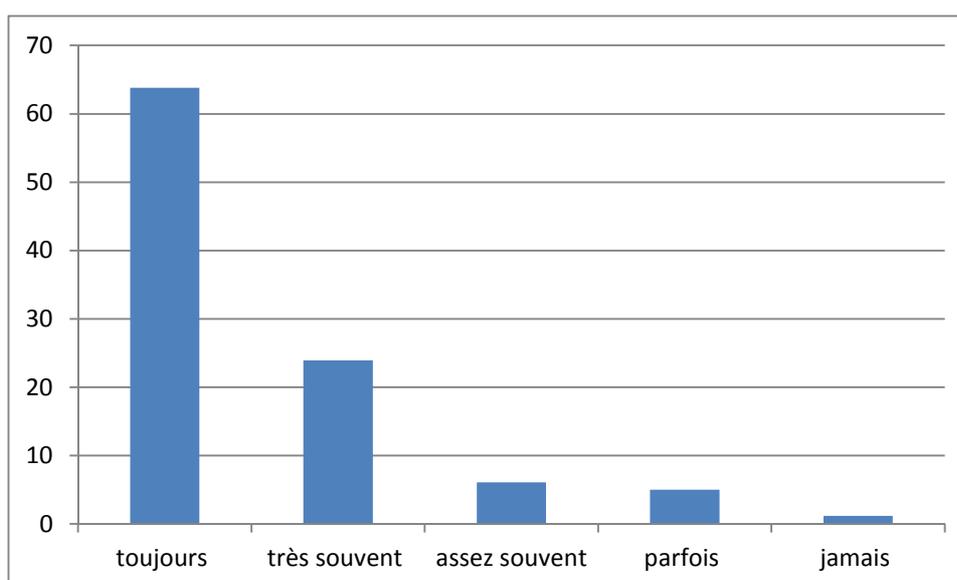
Question 15 : Exploration de la dimension psychologique d'un trouble en consultation

- Pour explorer cette dimension psychologique des symptômes, 76% de l'ensemble des praticiens s'appuient toujours ou très souvent sur une anamnèse détaillée



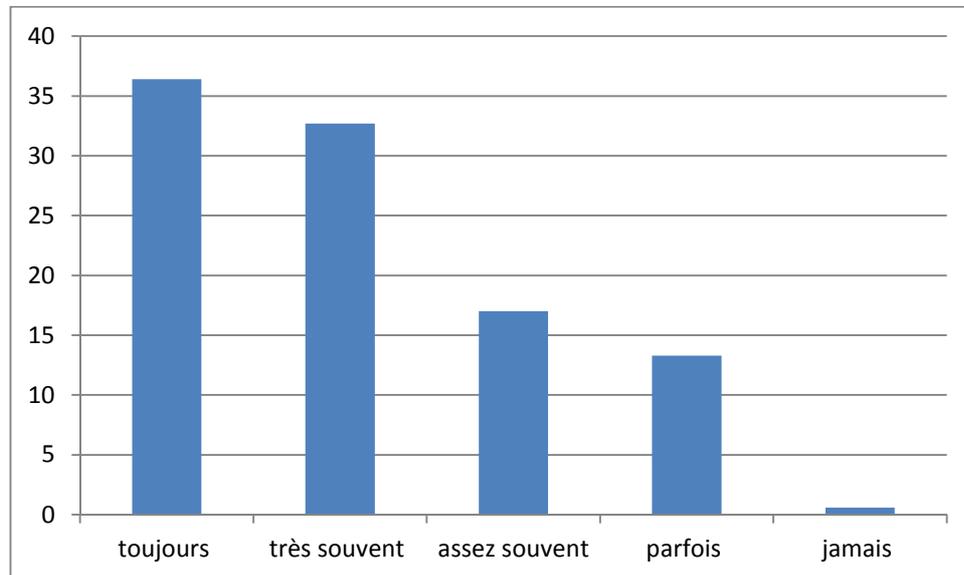
a) Place de l'anamnèse détaillée dans l'évaluation de la dimension psychologique d'un trouble par les ostéopathes

- Pour explorer cette dimension psychologique, 88% observent toujours ou très souvent les interactions mère-enfant.



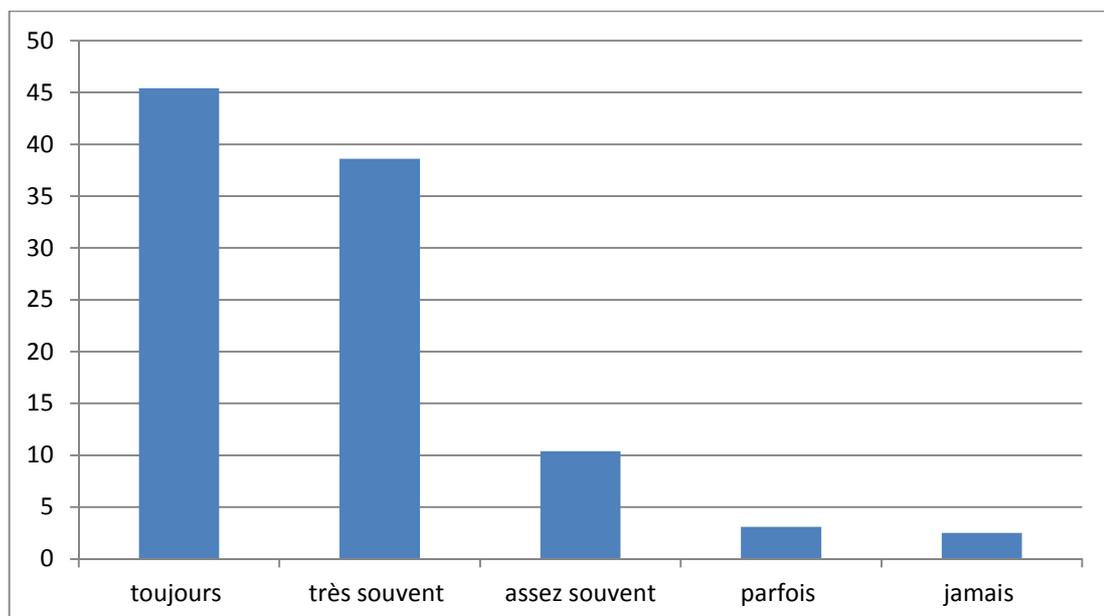
b) Place de l'observation des interactions mère –bébé dans l'évaluation de la dimension psychologique d'un trouble par les ostéopathes

- Pour explorer cette dimension psychologique, 69% posent des questions systématiquement ou très souvent à la mère sur son état psychique actuel.

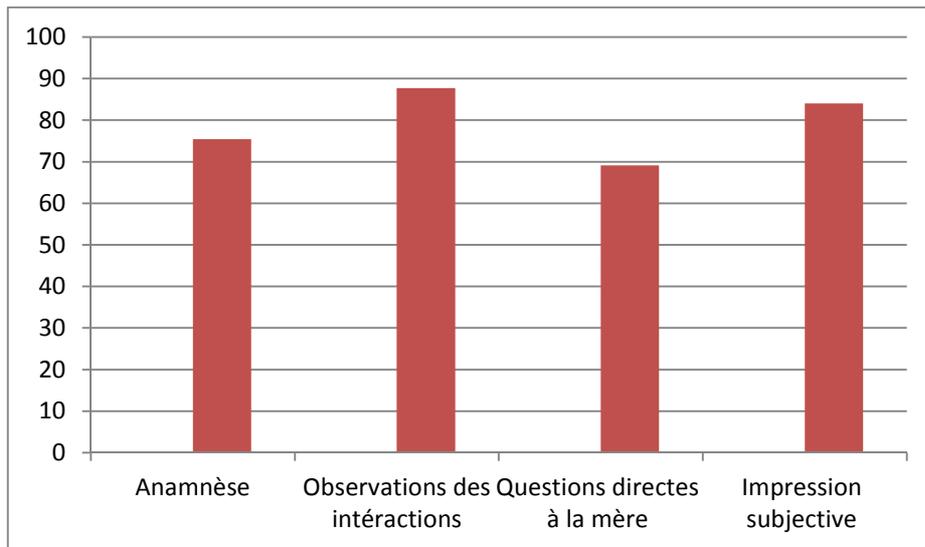


c) Place des questions directes posées à la mère sur son état psychique actuel dans l'évaluation de la dimension psychologique d'un trouble par les ostéopathes

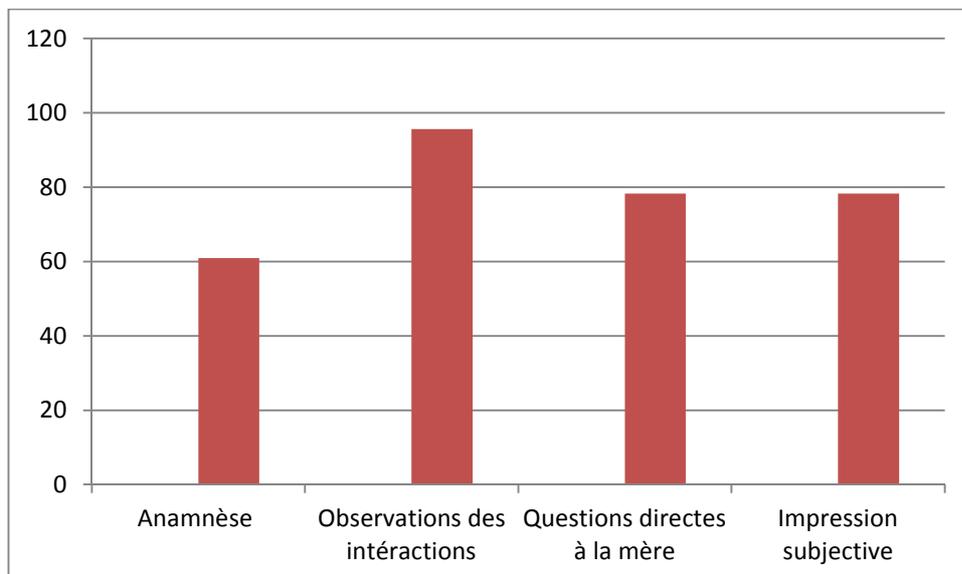
- Pour explorer cette dimension psychologique, 84% se fient toujours ou très souvent à leur impression subjective globale



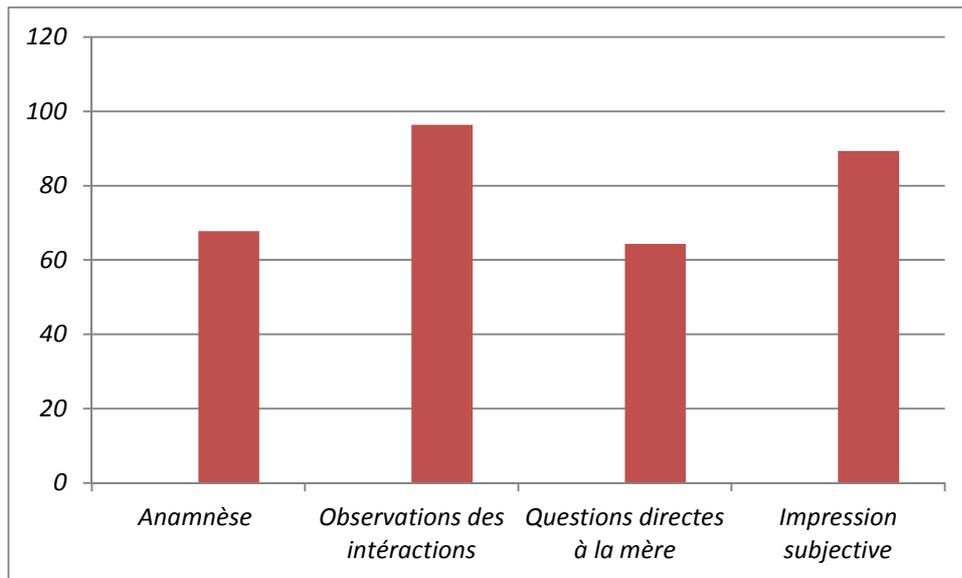
d) Place de l'impression subjective globale dans l'évaluation de la dimension psychologique d'un trouble par les ostéopathes



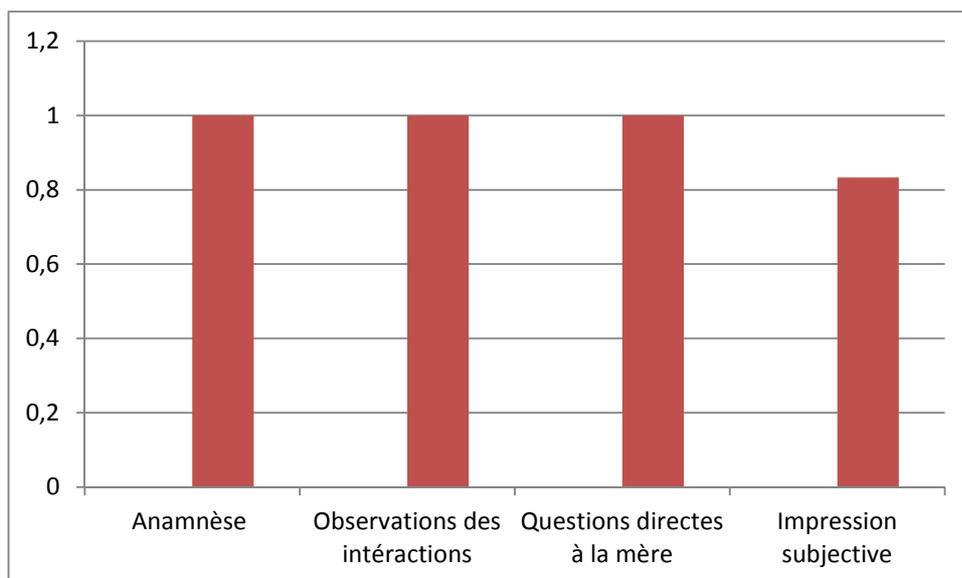
Chez les ostéopathes exclusifs



Chez les kinésithérapeutes



Chez les étudiants



Chez les praticiens « autres »

Hiérarchisation entre les différents items toujours ou très souvent en fonction selon le sous-groupe d'appartenance

Question 16 : Dans les situations où la dimension psychique semble en jeu, repérez-vous à l'examen un certain type de dysfonctions plus spécifiques?

55,2 % des ostéopathes repèrent lors de l'examen clinique des dysfonctions ostéopathiques plus spécifiques chez les bébés dont les symptômes leur semblent d'allure psychosomatique.

44,8% d'entre eux n'associent pas les symptômes à composante psychosomatique à un certain type de dysfonction.

Seuls les étudiants (n=16 soit 57,1% d'entre eux) sont plus nombreux à ne pas repérer de dysfonctions spécifiques.

- Si oui lesquelles?

Les 91 ostéopathes qui ont repéré à l'examen physique du bébé des signes spécifiques ont posté un commentaire à cette question libre mais 16 d'entre eux n'étaient pas exploitables mentionnant que cela dépendait de l'enfant.

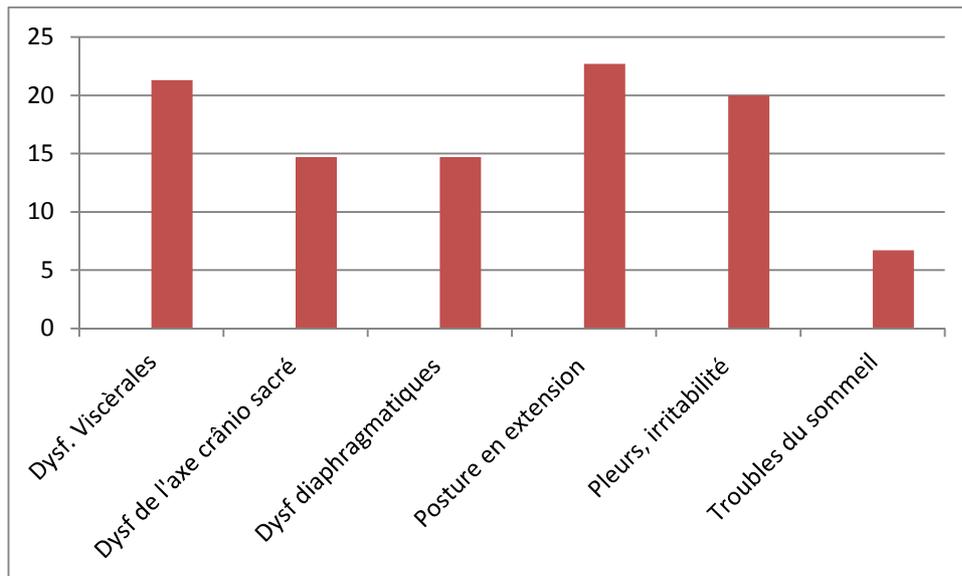
Tous les praticiens n'ont pas répondu en termes de dysfonctions ostéopathiques, certains ont répondu en termes de symptômes fonctionnels résultants (par exemple pleurs ou troubles du sommeil) mais voyant la récurrence de ces réponses, j'ai jugé intéressant de les prendre en compte.

Les troubles de la régulation tonique (n= 17) avec des termes comme « hypertonie », « hyper extension », « hypertonicité axiale », « poings serrés » « hypertonie d'extension » « bébé qui a du mal à se détendre », « bébé en fermeture » « bébé qui a du mal à se laisser manipuler » représentaient 22,7% des commentaires laissés suivies par les dysfonctions viscérales (n=16 soit 21,3%).

Venaient ensuite les pleurs et l'irritabilité pour 20% d'entre eux (n=15)

Les dysfonctions de l'axe crâniosacré (n=11 soit 14,7%) et les dysfonctions diaphragmatiques étaient autant repérées.

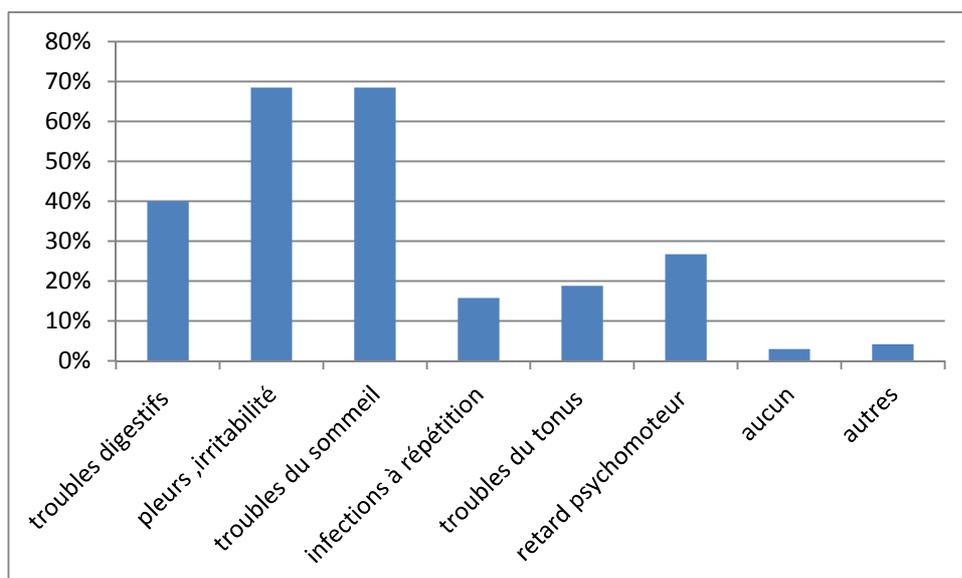
Les troubles du sommeil ont été cités par une minorité (5 personnes).



Spécificités de l'examen clinique repérées par les ostéopathes (en %) examinant un bébé qu'ils leur semblent éprouver une souffrance psychique (à partir de 75 commentaires)

Question 17 : Dans votre pratique, parmi les signes suivants, quels sont ceux que vous associez le plus souvent à des difficultés psychologiques ?

Les pleurs et l'irritabilité et les troubles du sommeil ont été les signes le plus souvent associés à une souffrance psychique du bébé pour 68,5% des ostéopathes interrogés suivis par les troubles digestifs (n=66 soit 40%). Ces deux types de manifestations ont été cités majoritairement par tous les groupes.



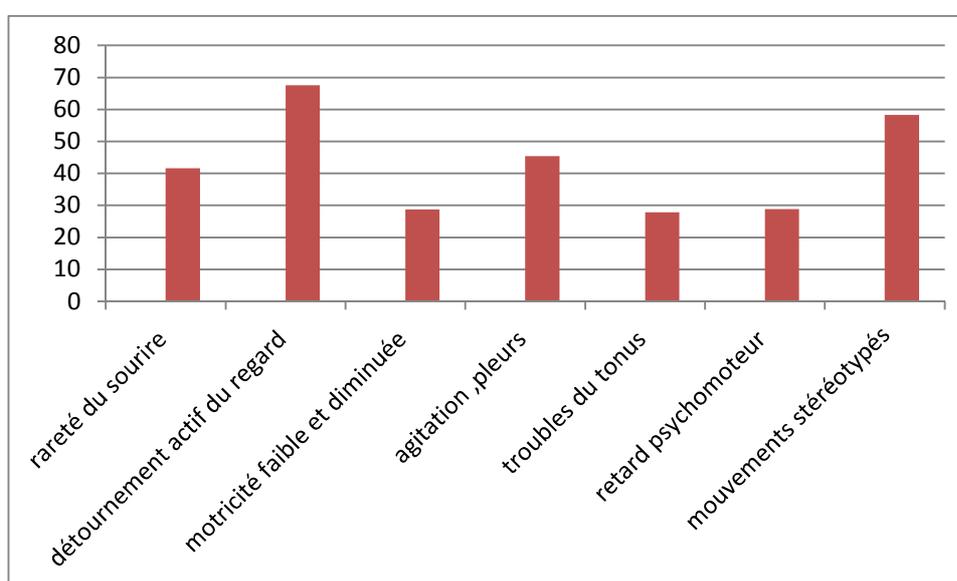
Hierarchisation des symptômes observés en pratique et associés à une souffrance psychique du bébé par les ostéopathes

Les ostéopathes ayant posté un commentaire dans la rubrique « autres » à cette question, ont estimé que tous ces signes pouvaient se rencontrer chez un bébé en souffrance psychique. Ils n'ont pas remarqué une prépondérance de l'un par rapport aux autres. Certains ont mentionné la variabilité interindividuelle avec des termes comme « c'est selon le bébé » « c'est au cas par cas ».

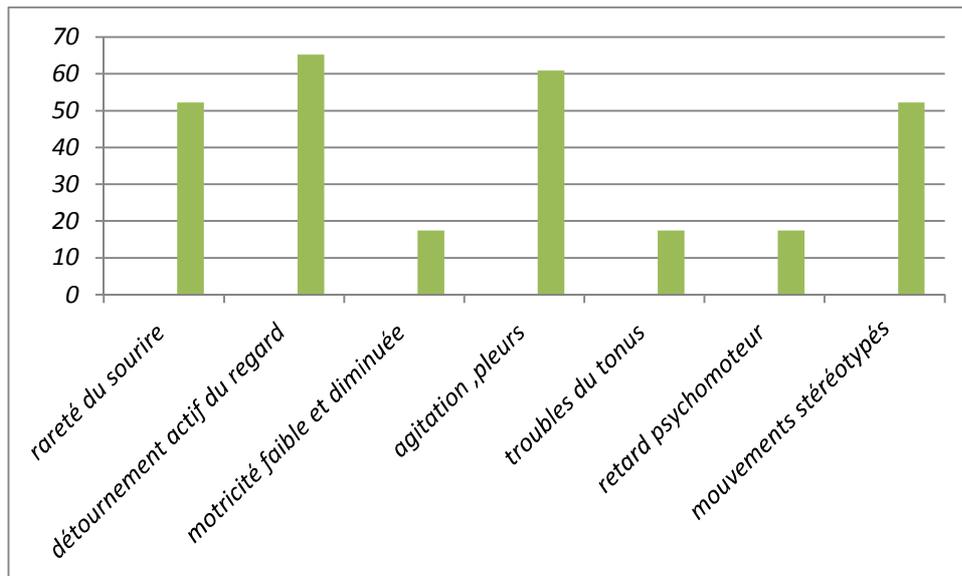
Question 18 : Quelles sont les trois présentations de bébés que vous trouveriez particulièrement inquiétantes en consultation et vous ferez peut-être évoquer une souffrance psychique du bébé?

Les 3 présentations cliniques qui sont repérées comme les plus inquiétantes par les ostéopathes sont :

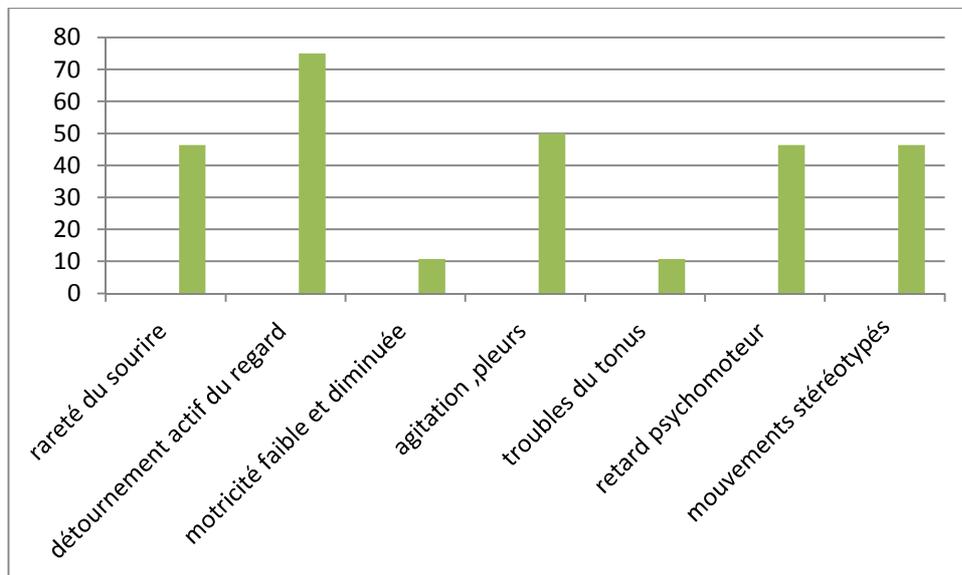
- Un bébé qui détourne le regard lors des échanges, avec qui il est difficile d'entrer en interaction (69,7%).
- Un bébé qui présente des mouvements stéréotypés (55,8%).
- Un bébé qui paraît agité, irritable, qui pleure beaucoup (47,9%).



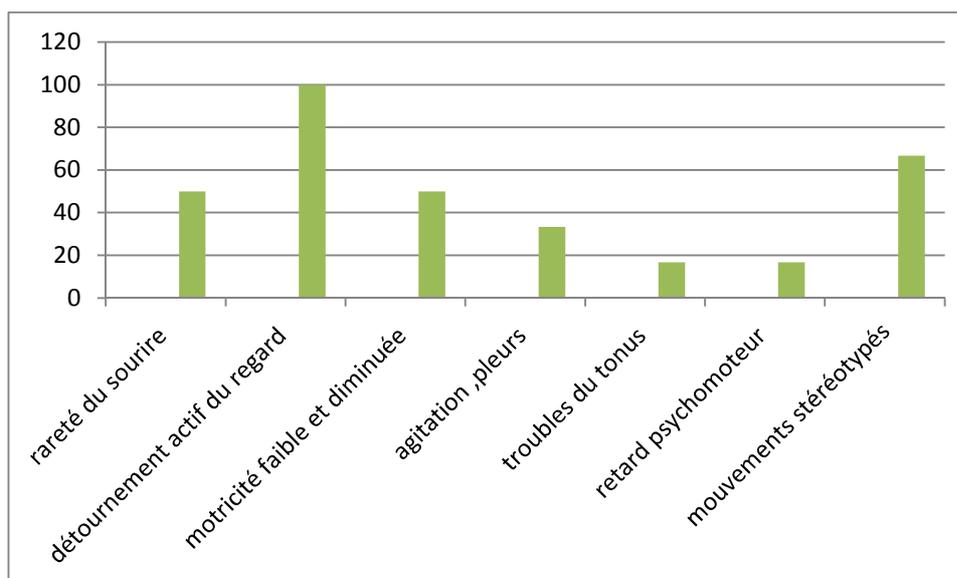
Chez les ostéopathes exclusifs



Chez les kinésithérapeutes



Chez les étudiants



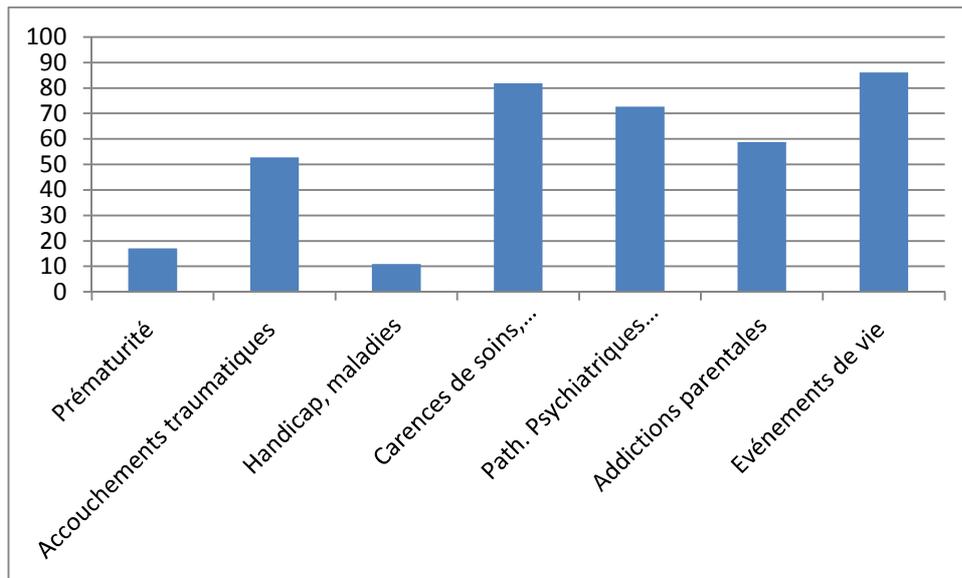
Dans la catégorie « autres »

Hiérarchisation des présentations cliniques évocatrices d'une souffrance psychique du bébé selon le sous groupe d'appartenance

Question 19 : Parmi ces situations, lesquelles associeriez- vous le plus à des facteurs de risque de souffrance psychique du bébé?

Les évènements de vie à impact négatifs de la période périnatale (86,1%), les carences de soins et la maltraitance (81,8%), les pathologies psychiatriques parentales (72,7%) sont les facteurs qui sont considérés par les ostéopathes comme étant le plus à risque d'entraîner une souffrance psychique chez le bébé.

Ces facteurs sont repérés comme tels dans tous les sous-groupes. A noter que les accouchements traumatiques arrivent au même niveau que les pathologies psychiatriques parentales dans la hiérarchisation établie par les kinésithérapeutes (n=12 soit pour 52,2% d'entre eux) et les praticiens de la catégorie « autres » (n=4 soit pour 66,6% d'entre eux).



Hiérarchisation des situations les plus à risque d'engendrer une souffrance psychique du bébé par les ostéopathes (n=165)

IV. Caractéristiques des représentations de la dépression post natale chez les ostéopathes (questions 20 à 24)

Question 20 : Avez- vous au cours de votre formation abordé la question de la dépression post-natale?

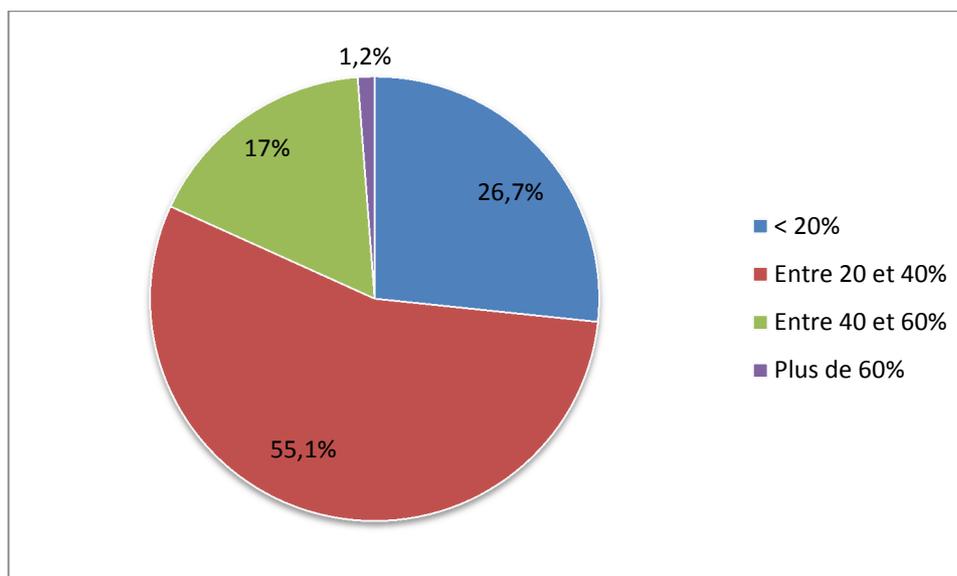
77,6% des ostéopathes ont mentionné avoir abordé la dépression post natale au cours de leur formation.

78,3% des ostéopathes exclusifs (n= 82) et 82,1% des étudiants (n=23) ont mentionné l'avoir abordé durant leur formation, 64,3% des kinésithérapeutes (n=18).

5 praticiens de la catégorie « autres » sur 6 ont déclaré l'avoir abordé.

Question 21 : Selon vous quelle est sa fréquence?

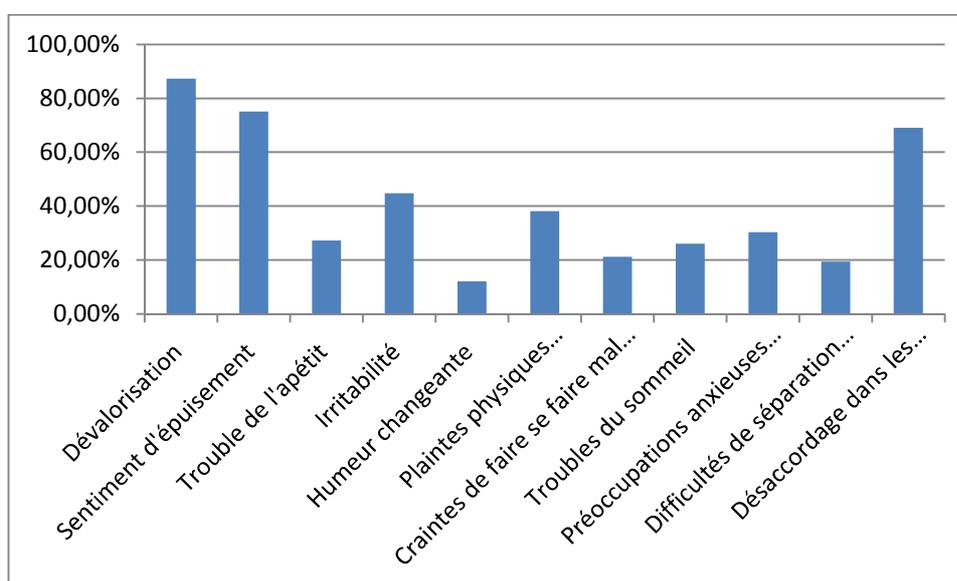
« Entre 20 et 40% » est la fréquence de la dépression postnatale estimée par 55,1% des ostéopathes interrogés. C'est la fréquence majoritairement estimée dans tous les sous-groupes.



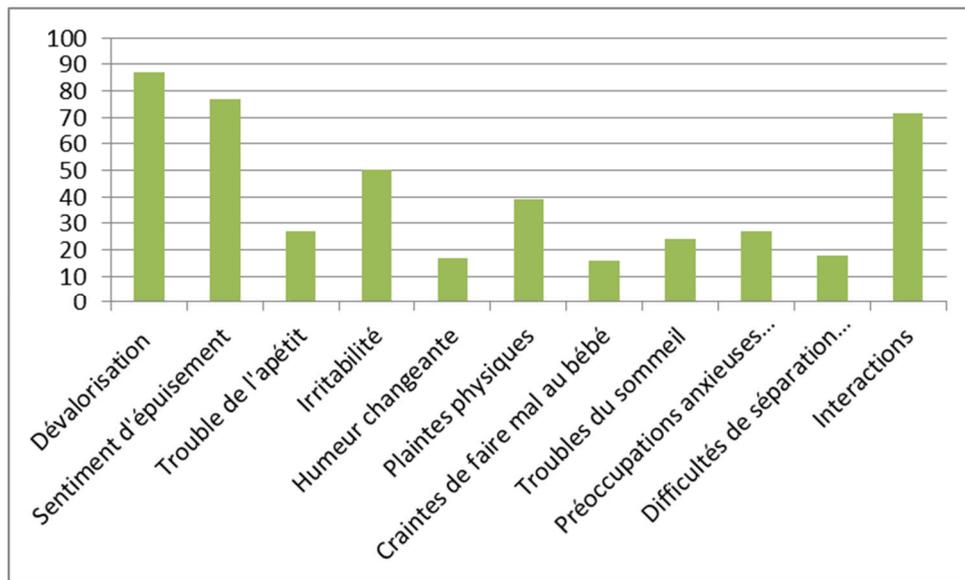
Estimation de la prévalence de la dépression post natale selon les ostéopathes (n=165)

Question 22 : Parmi les signes suivants, quels sont ceux qui au cours d'une consultation vous évoqueraient le plus la dépression post natale?

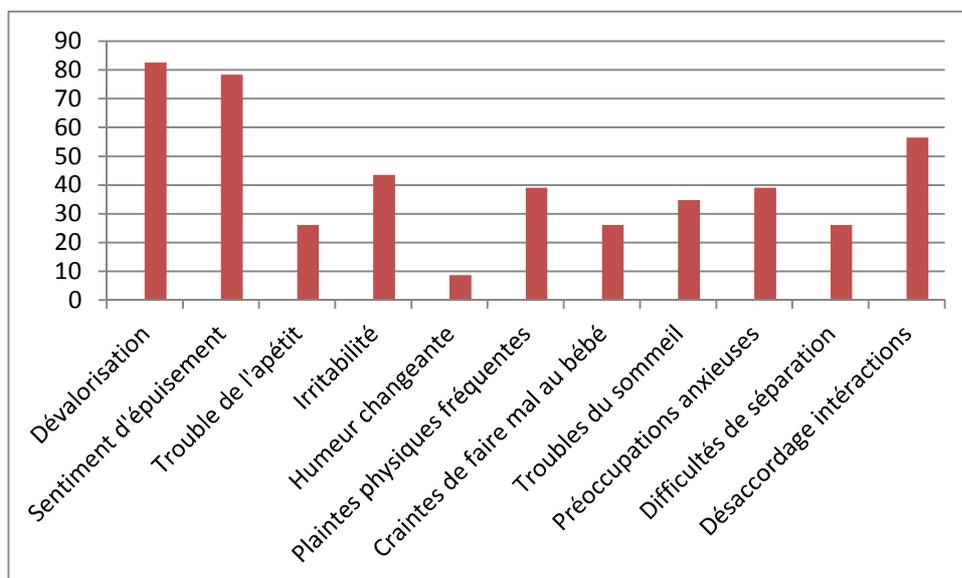
Pour les ostéopathes interrogés, la dévalorisation et l'impression de ne pas être à la hauteur pour s'occuper du bébé (87,3%), le sentiment d'épuisement (75,1%) et des interactions mères bébé qui paraissent désaccordées (69,1%) sont les signes cliniques qui leur feraient le plus évoquer une dépression post natale chez une maman.



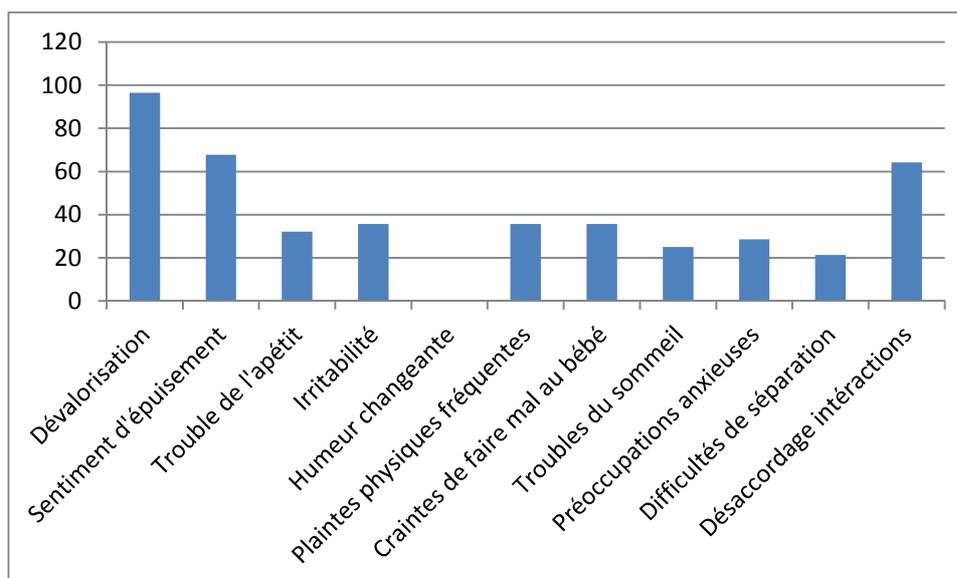
Hiérarchisation des signes évocateurs de dépression post-natale pour l'ensemble des praticiens interrogés



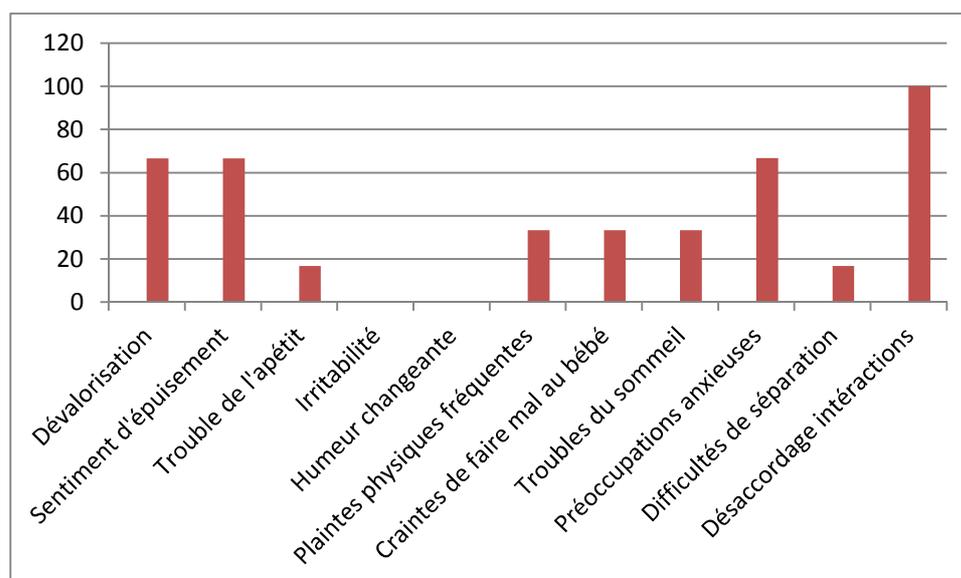
Chez les ostéopathes exclusifs



Chez les kinésithérapeutes



Chez les étudiants



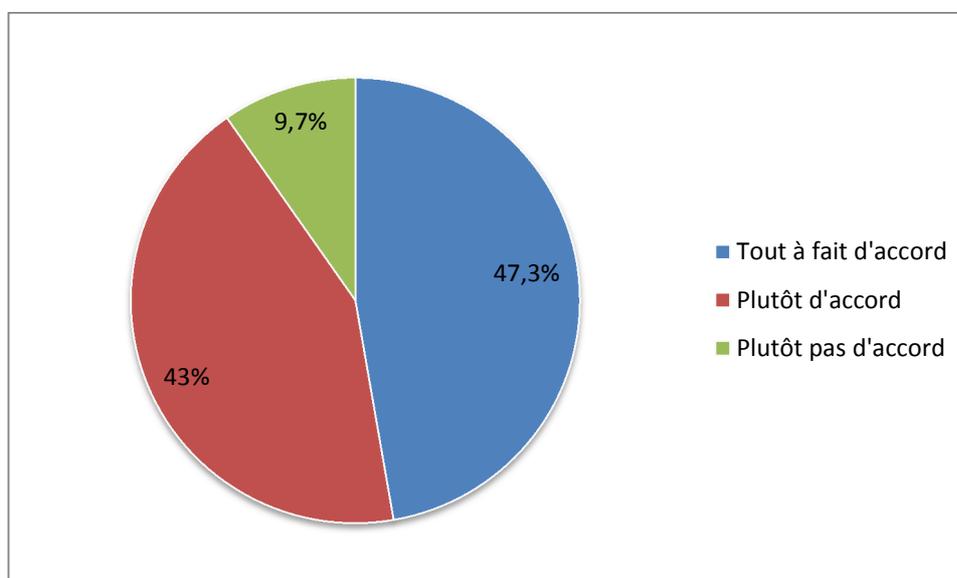
Dans la catégorie « autres »

Hiérarchisation des différents signes cliniques évocateurs d'une dépression post-natale en fonction du sous-groupe d'appartenance

Question 23 : Pensez-vous qu'une dépression post-natale chez une mère puisse entraîner des signes physiques chez son bébé?

90,3% des ostéopathes interrogés pensent que des signes physiques présentés par un bébé peuvent être en lien avec une dépression post natale maternelle.

Les praticiens « tout à fait d'accord » sont les plus nombreux au niveau de tous les sous-groupes sauf chez les kinésithérapeutes. Dans ce groupe on observe une plus grande proportion de « plutôt d'accord » (n = 10 soit 43,5%).

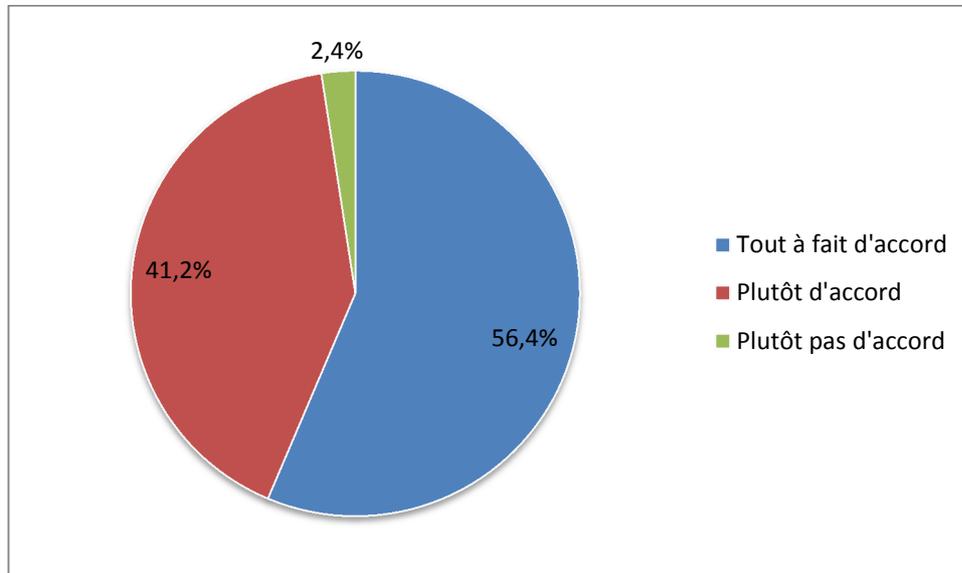


Estimation des liens potentiels entre troubles somatiques chez le bébé et dépression post-natale maternelle par les ostéopathes

- **Question 24 : Pensez-vous qu'une dépression post-natale chez une mère puisse entraîner une souffrance psychique chez son bébé?**

97,6% pensent que souffrance psychique chez la mère et souffrance psychique du bébé sont en liens et considèrent que des signes de souffrance psychique chez le bébé peuvent se retrouver si la mère présente une dépression post natale.

Les praticiens « tout à fait d'accord » sont les plus nombreux dans tous les sous-groupes sauf chez les kinésithérapeutes où il y a davantage de « plutôt d'accord » (n=12 soit 52,2%).

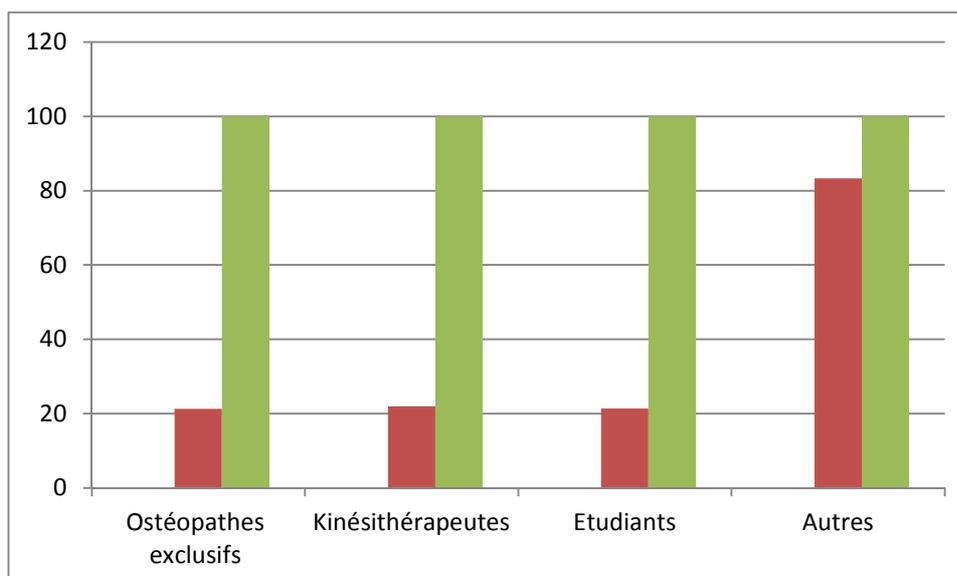


Avis des ostéopathes sur les liens potentiels entre dépression post natale maternelle et souffrance psychique du bébé

V. Connaissances du réseau de soins psychiques en périnatalité (questions 25 à 31)

Question 25 : Avez-vous déjà entendu parler de l'organisation en réseau des soins psychiques en périnatalité ?

76,4% des ostéopathes n'ont jamais entendu parler de l'organisation en réseau des soins psychiques en périnatalité.

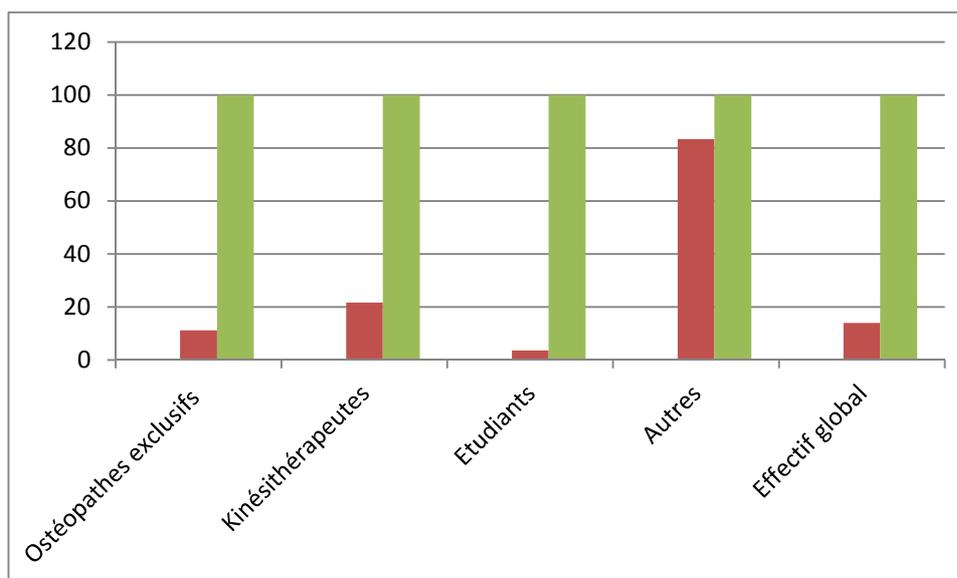


Proportion de praticiens ayant entendu parler de l'existence des réseaux de soins psychiques en périnatalité par rapport à l'effectif total de chaque sous-groupe

Le pourcentage de praticiens connaissant l'existence des réseaux de soins psychiques en périnatalité est compris entre 21 et 22% dans tous les sous-groupes sauf chez les praticiens de la catégorie « autres » où il est de 83,3%.

Question 26 : Savez-vous comment interpeller les professionnels des réseaux de soins psychiques en périnatalité?

86,1% des ostéopathes interrogés ignorent comment entrer en relation avec ce réseau de soins psychiques si besoin.



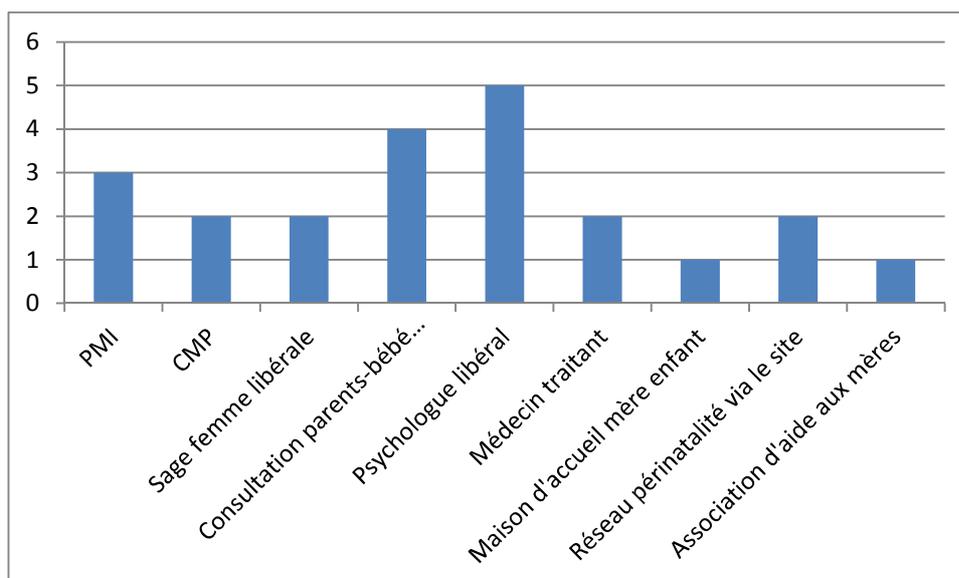
Proportion de praticiens sachant interpeller les professionnels de soins psychiques en périnatalité en fonction de l'effectif total de chaque sous-groupe d'appartenance

Si oui comment faites-vous?

Le diagramme ci-dessous résume les réponses des 22 commentaires libres concernant la manière dont les ostéopathes qui connaissent le réseau de soins psychique en périnatalité interpellent celui-ci.

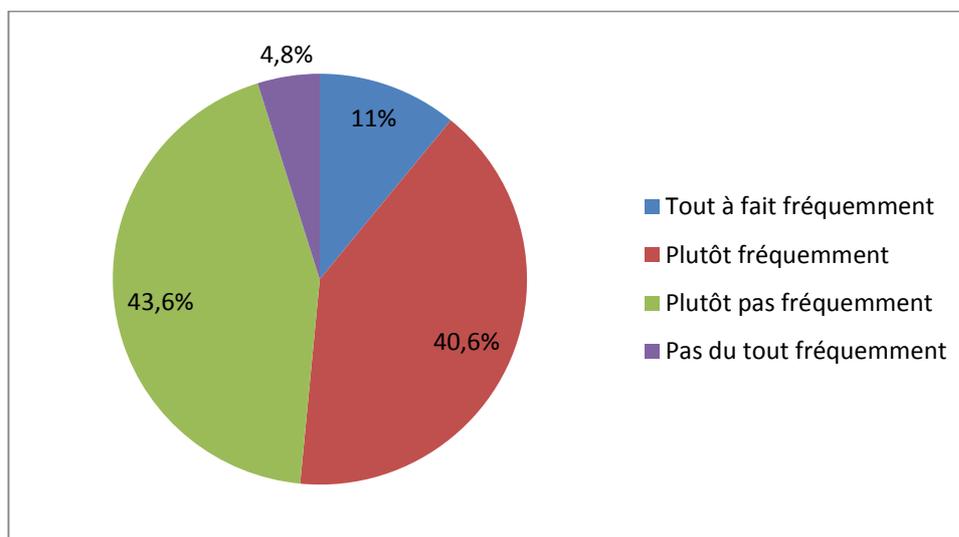
Un commentaire n'était pas exploitable évoquant l'envoi d'un courrier ou de coup de téléphone sans précision.

C'est surtout par le biais du pôle consultation périnatalité (4 observations) des services hospitaliers et des psychologues libéraux orientées vers la périnatalité (5 observations) que les ostéopathes entrent en contact avec le réseau de soins psychiques. Le 3^{ème} moyen évoqué est la PMI (3 observations).



Hiérarchisations des modes d'interpellation du réseau de soins psychiques en périnatalité par les ostéopathes en fonction du nombre de commentaires

Question 27 : Au cours d'une consultation d'une maman avec son bébé, il vous arrive d'être confronté(e) à une situation où la dimension psychique semble en jeu:



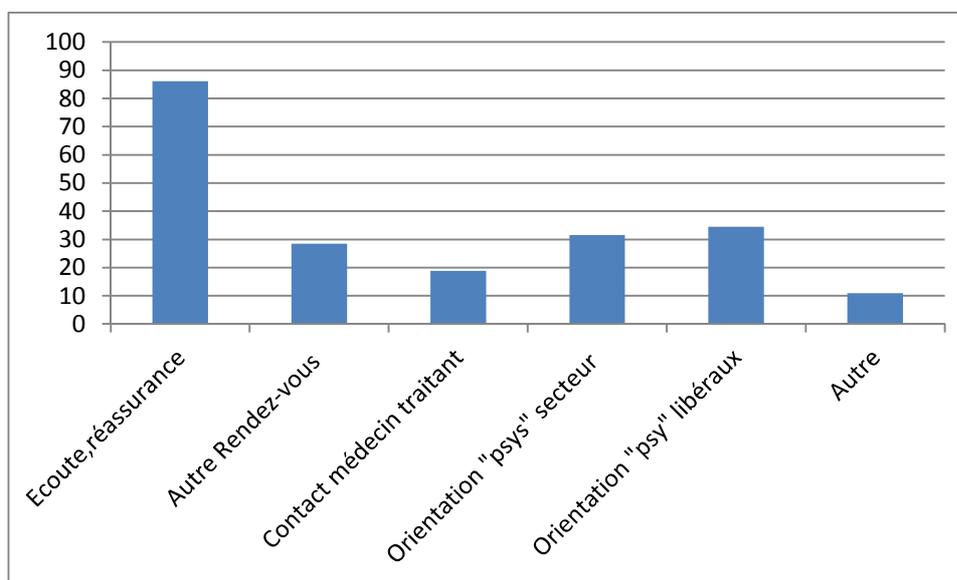
Estimation de la fréquence de situations cliniques où la dimension psychologique semble en jeu dans la pratique quotidienne des ostéopathes

51,6% des praticiens ont mentionné être très ou plutôt fréquemment confrontés à ce genre de situation.

Les praticiens mentionnant très ou plutôt fréquemment étaient les plus nombreux dans tous les sous-groupes d'appartenance (cf annexe 21)

Aucun praticien n'a mentionné de jamais y être confronté.

Question 28 : Que faites-vous généralement dans ces cas ?



Hierarchisation des différents types de conduites tenues par les ostéopathes face à une situation où la dimension psychologique des troubles semble en jeu

L'écoute et la réassurance est la conduite à tenir la plus généralement mise en œuvre dans ce genre de situation pour 86,1% des ostéopathes interrogés suivie par l'interpellation des professionnels « psys » libéraux (34,5%) et de secteur (31,5%).

Au niveau des sous-groupes, on retrouve aussi ces deux principales lignes de conduite.

30,4 % (n=7) des kinésithérapeutes et 50 %(n=3) » des praticiens « autres » contactent les psychiatres et psychologues de secteur.

36%(n= 39) des ostéopathes exclusifs et 39,3%(n=11) des étudiants contactent les psychiatres et psychologues libéraux.

Dans la rubrique autres la PMI a été citée 3 fois, les sages-femmes libérales les sophrologues ont été cités 2 fois, 4 praticiens ont proposé de continuer d'accompagner la dyade en complémentarité de la prise en charge « psy ».

VI. ANALYSE STATISTIQUE PORTANT SUR LA CONNAISSANCE DU RESEAU DE SOINS PSYCHIQUES EN PERINATALITE : (tableau 2)

Nous avons cherché à identifier les variables associées à la connaissance du réseau de soins psychiques en périnatalité (réponse positive aux questions 25 et 26) grâce au test du Khi 2 ou test exact de Fisher pour les effectifs inférieurs à 5.

Nous avons ainsi testé les variables : âge, sexe, spécialité, proportion moyenne de bébés constituant la patientèle, orientation vers les psychiatres ou psychologues du secteur, orientation vers les psychiatres ou psychologues libéraux (question 28 : Que faites-vous généralement dans ce cas ?).

Au total, 18 praticiens ont répondu Oui aux questions 25 et 26 soit 10,9% de l'échantillon global. Ces praticiens ont été définis comme « connaissant le réseau de soins psychiques en périnatalité ».

Nous avons mis en évidence une association statistiquement significative entre la connaissance du réseau de soins psychiques en périnatalité, l'âge des ostéopathes, la spécialité initiale et le pourcentage de bébés constituant la patientèle.

Parmi les tranches d'âge représentées dans notre échantillon, les 35-50 ans ont été associés de manière statistiquement significative à une meilleure connaissance du réseau de soins psychiques en périnatalité (33,3% avec $p=0,0007$).

Plus le pourcentage de bébés constituant la patientèle était important, plus les ostéopathes étaient nombreux à connaître le réseau de soins psychiques en périnatalité (42,9% lorsque les bébés représentent plus de 50% de la patientèle versus 2,6% lorsqu'ils représentent moins de 5% avec $p= 0,003$).

Le pourcentage de praticiens connaissant le réseau de soins psychique en périnatalité était significativement plus important chez les professionnels de santé

ostéopathes que chez les ostéopathes exclusifs (83,3% dans la catégorie « autres », 17,4% chez les kinésithérapeutes versus 8,3% chez les ostéopathes exclusifs et 0% chez les étudiants avec $p=0,0001$).

Nous avons également observé deux tendances significatives. Nous avons en effet observé qu'orienter vers les psychiatres et psychologues de secteur était associé à une meilleure connaissance du réseau de soins psychiques en périnatalité avec $p= 0,07$ (17,3% versus 8%).

Nous avons aussi observé qu'orienter vers les psychiatres et psychologues libéraux était associé à une meilleure connaissance du réseau de soins psychiques en périnatalité avec $p = 0,14$ (15,8% versus 8,3%).

Aucune relation statistiquement significative n'a été mise en évidence entre la connaissance du réseau de soins psychiques en périnatalité et le sexe ($p=0,41$).

L'ensemble des résultats se trouve résumé dans le tableau ci-dessous, en gras apparaissent les résultats statistiquement significatifs avec $p<0,05$.

		Effectif	Connaissance du réseau de soins psychiques en périnatalité n=18	Non connaissance du réseau de soins psychiques en périnatalité n = 147	Significativité du test
Age	Entre 18 et 25 ans	16	0	16 (100%)	p= 0,0007
	Entre 25 et 35 ans	112	7 (6,3%)	105 (93,7%)	
	Entre 35 et 50 ans	18	6 (33,3%)	12 (66,7%)	
	Plus de 50 ans	19	5 (26,3%)	14 (73,7%)	
Sexe	Homme	59	8 (13,6%)	51 (86,4%)	p=0,41
	Femme	106	10 (9,4%)	96 (90,6%)	
Spécialité	Ostéopathes exclusifs	108	9 (8,3%)	99 (91,7%)	p=0,0001
	Kinesithérapeutes	23	4 (17,4%)	19 (82,6%)	
	Catégorie "autres"	6	5 (83,3%)	1 (16,7%)	
	Etudiants	28	0 (0%)	28 (100%)	
% des 0 - 12mois de la patientèle	Moins de 5%	39	1 (2,6%)	38 (97,4%)	p=0,003
	Entre 5 et 20%	96	8 (8,60%)	85 (91,4%)	
	Entre 20 et 50 %	26	6 (23,1%)	20 (76,9%)	
	Plus de 50%	7	3 (42,9%)	4 (57,1%)	
	Orientent vers un psychiatre ou psychologue du secteur	52	9 (17,3%)	43 (82,7%)	p=0,07
	N'orientent pas vers un psychiatre ou psychologue de secteur	113	9 (8%)	104 (92%)	
	Orientent vers un psychiatre ou psychologue libéral	57	9 (15,8%)	48 (84,2%)	p=0,14
	N'orientent pas vers un psychiatre ou psychologue libéral	108	9 (8,3%)	99 (91,7%)	

Tableau 2 : Connaissance du réseau de soins psychiques en périnatalité des ostéopathes selon l'âge, le sexe, la spécialité, le pourcentage de bébés constituant la patientèle et l'orientation vers les professionnels du champ psy de manière générale.

Question 29 : Souhaiteriez-vous collaborer davantage avec les différents partenaires des réseaux de périnatalité de votre secteur (médecins gynécologues, sage femmes, médecins psychiatres, ...) ?

97% des ostéopathes interrogés, 100% des étudiants souhaiteraient collaborer davantage avec les différents professionnels des réseaux de périnatalité.

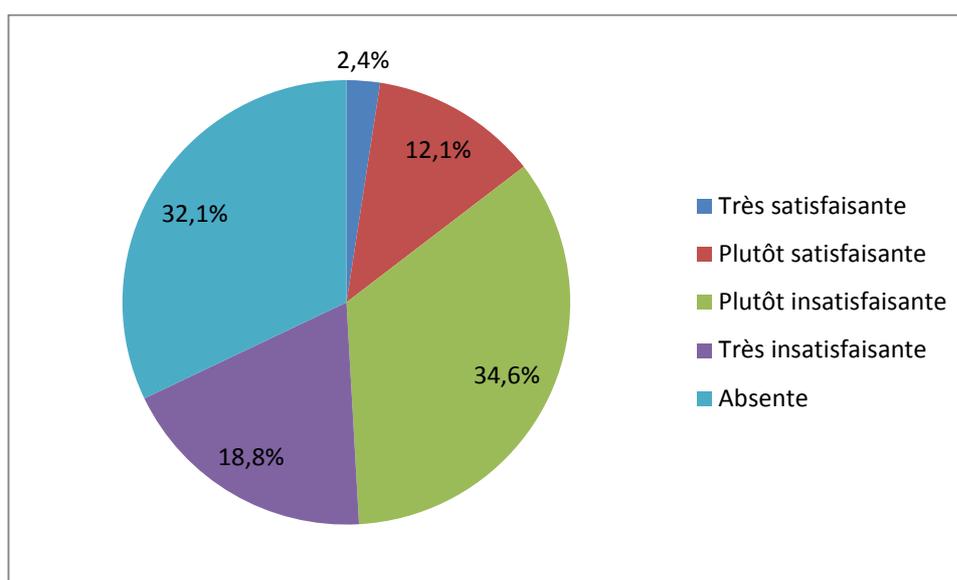
Ce souhait de communiquer davantage a été observé dans tous les sous-groupes.

Question 30 : Comment jugez-vous la collaboration entre les professionnels de soins psychiques en périnatalité et les ostéopathes ?

Parmi les ostéopathes interrogés 53,4% ont jugé la collaboration insatisfaisante 32,1% l'estiment absente.

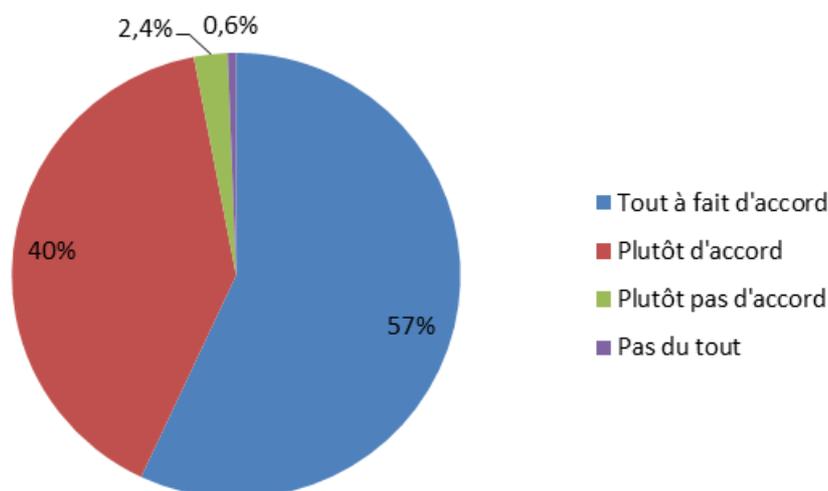
Cette insatisfaction majoritaire se retrouve chez les ostéopathes exclusifs kinésithérapeutes, les étudiants.

Dans la catégorie « autres », les avis sont partagés puisque 50% ont mentionné être satisfaits et 50% ne pas l'être.



Estimation du Degré de satisfaction des ostéopathes concernant la collaboration ostéopathes/réseau de soins psychiques en périnatalité

Question 31 : Pensez-vous que l'ostéopathe a son rôle à jouer dans le repérage de la souffrance psychique des dyades mamans-bébés ?



Estimation par les ostéopathes de leur rôle à jouer dans le repérage de la souffrance psychique en périnatalité (n=165)

97% des ostéopathes interrogés considèrent avoir leur rôle à jouer dans le repérage de la souffrance psychique du bébé.

Seuls 3 ostéopathes exclusifs, 1 kinésithérapeute et 1 étudiant estiment ne pas avoir ce rôle.

Question 32 : Souhaiteriez-vous des informations complémentaires sur la souffrance psychique du bébé et la dépression post-natale?

96,4% des ostéopathes souhaiteraient recevoir des informations complémentaires sur la souffrance psychique du bébé, la dépression post natale.

Question 33 : Souhaiteriez-vous des informations complémentaires sur les réseaux de soins en périnatalité?

97,6 % des praticiens interrogés souhaiteraient recevoir des informations complémentaires sur les réseaux de soins psychiques en périnatalité.

Question 34 : Si oui sous quelle forme?

67,9% des praticiens interrogés pensent que la soirée d'information serait le moyen privilégié de compléter ses connaissances concernant le réseau en périnatalité, la souffrance psychique du bébé et la dépression post natale.

67,9% des étudiants aimeraient que ces informations soient délivrées au cours de la formation initiale.

DISCUSSION

I. Discussion des résultats de l'étude :

A. Résultats principaux

Les résultats des questionnaires de 165 ostéopathes interrogés ont permis de répondre aux deux objectifs posés.

1. Concernant les représentations de la souffrance psychique en périnatalité :

Les bébés représentent entre 5 et 20 % de la patientèle pour 56,4 % des ostéopathes interrogés. 95,8% des praticiens reconnaissent l'éventualité pour un bébé de souffrir psychiquement et l'expression corporelle possible de cette souffrance.

Ils sont d'ailleurs 99,4% à accorder du temps à l'exploration de cette dimension psychologique éventuelle des symptômes durant leurs consultations.

97,6% reconnaissent une dimension interactive aux symptômes présentés par un bébé et les liens possibles avec la dépression post natale. La prévalence de la dépression du post-partum est par contre surestimée par 73,3% d'entre eux.

51,6 % des praticiens mentionnent être régulièrement (tout à fait fréquemment et plutôt fréquemment) confrontés à des situations cliniques où des intrications avec des facteurs psychologiques sont repérées.

2. Concernant les représentations des réseaux de soins psychiques en périnatalité :

76,4% des ostéopathes ont mentionné ne jamais avoir entendu parler de l'organisation en réseau des soins psychiques en périnatalité et 86,1% ne pas savoir comment l'interpeller.

Au total, seuls 18 praticiens soit 10,9% de l'effectif total connaissent (ont entendu parler et savent comment interpeller) le réseau de soins psychiques en périnatalité.

Cependant face à une situation où la dimension psychologique semble en jeu les ostéopathes sont tout de même 34,5% à orienter vers les psychiatres et psychologues libéraux et 31,5% vers les secteurs de psychiatrie si besoin.

Orienter vers les psychiatres et psychologues face à une situation où la dimension psychologique semble en jeu dans une consultation a d'ailleurs été associée à une tendance significative de « meilleure connaissance » des réseaux de soins psychiques en périnatalité : (17,3% versus 8% pour l'orientation vers les professionnels du secteur avec un $p=0,14$) et (15,8% versus 8,3% pour l'orientation vers les praticiens libéraux avec $p=0,07$).

Nous avons mis en évidence que la connaissance des réseaux de soins psychiques en périnatalité était significativement plus fréquente chez les 35-50 ans (33,3% avec $p=0,0007$), chez les professionnels de santé titulaires d'un titre d'ostéopathe (17,4% chez les kinésithérapeutes et 83,3% chez les praticiens « autres » contre 8,3% chez les ostéopathes exclusifs et 0% chez les étudiants, $p=0,0001$).

53,4 % des ostéopathes ont jugé la collaboration avec l'ensemble du réseau périnatalité insuffisante et 32,1% absente. (Annexe 23)

97% des praticiens interrogés ont fait part de leur souhait de communiquer davantage avec l'ensemble du réseau, estimant avoir leur rôle à jouer dans le repérage de la souffrance psychique en périnatalité.

B. Caractéristiques socioprofessionnelles de l'échantillon (question 1 à 3)

La majorité des praticiens en activité ayant répondu à notre enquête étaient représentés par des ostéopathes exclusifs pour 65,4% et des kinésithérapeutes pour 13,9 %. Les médecins, sages-femmes, psychomotriciens et podologues ne comptaient que 6 représentants soit 3,6% de l'échantillon global. La majorité des praticiens interrogés étaient âgés entre 25 et 35 ans (58,7%) et de sexe féminin (64,2%).

Les caractéristiques de l'échantillon sont proches des données sociodémographiques de la littérature.

En effet, la représentation majoritaire des ostéopathes exclusifs et des kinésithérapeutes au sein de notre population d'étude est en accord avec les chiffres récents de la démographie nationale des ostéopathes de janvier 2015. Cette enquête a recensé 56% d'ostéopathes exclusifs et 36,52% de kinésithérapeutes. Venaient ensuite les médecins (5,6%), la catégorie « divers » regroupant sage femmes, psychomotriciens, podologues (0,7%) et les infirmiers (1,18%). Notre échantillon ne compte pas d'infirmier et un seul médecin, je reviendrais sur l'explication de la sous-représentation de certaines catégories un peu plus tard dans le chapitre sur les limites de l'étude. (15) (144)

Concernant l'âge et le sexe des répondants, le rapport de l'observatoire socioéconomique de l'ostéopathie de 2013 a lui aussi fait part d'une tendance à la féminisation de la profession ainsi d'une prépondérance des 25-34 ans à hauteur de 58%. (145)

Les régions comptant un nombre plus important d'ostéopathes par habitant sont celles qui ont répondu à notre enquête comme vous pouvez le visualiser sur la carte de l'annexe 4. (144)

43,6% des réponses ont été enregistrées sur le Nord Pas de Calais. Le Nord Pas de Calais est une des régions où la densité d'ostéopathes exclusifs par habitant est la moins importante. Ici, cette sur représentation est liée à une large diffusion de

l'enquête via une association d'ostéopathes régionale. Nous y reviendrons également un peu plus tard dans le chapitre sur les limites.

C. Formation des praticiens (questions 4 à 6)

Une formation continue en ostéopathie pédiatrique et/ou périnatale a été suivie par 72% des ostéopathes interrogés.

La formation continue est obligatoire pour les professionnels justifiant d'un titre d'ostéopathe, qu'ils soient professionnels de santé ou non, et ses conditions sont législativement encadrées. Pour être validées et prises en charge par le FIFPL (fonds interprofessionnels de formation des professionnels libéraux) ces formations doivent répondre à des critères précis. (146) (98) (129) (130)

L'ostéopathie pédiatrique et périnatale font partie des thèmes prioritaires pour le financement et sont parmi les plus suivies. Les formations continues existantes sont nombreuses, il n'est pas rendu obligatoire actuellement d'en suivre une pour exercer auprès des bébés mais il s'avère, d'après nos résultats que les ostéopathes le sont pour la majorité d'entre eux. (146) (117)

La SEROPP souhaiterait qu'une capacité en ostéopathie pédiatrique et périnatale puisse être créée pour les praticiens qui suivent ce type de formations continues avec l'élaboration de critères permettant cette reconnaissance. Dans ce sens, elle a développé une formation complète en phase avec les connaissances médicales actuelles, faisant intervenir de nombreux professionnels de santé aux côtés des ostéopathes exclusifs. (117)

Le questionnaire ne nous permet pas ici de statuer sur le type de formation suivie. Toutefois, le taux élevé de formations complémentaires suivies (72%) témoigne de la volonté et du sérieux des ostéopathes qui souhaitent compléter leur formation dans le domaine périnatal et pédiatrique.

A noter également que des diplômes universitaires sont susceptibles d'être suivis par des ostéopathes exclusifs. Selon le rapport de l'observatoire socioéconomique de l'ostéopathie 2012, un quart des ostéopathes exclusifs ont d'ailleurs suivi ce type de formation universitaire dont 11,4% concerne la périnatalité et l'enfance. (144)

D. Pratiques des ostéopathes auprès des bébés âgés de 0 à 1 an (questions 7 à 12)

Les bébés de 0 à 1 an représentent entre 5 et 20% de la patientèle selon 56,4% des ostéopathes interrogés.

Les 1-3mois apparaissent comme les plus concernés selon 71,5% des ostéopathes avec, comme principale motif de consultation les troubles digestifs (54%) suivis des plagiocéphalies (17%).

La prise en charge comporte en moyenne 2 séances (pour 50,3% des praticiens) espacées de moins d'un mois pour une majorité d'entre eux (53,3%). Ce sont les parents qui sont généralement à l'origine de la consultation pour leur bébé selon 85,4% des ostéopathes interrogés. Les consultations émanant de conseils de professionnels de santé le sont surtout par les sages-femmes (libérales pour 54,5% des ostéopathes ou de maternité pour 53,3% d'entre eux).

Ces résultats sont en accord avec les données de la littérature disponibles.

Une enquête datant de 2002 qui a recensé les motifs de consultations ostéopathiques de 4211 patients, a mis en évidence que 10% des consultations correspondaient à des enfants entre 0 et 2 ans. Les troubles digestifs et les plagiocéphalies ont également été cités comme les principaux motifs selon plusieurs sources. (122) (16) (17)

La fréquence de ces troubles à cet âge, la littérature scientifique disponible, peuvent peut être aussi expliquer, que les professionnels de santé qui orientent, le fassent plus facilement pour ces motifs. (141) (136) (140)

Concernant le nombre et la fréquence des rendez-vous, les résultats sont en accord avec ce que préconise la SEROPP et les 58% d'ostéopathes interrogés par l'enquête de Gaëlle Foricher sage-femme, dans son état des lieux de l'ostéopathie de la naissance à 2 mois. De plus, actuellement, même si les actes ostéopathiques ne sont pas pris en charge par la sécurité sociale, de nombreuses mutuelles facilitent l'accès à une prise en charge ostéopathique qui nécessite plusieurs séances. Ces mutuelles proposent un remboursement partiel ou total des consultations d'ostéopathie le plus souvent à hauteur de deux à cinq séances par an. (17)(147)

La consultation d'ostéopathie ne fait pas l'objet d'une prescription médicale et la démarche personnelle parentale comme recrutement majoritaire des consultations était le résultat logique attendu. Selon une enquête menée auprès de 160 mères en maternité, 46% pensaient en effet avec certitude consulter un ostéopathe pour leur bébé dans les deux mois à venir et 36% peut-être. (16)

Concernant l'adressage venant d'un professionnel, les ostéopathes ont mentionné qu'il s'agissait le plus souvent des sages-femmes. Plusieurs études retrouvent ce résultat. Dans son état des lieux sur l'ostéopathie de la naissance à 2 mois, les 13% de mères ayant bénéficié de conseils relatifs à l'ostéopathie en maternité l'ont été effectivement par des sages-femmes dans 76% des cas. (16) (148)

Au niveau des sous-groupes on a pu observer que les ostéopathes exclusifs semblaient un peu plus en lien avec les sages-femmes libérales et que les kinésithérapeutes l'étaient davantage avec les sages-femmes de maternité. Il serait intéressant d'objectiver ces observations au sein d'échantillons plus importants pour pouvoir en tirer des conclusions. Du fait des très faibles effectifs, nous ne pouvons statuer au sujet de la significativité de la différence observée.

Dans le groupe des étudiants, la part des consultations émanant de sages-femmes de maternité était par contre supérieure à celle des sages-femmes libérales (60,7% versus 28,6%).

Les étudiants de l'INSO sont en effet, amenés à effectuer dans le cadre de leur formation pratique, des consultations encadrées au sein d'une clinique interne à l'école. Ces consultations externes sont également accessibles aux bébés.

Certains de ces étudiants et enseignants de l'INSO effectuent depuis quelques temps des travaux de recherche au sein de la maternité Jeanes de Flandres. Ces recherches portent sur l'efficacité de la prise en charge ostéopathique dans la douleur en post partum immédiat. Ces travaux favorisent je pense les échanges entre les professionnels qui peuvent expliquer en partie ce résultat. (119)

E. Représentations de la souffrance psychique du bébé (questions 13 à 19)

- **Représentations des liens entre le corps et la psyché dans l'expression symptomatique des bébés :**

De manière générale, l'enquête a mis en évidence que la quasi-totalité des ostéopathes reconnaissent le lien unissant corps et psyché dans l'expression symptomatique chez les bébés (95,8%). Les ostéopathes étaient également 99,4% à porter une attention particulière à cette dimension des symptômes au cours de leurs consultations.

Ce résultat ne m'a pas du tout surpris. L'ostéopathie est en effet une discipline holistique avec des principes fondateurs faisant référence à cette unité corpo-psychique. La psychosomatique représente aussi 7 % des formations universitaires suivies par les ostéopathes. (123) (144)

Si les ostéopathes préconisent l'ostéopathie pour la prise en charge de troubles dits « fonctionnels », les symptômes fonctionnels qui en découlent peuvent en cas de persistance être intriqués à des facteurs psychologiques.

Chez le bébé d'ailleurs, l'immaturation physique et psychique explique que ce type de troubles soit fréquent à cet âge. Plusieurs études ont retrouvé une fréquence plus importante de troubles fonctionnels en cas de difficultés interactionnelles précoces, de dépression postnatale chez la mère ou chez les bébés présentant plus de difficulté à réguler leurs états émotionnels. Je ne reviendrais pas sur ces aspects précédemment détaillés dans ce travail. (123) (144) (149) (150) (80)

Certains ostéopathes qui sont particulièrement sensibles à ces liens entre le corps et l'esprit incluent aussi à leur pratique une dimension dite « somato-émotionnelle » qui fait l'objet de formations spécifiques. (151)

Cette approche met entre autre l'accent sur la mémoire tissulaire et les empreintes émotionnelles au niveau du corps. Pierre Tricot, diplômé d'ostéopathie est un praticien qui a beaucoup développé cette approche tissulaire de l'ostéopathie.

Selon lui, la palpation tient compte de paramètres objectifs tels que la tension, la densité tissulaire et de paramètres subjectifs qui impliquent intimement le praticien. On peut je trouve faire un parallèle entre ces critères subjectifs représentés par la présence, l'attention et l'intention de l'ostéopathe et notre notion de contre-transfert. (152) (153) (154)

Tous ces éléments expliquent ainsi que la majorité des praticiens interrogés aient reconnu la possibilité pour un bébé de souffrir psychiquement et les éventuelles manifestations somatiques de cette souffrance.

- **Abord de la dimension psychologique des signes et symptômes présentés par un bébé**

En pratique, pour appréhender la dimension psychologique des troubles chez le bébé, les praticiens ostéopathes semblent très à l'écoute de ce qu'ils peuvent observer de l'accordage entre la mère et ce dernier (88%) ainsi que de leurs ressentis (84%).

Les maux exprimés par le corps et le toucher étant au cœur de l'exercice de l'ostéopathe peuvent peut-être expliquer cette sensibilité plus prononcée au langage corporel au cours de la consultation. Les mouvements contre transférentiels particulièrement importants lors d'une consultation avec un bébé sont aussi sûrement en cause.

Les professionnels du champ « psy » savent combien les consultations parents bébé engagent intimement l'intervenant. Etre à l'écoute de ses ressentis apporte des renseignements particulièrement riches sur l'état psychique du bébé et les modalités interactionnelles au sein de la dyade. Le contre transfert est aussi au cœur processus thérapeutique en psychothérapie parents-bébés. (155)

Par contre, si les ostéopathes sont attentifs à repérer ces signes de souffrance psychique, les avis concernant l'impression d'être fréquemment confronté à une situation clinique où la dimension psychologique semble en jeu sont partagés (51,6% de oui contre 48,4% de non).

La non spécificité des signes cliniques de souffrance psychique chez le bébé et chez la mère dans le post partum que nous avons approfondi dans ce travail peuvent, je pense expliquer ces opinions partagées. (66)

- **Représentations cliniques d'un bébé en situation de souffrance psychique :**

- **Manifestations physiques de la souffrance psychique :**

Parmi les bébés qu'ils rencontrent, ce sont les bébés irritables, qui pleurent beaucoup (68,5%), ceux qui dorment mal (68,5%) et ceux qui présentent des troubles digestifs (40%) qu'ils associent le plus à l'expression d'une souffrance psychique probable.

De manière générale on peut dire que les pleurs coexistent au sein de toutes ces expressions cliniques.

Ces pleurs constituent un motif fréquent de consultation en médecine de ville mais également aux urgences. Selon une récente étude menée sur les principaux motifs de consultation aux urgences pédiatriques du CHU de Saint Etienne, les pleurs arrivent en première position (14,1%) témoignant de l'anxiété parentale qu'ils peuvent générer. (156)

Si on essaye de regrouper les troubles cités, ils correspondent en réalité à une perturbation des rythmes physiologiques du bébé. Tout comme nous médecins, les ostéopathes considèrent ces rythmes comme un véritable baromètre du bien être psychique du bébé.

C'est leur perturbation durable qui peut constituer un marqueur précoce d'une souffrance psychique chez le bébé, selon Nathalie Boige pédiatre gastroentérologue. «Le rythme est l'interface manifeste entre le corps-psyché du bébé, le comportement de la mère, les contenus affectif et fantasmatique des interactions». (68) (79)

Nous avons également vu précédemment comme le rythme était essentiel pour l'organisation de la vie psychique du bébé. (26) (25)

Les troubles fonctionnels présentés par le bébé ont une composante interactive.

L'irritabilité de certains bébés faisant référence à des bébés « difficiles à calmer, qui réagissent à la moindre stimulation et entrent facilement et intensément dans un état de détresse » les rend plus sujets à ce type de troubles du fait de leur hypersensibilité à l'environnement. (103) (157)

Cette irritabilité constitutionnelle peut aussi retentir sur la thymie maternelle et engendrer des symptômes dépressifs. (103) (157)

Réciproquement en prenant le problème cette fois-ci du côté maternel, ces troubles fonctionnels peuvent se développer davantage lorsque les interactions manquent de cohérence, de souplesse et que le niveau de stimulation est trop élevé. (158)

Nous avons évoqué précédemment que plusieurs études avaient mis en évidence une association significativement plus élevée de ce type de troubles avec la dépression post-natale en comparaison aux mères non déprimées. (106) (80) (82) (70)

Selon Patrice Tidière diplômé d'ostéopathie, la trilogie « trouble du sommeil, troubles digestifs et hyperexcitabilité » est fréquemment retrouvée chez les bébés consultants en ostéopathie. Il insiste sur l'idée qu'il est important de tenir compte du contexte familial général dans lequel apparaissent les troubles. Pour lui, la première partie de la consultation consiste toujours à communiquer avec les parents, les écouter, les informer sur les rythmes physiologiques du bébé et abaisser leur niveau d'anxiété. (159)

Le retard psychomoteur, les infections à répétition ont été moins cités. Ces troubles sont par contre, eux, associés à des anomalies avérées au niveau de l'examen clinique. La dimension psychologique est je pense, de ce fait, plus compliquée à appréhender, tant pour le professionnel que le parent. On peut aussi faire le même constat concernant les troubles tonico posturaux.

En effet, la constatation plus fréquente de troubles tonicoposturaux (à type de posture en hyper extension) a été soulignée par 22,7 % des praticiens trouvant qu'il existait des spécificités à l'examen clinique d'un enfant qu'ils estimaient être en souffrance psychique (n=75).

C'était d'ailleurs le commentaire le plus redondant. Ces praticiens représentaient 10,3% de l'échantillon global. Cependant, seuls 18,8% des praticiens

au total considèrent les troubles tonicoposturaux comme particulièrement évocateurs.

L'hypotonie est fréquemment rencontrée dans le cadre de pathologies neurologiques chez le bébé. De même, l'hypertonie fait partie des items de l'échelle de douleur et d'inconfort du nouveau-né(EDIN). (160)

L'organicité et/ou l'intrication de la souffrance physique et psychique chez le bébé expliquent selon moi, que ces troubles tonico posturaux soient moins souvent associés à des troubles relationnels ou affectifs. (161)

Pourtant, comme nous avons pu le voir précédemment, des émotions mal canalisées sans notion de trouble organique peuvent s'inscrire toniquement dans le corps du bébé. Ces perturbations tonicoposturales pouvant parfois aller jusqu'à une désorganisation complète de la motricité. (162) (163)

○ **Représentations générales d'un bébé en souffrance psychique :**

Pour les ostéopathes que nous avons interrogés, les 3 indicateurs principaux de la souffrance psychique chez un bébé qui ont été cités sont :

- Le retrait relationnel (69,7%) :
- La présence de stéréotypies (55,8%)
- La dysrégulation des états de vigilance (47,9%)

Le retrait relationnel précoce (69 ,7%) est effectivement un signe d'alerte particulièrement indicateur chez le bébé comme nous avons pu le voir. En effet sans présumer de son étiologie qui peut aussi être liée à un trouble organique qu'à des difficultés psychiques, il peut se retrouver dans les troubles de l'attachement, les troubles du spectre autistique, les syndromes dépressifs. Il est d'ailleurs l'élément central d'un outil de repérage de la souffrance psychique chez le bébé de moins de 2 ans : l'Echelle Alarme Détresse Bébé. (164) (165)

Je pense que le bébé présentant des stéréotypies est sûrement en relation avec l'ancrage dans la mémoire sociétale de l'une des premières descriptions cliniques en pédopsychiatrie : l'hospitalisme.

Après la Seconde Guerre Mondiale, René Spitz a décrit l'hospitalisme en référence au comportement d'enfants placés en institution qu'il avait observé. Ces enfants bénéficiant de soins impersonnels étaient très carencés sur le plan affectif. Ils se montraient apathiques, sans intérêt pour l'environnement, replié sur eux même, très en retard sur le plan développemental et des stéréotypies étaient fréquemment décrites. (86)(23)(166)

Ces tableaux cliniques dramatiques sont présents dans l'imaginaire collectif et se rencontrent malheureusement encore. (86)

La dysrégulation des états de vigilance (47,9%) est une représentation en accord avec les représentations de l'expression somatique de la souffrance psychique des ostéopathes comme nous avons pu le voir.

- **Représentations des situations à risque d'engendrer une souffrance psychique chez un bébé**

Les facteurs impactant les « compétences » et la santé mentale des parents ont été considérés comme plus à risque d'engendrer une souffrance psychique chez le bébé que les caractéristiques propres de l'enfant (bébé prématuré, bébé porteur de handicap).

Les événements de vie à impact négatif (86,1%) les carences de soins et la maltraitance (81,8%) et les troubles psychiatriques parentaux (72,7%) ont en effet été majoritairement citées.

Concernant les événements de vie à impact négatif, plusieurs sources de la littérature ostéopathique font état des conséquences du stress maternel sur le fœtus. Les stress périnataux ayant affecté la mère au cours de la grossesse pourraient s'imprimer dans les tissus du fœtus. Ces dysfonctions ostéopathiques précoces seraient générées par des facteurs hormonaux véhiculés par le placenta et des contraintes physiques exercées par les modifications de tonicité de la paroi utérine. Même si nous adoptons un vocabulaire différent, ces conceptions vont dans le sens des connaissances en matière de psychiatrie fœtale et d'épigénétique que nous avons précédemment détaillé. (167)

Au total, les ostéopathes conçoivent qu'un bébé puisse souffrir psychologiquement et perçoivent à juste titre le retrait relationnel comme un marqueur clinique inquiétant. Les situations affectant les compétences parentales sont perçues comme plus à risque de souffrance psychique pour le bébé avec un accent particulier mis sur les événements à impact négatif de la période périnatale (notamment pendant la grossesse). Le bébé et ses caractéristiques individuelles sont moins reconnus comme ayant leur part de responsabilité dans l'apparition de cette souffrance. Le rôle désorganisant du bébé sur l'équilibre psychique de la dyade est effectivement moins étudié dans la littérature en rapport aux répercussions des troubles parentaux.

F. Représentations de la dépression post natale (questions 20 à 24)

- **Représentations générales et cliniques de la dépression post natale :**

La majorité des ostéopathes (77,6%) nous disent avoir abordé la question de la dépression post natale au cours de leur formation. Toutefois, la prévalence de celle-ci est sur estimée par 73,3% d'entre eux. Selon ces derniers elle toucherait plus de 20% des femmes.

Ces résultats témoignent selon moi, d'une confusion entre le post-partum blues et la dépression post natale et certains commentaires postés m'ont aussi orientée vers cette hypothèse.

Les ostéopathes repèrent à juste titre, la dévalorisation et l'impression de ne pas être à la hauteur pour s'occuper du bébé (87,3%), le sentiment d'épuisement (75,1%), la perturbation des interactions mère bébé (69,1%) ainsi que l'irritabilité (44,8%) comme des signes cliniques particulièrement indicateurs d'une dépression post -natale.

La labilité émotionnelle ou dysphorie qui est aussi fréquemment retrouvée a été moins citée (36,4%). (101)

L'expression d'une symptomatologie anxieuse accompagnant l'état dépressif est pour eux moins révélatrice. Seuls 30,3% associent les craintes

excessives pour le bébé et 21,2% les phobies d'impulsion comme particulièrement évocatrices d'une dépression post natale.

Les inquiétudes des mamans durant la grossesse et les premiers mois de vie du bébé sont très fréquentes. Il peut effectivement être difficile de faire la distinction entre des préoccupations anxieuses maternelles « normales » et une anxiété pathologique. (102)

La symptomatologie anxieuse est en effet fréquemment associée au tableau de dépression post natale contrairement à la tristesse de l'humeur. (104)

Une étude longitudinale menée auprès de 164 mères incluses durant le dernier trimestre de grossesse et cherchant à identifier les facteurs associés à la dépression pré et post natale a mis en évidence un lien statistiquement significatif entre le niveau d'anxiété pré et post natale ainsi qu'entre l'intensité de l'anxiété prénatale et l'intensité de la dépression post natale. (11)

Les phobies d'impulsion sont une des modalités d'expression de cette anxiété maternelle. Leur prévalence est faible chez les mères en général (entre 0,5 et 1%). Cependant, celle de « vagues idéations agressives envers le bébé » serait plus importante (7%). En cas de dépression post natale cette prévalence d'idéations agressives augmenterait à 41%.

Il est souvent difficile pour des mamans qui se culpabilisent d'aborder celles-ci. Ceci peut expliquer les ostéopathes y aient moins accès et se représentent moins ce type de manifestations. (104)

Afin de mieux faire la part des choses entre l'anxiété normale et pathologique, si un doute clinique s'installe, certains outils peuvent nous aider :

Plusieurs études qui ont réalisé une analyse factorielle de l'EPDS, ont en effet témoigné de la particulière sensibilité des items 3, 4, 5 de l'EPDS pour détecter un trouble anxieux pathologique dans le post-partum ainsi qu'en anténatale. (168)

Pour mémoire ces items correspondent aux questions suivantes :

Dans la semaine qui vient de s'écouler : je me suis reprochée sans raison d'être responsable quand les choses allaient mal

Je me suis sentie inquiète ou soucieuse sans motif

Je me suis sentie effrayée ou paniquée sans vraiment de raison

L'inventaire d'anxiété état trait Y (STAI- Y) a lui aussi été validé pour explorer l'anxiété maternelle. (169)

- **Représentations de la dimension interactionnelle de la dépression post natale**

Les ostéopathes reconnaissent les liens potentiels entre dépression post natale et santé physique et psychique de l'enfant que nous avons détaillés précédemment.

Le repérage et la prise en charge d'une dépression post natale sont déterminants pour le développement psychoaffectif de l'enfant et pas seulement pour le bébé. Une étude a par exemple mis en évidence des difficultés de régulation émotionnelle et comportementales plus fréquentes chez des enfants de quatre ans dont la mère présentaient un EPDS >ou égal à 13 durant la première année de l'enfant ainsi que quatre ans plus tard. (137)

Les représentations de la dépression post natale nous amènent à faire le même constat que d'autres études. La dépression post natale est insuffisamment repérer comme telle. Cette constatation n'est pas spécifique aux ostéopathes, elle concerne aussi les professionnels de santé en général .En effet, environ la moitié de ces dépressions passeraient inaperçues aux yeux des médecins généralistes et des autres professionnels de santé qu'une maman est amenée à rencontrer. (10)

L'amalgame babyblues dépression post –natale, la variété et l'atypicité des signes cliniques, la moindre présence de symptômes dépressifs « classiques », une anxiété considérée comme normale, concourent, je pense à ce manque de repérage.

Connaissance du réseau de soins psychiques en périnatalité (questions 25 à 31)

53,4% des praticiens interrogés toute catégorie confondue ont fait part d'un manque de communication avec les réseaux de soins psychiques en périnatalité, 32,1% l'estimant absente.

Seuls 10,9% des ostéopathes ont été identifiés comme connaissant l'organisation des soins psychiques en périnatalité. Ces praticiens avaient en effet déjà entendu parler de cette organisation et savaient comment interpeller les professionnels concernés.

Pourtant, les ostéopathes étaient davantage à savoir orienter vers les professionnels psy généraux puisqu'ils étaient 31,5% à orienter vers les centres médico psychologiques et 34,5% vers les psychologues et psychiatres libéraux en cas de nécessité.

Les ostéopathes semblent donc plus nombreux à connaître l'organisation des soins psychiques généraux sans finalement savoir que les soins psychiques liées à la périnatalité y sont rattachés. Orienter vers les professionnels du champ psy a d'ailleurs été identifié comme un facteur associé à une meilleure connaissance du réseau de soins psychiques en périnatalité avec un p proche de 0,1.

Nos analyses ont également montré que la connaissance du réseau de soins psychiques en périnatalité était significativement plus importante :

Chez les 35-50 ans ($p= 0,0007$). Au sein de cette tranche d'âge, 61% des praticiens étaient des professionnels de santé.

Chez les professionnels de santé kinésithérapeutes et catégories « autres » comprenant 2 sage femmes ,2 podologues, 1 psychomotricien et 1 médecin.

Sur les 6 représentants de cette catégorie, 5 avaient entendu parler et savaient interpeller les professionnels de soins psychiques en périnatalité. Je pense que ce résultat est tout de même à interpréter avec prudence du fait de ce faible effectif et qu'il serait nécessaire de vérifier cette association au sein d'un échantillon plus important.

Parmi les ostéopathes ayant une proportion de bébés importantes au sein de leur patientèle, on a d'ailleurs observé que cette connaissance du réseau de soins psychiques était significativement croissante avec le nombre de bébés constituant la patientèle.

Les professionnels de santé ostéopathes sont associés à une meilleure connaissance du réseau de soins psychiques en périnatalité. Toutefois, dans le paysage ostéopathique, la majeure partie des praticiens ostéopathes sont représentés par les ostéopathes exclusifs. . 17,6% des ostéopathes exclusifs ont en effet signalé avoir une patientèle de bébés dépassant les 20% (annexe 3 question .

98 % de ces ostéopathes exclusifs ainsi que tous les étudiants de l'école interrogés étaient en demande de communiquer davantage avec le réseau périnatalité. Cependant, plusieurs dispositions constituent des freins à une meilleure communication :

- La non reconnaissance du statut de professionnel de santé aux ostéopathes issus des écoles d'enseignement spécifique (formation à temps plein).
- Les limites du secret médical partagé

Dans le cadre de son exercice, l'ostéopathe exclusif est soumis au secret professionnel, cependant les dispositions du secret partagé permettant aux professionnels d'échanger des informations relatives à un patient ne sont pas applicables aux ostéopathes, ces derniers n'étant pas considérés comme des professionnels de santé. (170)

L'ostéopathe ne peut pas échanger directement avec d'autres professionnels de santé dans le cadre d'une prise en charge pluridisciplinaire. Pour communiquer, il peut délivrer directement les informations au patient qui se chargera alors de les transmettre au professionnel en question par écrit par exemple, ou proposer une consultation conjointe avec l'autre professionnel en présence obligatoire du patient. Les mêmes dispositions s'appliquent aux professionnels de santé à l'égard des praticiens non professionnels de santé. (171)

A cet effet, trois amendements au projet de loi Santé ont été déposés par des représentants d'ostéopathes exclusifs à l'assemblée nationale en 2015. Ces amendements ont demandé que tous les praticiens usant du titre d'ostéopathes y

compris les non-professionnels de santé soient inclus parmi les corps professionnels autorisés à partager des informations. Mais à ma connaissance, ces amendements n'ont pas été pris en compte dans le projet de loi Santé. (172) (173)

- Les rapports entre l'ostéopathie de manière générale et les réseaux de périnatalité sont également très disparates en France.

En 2013, Lou Lecouturier diplômé d'ostéopathie a effectué un état des lieux de l'ostéopathie en maternité et a montré un recours à l'ostéopathie très hétérogène au sein des maternités françaises. En effet, sur 401 maternités interrogées, 22% d'entre elles faisaient appel à l'ostéopathie. Au sein de 26% de celles-ci existait une consultation d'ostéopathie interne à la maternité. Les praticiens ostéopathes habilités à consulter dans ces maternités faisant intervenir majoritairement des professionnels de santé ostéopathes mais également 15% d'ostéopathes exclusifs.(148)

La région Ile de France comptait le plus de maternités ouvertes à l'ostéopathie sur la France (3,6%). Le site du réseau périnatal Paris Nord dispose par exemple des coordonnées de 21 professionnels ostéopathes rattachés au réseau. Parmi ces professionnels, on compte également des ostéopathes non professionnels de santé. (174) (148)

Sur la métropole Lilloise, des liens entre praticiens ostéopathes et réseau Ombrel existent. Des consultations d'ostéopathie existent à la maternité d'Armentières, elles sont réalisées par des étudiants en médecine inscrits au Diplôme universitaire d'ostéopathie. A la maternité de Roubaix, une étude concernant l'intérêt d'un traitement par ostéopathie crânienne dans les troubles fonctionnels du nouveau-né est en cours. Les professionnels de la maternité de Roubaix ont d'ailleurs développé des liens privilégiés avec l'ostéopathe qui intervient dans le cadre de ce protocole de recherche, en lui orientant les familles qui sont en demande d'une consultation d'ostéopathie pour leur bébé. (113)(175)

La maternité Jeanne de Flandres du CHRU de Lille a ouvert ses portes à l'INSO dans le cadre de deux protocoles de recherche concernant :

- L'évaluation de l'effet d'un traitement ostéopathique dans la prise en charge de la douleur du post partum immédiat.
- La comparaison des effets entre le traitement ostéopathique et le serrage du bassin dans la prise en charge de douleur du post partum immédiat. (113) (176)

En pratique, face à une situation où la dimension psychologique semble en jeu, l'attitude prépondérante des ostéopathes est d'écouter rassurer et conseiller les mamans. Cette « fonction contenante » des consultations ostéopathiques a été retrouvée par le Dr Anne-Charlotte Oudot qui a interrogé des parents sur leurs ressentis de la consultation. Plusieurs parents ont souligné l'attention bienveillante et l'intérêt porté à l'enfant par le professionnel. On peut imaginer que ces constatations alliées à la durée de consultation qui avoisine les quarante-cinq minutes soient susceptibles d'offrir un cadre favorable à la verbalisation. Ces conditions font je pense des ostéopathes des partenaires importants dans le soutien psychologique apporté aux patientes et dans le repérage des dyades en souffrance. (144) (177) (145)

A ce propos, une revue de littérature récente a étudié l'impact des différentes modalités d'accompagnement en post partum sur le risque dépressif des femmes. Elle a mis en évidence que le soutien psychologique mis en place par des professionnels « non psy » (sages-femmes libérales, puéricultrices) ou un simple soutien téléphonique venant de femmes non professionnelles était significativement associé à une réduction du risque dépressif en comparaison à une prise en charge classique. (178)

Concernés par la problématique de la souffrance psychique en périnatalité, 97,6% des ostéopathes ont témoigné de leur souhait de compléter leurs connaissances dans ce domaine en souhaitant préférentiellement que des soirées d'informations soient mises en place.

Une amélioration de la communication avec les praticiens ostéopathes contribueraient je pense, à augmenter le repérage et la qualité de prise en charge de ces dyades en souffrance.

II. Discussion de la méthodologie

A. Faiblesses de l'étude :

Le choix d'une enquête en ligne est venu très rapidement au cours de ma réflexion. L'utilisation d'Internet et des réseaux sociaux tend effectivement à se démocratiser dans le milieu du travail.

C'est ainsi que j'imaginai donc cibler le maximum de praticiens.

Pendant, ce choix a entraîné plusieurs biais.

L'utilisation d'un formulaire en ligne et des réseaux sociaux a été à l'origine d'un biais de sélection à plusieurs niveaux :

- Il fallait avoir accès à un ordinateur même si, ne pas disposer d'une connexion internet est devenu plus rare aujourd'hui.

- Il fallait être membre et utiliser les réseaux sociaux comme Twitter, Facebook, ce qui je pense a aussi contribué au recrutement majoritaire des 25-35 ans dans notre échantillon.

- La diffusion via des associations d'ostéopathes qui rassemblent majoritairement des ostéopathes exclusifs a été à l'origine de la sous-représentation de certains groupes (médecins, sages-femmes) voire de leur absence (infirmiers).

Concernant maintenant le taux de participation à l'enquête, plusieurs limites ont été repérées :

- Ne pas être en mesure de déterminer le taux de participation global ne m'a pas permis de chiffrer précisément l'intérêt que les ostéopathes ont porté à notre étude.

Je pense que ce taux de participation aurait pu être plus important. En effet, l'actualisation très régulière des informations publiées sur les sites et l'accumulation des mails dans la boîte de réception des praticiens a dû rapidement entraîner un manque de visibilité du questionnaire.

Le pic de réponses observé 3 jours en moyenne après les diffusions du questionnaire suivi d'un taux de réponses décroissantes en est le témoin.

- Je pense aussi que certains praticiens ont pu éprouver une certaine méfiance à participer à l'enquête en raison de la vision médicale controversée de l'ostéopathie. En effet, notre enquête a pu être perçue comme une évaluation des connaissances par certains praticiens.

- Le choix d'une enquête comprenant des questions fermées a pu entraîner un biais de mesure. Cette présentation a permis de dégager les représentations communes et faire le lien avec nos pratiques. Cependant, elle a aussi pu influencer des réponses. Je me suis fait la remarque que certaines questions étaient trop orientées « psy » notamment la question portant sur l'exploration de la dimension psychologique d'un trouble (question 15) que j'ai séparé de l'item « rôle de l'examen clinique de l'ostéopathe dans cette exploration » (question 16).

- A posteriori j'aurais réuni ces deux questions afin d'accorder une place similaire à l'examen ostéopathique dans l'évaluation clinique de la dimension psychologique des troubles présentés par le bébé. C'est une critique qui m'a d'ailleurs été formulée en commentaire.

B. Forces de l'étude

166 questionnaires ont été recueillis avec très peu de perte de données puisque un seul questionnaire a été exclu des analyses statistiques.

Le questionnaire a largement été diffusé dans le milieu de l'ostéopathie puisque des réponses émanant de nombreux départements français ont été recueillis.

Même si nous aurions pu espérer un taux de participation plus important, les caractéristiques socio-professionnelles des praticiens que nous avons interrogés ainsi que les informations concernant leur pratique sont en accord avec les données de la littérature.

Nous avons mis en évidence une communication insuffisante et insatisfaisante avec l'ensemble des réseaux périnataux pour la majorité des ostéopathes interrogés.

Ce travail a permis d'établir une prise de contact avec les ostéopathes notamment avec les professionnels et futurs praticiens de notre région Nord Pas de Calais qui représentaient 43,6% de notre effectif total.

Les résultats fournis sont également novateurs, face à l'absence d'études antérieures portant sur un sujet similaire.

OUVERTURE ET PERSPECTIVES

L'expression clinique de la dépression post natale et de la souffrance psychique du très jeune enfant est extrêmement variable et peu spécifique. Son repérage est finalement le plus souvent l'affaire des professionnels de première ligne dont ce n'est pas la compétence principale d'où les difficultés rencontrées. Le motif de consultation initial est rarement un motif « psy » compliquant le dépistage et l'orientation vers les spécialistes quand cela s'avère nécessaire.

Des études concernant le repérage des dyades en souffrance avaient déjà été menées auprès de pédiatres, médecins généralistes, gynécologues obstétriciens. Il m'a semblé intéressant d'effectuer ce travail auprès des ostéopathes qui interviennent beaucoup auprès des bébés et leurs parents. (142) (179) (180)

Sensibiliser les professionnels de première ligne multiplie en effet les chances d'un repérage et d'une prise en charge précoce.

La grande majorité des praticiens ont témoigné leur intérêt pour ce dépistage et se sont sentis concernés par celui-ci. Les résultats ont mis en évidence des compétences indéniables dans le repérage de la souffrance psychique en périnatalité. Les ostéopathes ont aussi fait part de leur souhait de compléter leur connaissance sur le sujet. Les commentaires laissés ont quasiment tous été très bienveillants : me remerciant de l'intérêt porté à leur profession et encourageant ma démarche. Certains m'ont demandé des références littéraires dans le domaine de la périnatalité et nombreux sont ceux qui m'ont sollicité afin de connaître les résultats de l'enquête.

Ce travail a été très enrichissant d'un point de vue personnel. J'ai été amené à rencontrer et à échanger avec plusieurs praticiens ostéopathes exerçant auprès de bébés qui ont tous étaient très accueillants et disponibles. J'ai moi-même pu m'apercevoir au cours de ces échanges, de l'approche globale du bébé en ostéopathie, dans une unité corporopsychique et interactionnelle.

Je pense que les collaborations existantes sont à encourager dans l'intérêt de ces bébés et de ces mamans en difficulté. Je pense qu'intégrer davantage les

ostéopathes au fonctionnement du réseau permettrait de renforcer le cadre contenant indispensable à la sécurité émotionnelle des parents. Ce qui permettrait une prévention plus importante de la souffrance psychique des bébés dont fait écho le plan périnatalité 2005-2007. (14)

Suite à ce travail et en réponse à la demande des ostéopathes, la Société des Ostéopathes du Nord m'a sollicité pour intervenir lors d'une de leur soirée d'information en 2016 afin de présenter mon travail ainsi qu'une intervention sur la psychopathologie en périnatalité et le réseau.

De même, des étudiants de l'INSO souhaitant mener leur mémoire sur la prise en charge ostéopathique dans la dépression post natale ont pris contact avec la maternité Saint Vincent de Paul et le pôle périnatalité du CHR de Lille.

Le cadre légal actuel de communication entre professionnels de santé et ostéopathes non professionnels de santé prévu par la loi est relativement restreint. Toutefois, organiser des rencontres entre praticiens ostéopathes intervenant sur la métropole Lilloise et professionnels du réseau Ombrel serait une première initiative intéressante. En effet, ceci permettrait aux différents praticiens d'échanger sur leur pratique et de mieux se connaître mutuellement. Ces rencontres permettraient d'accueillir les questions, évaluer les demandes et les besoins de chacun, pour permettre toujours plus de prévention et de continuité dans les prises en charges. Ceci pourrait d'ailleurs constituer l'objet d'un autre travail.

CONCLUSION

Fidèles aux principes de leur discipline, les ostéopathes se représentent la souffrance psychique du bébé comme le fruit d'intrications complexes entre corps et psyché. Ils tiennent compte de la tonalité émotionnelle et affective de l'environnement dans laquelle le bébé grandit, ce qui rejoint notre conception en pédopsychiatrie finalement. (66)

De plus, les résultats de notre enquête ont mis en évidence des compétences indéniables de ces praticiens dans le repérage de la souffrance psychique en périnatalité.

La souffrance psychique qu'ils perçoivent au sein de consultations concernant de très jeunes enfants n'est pas une situation rare.

Même si l'attitude qu'ils adoptent en première ligne (écoute, réassurance) est très empathique et contenante pour ces dyades, les liens entre professionnels de santé et ostéopathes sont insatisfaisants pour la majorité et sont à encourager.

Comme nous avons pu le voir, ce travail pluridisciplinaire avec les ostéopathes n'est pas facilité par les dispositions légales actuelles.

De plus, la décision médicale se situe toujours au carrefour entre l'Evidence based médecine (EBM), la demande du patient, l'expérience personnelle qu'un médecin a pu acquérir dans un domaine. Le manque actuel de preuves scientifiques relatives à l'ostéopathie est également en cause pour expliquer cette communication insuffisante. Il est aussi à l'origine d'une grande disparité des opinions des professionnels de santé à l'égard de l'ostéopathie, d'une hétérogénéité des relations avec les ostéopathes. (131) (181)

Il pourrait être intéressant que dans chaque réseau de périnatalité, les professionnels de santé (ostéopathes ou non) et ostéopathes non professionnels de santé puissent se rencontrer et échanger sur leurs pratiques.

Pour évoquer le travail de réseau autour d'un couple et leur bébé, Micheline Blazy gynécologue obstétricienne, parle d'un tricot à trois fils tissé entre praticiens du

soma, de la psyché, environnement familial et social. Un tricot solide et résistant permet de constituer une sorte de hamac, une base solide sur laquelle mères, pères, bébés, professionnels peuvent prendre appui psychiquement durant la période périnatale.

Les conclusions de ce travail m'amènent à penser que favoriser le travail interdisciplinaire avec les ostéopathes ne pourrait que renforcer ce maillage. (167)

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Sous la direction de Pierre Delion. La souffrance psychique du bébé. Approches pluridisciplinaires. ESF;
2. Sutter-Dallay A-L, Guédeney N. Concept de psychiatrie périnatale, histoire, applications, limites. EMC - Psychiatr. janv 2010;7(1):1-8.
3. S Missonnier. La psychologie clinique périnatale. In: Manuel de psychologie clinique de la périnatalité. Elsevier Masson. 2012.
4. Alvarez Luiz, Golse Bernard. La psychiatrie du bébé. Presses universitaires de France.
5. Fericelli F. Enjeux pédopsychiatriques anténataux en maternité : prévention et soins précoces. Neuropsychiatr Enfance Adolesc. juill 2009;57(5):419-28.
6. Ministère des affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes. Plan périnatalité 2005-2007 : Humanité, proximité, sécurité, qualité [Internet]. 2005. Disponible sur: www.sante.gouv.fr
7. Ministère des affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes. Plan psychiatrie et santé mentale 2005-2008 [Internet]. 2005. Disponible sur: www.sante.gouv.fr
8. Circulaire relative à la promotion de la collaboration médico-psychologique en périnatalité. Circulaire DHOS/DGS/O2/6 n°2005-300 juill 4, 2005.
9. Circulaire relative au cahier des charges national des réseaux de santé en périnatalité. DHOS/O1/O3/CNAMTS n°2006-151 mars 30, 2006.
10. H Chabrol, F Teissedre. Dépistage, prévention et traitement des dépressions du post-partum : une étude contrôlée chez 859 sujets. L'Encéphale. 2002;
11. Gerardin P. Spécificité et enjeux de la dépression de la grossesse. Principaux résultats d'une recherche longitudinale sur les dépressions du péripartum, du troisième trimestre de grossesse au 12e mois de l'enfant. Neuropsychiatr Enfance Adolesc. mars 2012;60(2):138-46.

12. A Lazartigues, E Lemonnier, F Le Roy, K Moalic, A Baghdadli, J Fermanian, C Aussilloux. Du repérage des premières manifestations des troubles autistiques par les parents à la première prise en charge. *Ann Méd-Psychol.* 2001;159(5):403-10.
13. Article L6321-1 Réseaux de santé. Code de santé publique, Loi 2002-303 mars 4, 2002.
14. Ministère des affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes. Plan « périnatalité » 2005-2007. Humanité, proximité, sécurité, qualité [Internet]. 2005. Disponible sur: www.sante.gouv.fr
15. Registre des ostéopathes de France. Newsletter n°10-Etude démographique [Internet]. 2012 [cité 25 août 2015]. Disponible sur: www.osteopathie.org
16. Gaëlle Foricher. Attente des mères et offre de soins en ostéopathie pédiatrique. *Vocat Sage-Femme.* oct 2011;10(92):p39-43.
17. Foricher Gaëlle. L'ostéopathie pédiatrique de la naissance à deux mois. [Ecole de sages-femmes (Brest)]: Université de Bretagne occidentale; 2010.
18. Didier Houzel. Que nous disent les bébés de leur souffrance psychique. *Swiss Arch Neurol Psychiatry.* 2013;164(1):20-5.
19. Bernard Golse. Identification projective et théorie de l'esprit. In: *Le développement affectif et intellectuel de l'enfant.* 4ème Edition. Masson;
20. Bernard Golse. *Du corps à la pensée.* Presses Universitaires de France.
21. Bernard Golse. *L'être-bébé.* Presses Universitaires de France.
22. Didier Houzel. *Le courant Kleinien.* EMC psychiatrie. 1995.
23. Philippe Mazet, Serge Stoléru. *Psychopathologie du nourrisson et du jeune enfant.* Masson. 2003.
24. D Stern. *Le monde interpersonnel du nourrisson.* 4ème édition. Presses universitaires de France; 2003.
25. Albert Ciccone, Yvon Gauthier, Bernard Golse, Daniel Stern. *Naissance et développement de la vie psychique.* Erès.
26. Ciccone A. L'expérience du rythme chez le bébé et dans le soin psychique. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc.* févr 2005;53(1-2):24-31.
27. Sarah Bydlowski. *Naissance et développement de la vie psychique.* EMC.
28. K. Durand, R.Lécuyer. *Activités perceptives du nourrisson.* EMC Pédopsychiatrie.

29. D. Mellier et al. La vie psychique du bébé, émergence et construction intersubjective. Dunod.
30. Amar M, Garret-Gloanec N, Le Marchand-Cottenceau M. Réflexion autour du corps du bébé comme indicateur de souffrance psychique précoce. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc.* sept 2009;57(6):542-7.
31. K Gueniche. Psychopathologie de l'enfant. 3ème édition. Armand Colin; 2011.
32. Amar M, Dreno L, Picherot G, Guillemot F. Liens et liaison en pédopsychiatrie. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc.* sept 2009;57(6):441-51.
33. Vernotte C. 5/7 Wilfred Ruprecht Bion. *Soins Psychiatr.* juill 2014;35(293):45-6.
34. A. Ciccone. Enveloppe psychique et fonction contenante: modèles et pratiques. *Cah Psychol Clin.* 2001;2(17).
35. Houzel D. L'aube de la vie corporopsychique. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc.* sept 2010;58(6-7):359-65.
36. Glatigny-Dallay E, Lacaze I, Loustau N, Paulais J-Y, Sutter A-L. Évaluation des interactions précoces. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr.* juill 2005;163(6):535-40.
37. S. Missonnier. Introduction aux connaissances de la psychologie clinique foetale. EMC Psychiatrie.
38. Picco M. Travail psychique et maternité. De la « Transparence » à la symbolisation. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc.* févr 2005;53(1-2):19-23.
39. M.Bydlowski. La dette de vie. Itinéraire psychanalytique de la maternité. Presses universitaires de France.
40. DW. Winnicott. De la pédiatrie à la psychanalyse. Payot;
41. M. Bydlowski, B. Golse. De la transparence psychique à la préoccupation maternelle primaire. Une voie de l'objectalisation. *Carnet Psy.* 2001;3(63):48.
42. S. Missonnier, Bernard Golse, Michel Soulé. La grossesse, l'enfant virtuel et la parentalité. Presses universitaires de France.
43. M-R Moro. Aimer ses enfants ici et ailleurs. Odile Jacob. 2007.
44. Vinay A, Brenot-Bergeret M, Rosenblum O, Genty M. Réflexions autour du processus de parentalité : quelles étapes et quelles spécificités dans l'adoption ? *Prat Psychol.* mars 2014;20(1):21-37.
45. Serge Lebovici. Relations foetomaternelles. EMC Obstétrique. 1996.

46. T-Berry Brazelton, Bertrand Cramer et al. Les premiers liens. L'attachement parents/bébé vu par un pédiatre et un psychiatre. Calmann-Lévy. 1991.
47. M-J Soubieux, Michel Soulé. L'enfant et la violence. Un modèle de la violence fondamentale: l'interaction biologique: foetus, placenta, mère. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc.* 2002;50(6-7):419-23.
48. Gallois T, Wendland J, Tordjman S. Effets du stress prénatal sur le fœtus et les données périnatales : une revue critique de la littérature. *L'Évolution Psychiatr.* avr 2012;77(2):291-301.
49. Picone O, Servely J-L, Chavatte-Palmer P. Origine fœtale des maladies de l'adulte: quelle importance pour la pratique obstétricale? *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod.* juin 2007;36(4):338-43.
50. Graignic-Philippe R, Tordjman S. Effets du stress pendant la grossesse sur le développement du bébé et de l'enfant. *Arch Pédiatrie.* oct 2009;16(10):1355-63.
51. de Weerth C, van Hees Y, Buitelaar JK. Prenatal maternal cortisol levels and infant behavior during the first 5 months. *Early Hum Dev.* nov 2003;74(2):139-51.
52. Wurmser H, Rieger M, Domogalla C, Kahnt A, Buchwald J, Kowatsch M, et al. Association between life stress during pregnancy and infant crying in the first six months postpartum: a prospective longitudinal study. *Early Hum Dev.* mai 2006;82(5):341-9.
53. Pierre Delion. La consultation avec l'enfant. Masson. 2010.
54. Sous la direction de Bernard Golse. Le développement affectif et intellectuel de l'enfant. 4ème édition. Masson;
55. Serge Lebovici et al. Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Presses universitaires de France.
56. Bydlowski-Aidan S, Jousset C. Pleurs du nourrisson et interactions familiales. *J Pédiatrie Puériculture.* août 2008;21(5-6):204-8.
57. Marcelli D. Engagement par le regard et émergence du langage. Un modèle pour la trans-subjectivité. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc.* sept 2009;57(6):487-93.

58. Golse B. Les précurseurs corporels et comportementaux de l'accès au langage verbal. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc.* nov 2005;53(7):340-8.
59. L. Alvarez. *Approche clinique du bébé en pédopsychiatrie.* EMC. 2012.
60. Leroy T, Delelis G, Nandrino J-L, Christophe V. Régulations endogène et exogène des émotions : des processus complémentaires et indissociables. *Psychol Fr.* sept 2014;59(3):183-97.
61. C Robert-Tissot. *Interactions du nourrisson avec ses partenaires.* EMC Psychiatrie. 2000.
62. A Guedeney. *Développement précoce.* EMC Psychiatrie. 2001.
63. O Rosenblum. *Echelles d'évaluation des interactions chez le jeune enfant.* EMC Pedopsychiatrie. 1999.
64. B Golse. Structure des états ou structure des processus? *Psychiatr Enfant.* 2005;48(2):306.
65. N Garret-Gloanec. Retrait psycho-affectif chez un bébé. *Inf Psychiatr.* 2007;83(2):70.
66. M-R Moro et al. Des bébés et des parents en souffrance. In: *Manuel de psychopathologie du bébé et de sa famille. La pensée sauvage.*
67. Denis Mellier. *Vie émotionnelle et souffrance du bébé.* Dunod. 2005.
68. Nathalie Boige. Le nourrisson en pleurs: reflux, coliques ou colère? Une approche psychosomatique. *Médecine Sommeil.* 2008;5(17):5-11.
69. Nathalie Boige. Les troubles psychosomatiques précoces du bébé. In: *Manuel de psychologie clinique de la périnatalité.* Elsevier Masson.
70. Hervé M-J, Jaussent A, Paradis M, Rattaz C, Lopez S, Evrard V, et al. Troubles du comportement et troubles fonctionnels du nourrisson : caractéristiques, interactions mère-enfant, alliance et évolution après une psychothérapie brève parent-enfant. Étude pilote. *L'Encéphale.* févr 2013;39(1):29-37.
71. Auxéméry Y. Quelles différentes entités cliniques se cachent derrière les termes génériques de « somatisation » et de « trouble fonctionnel » ? Une question cardinale pour la thérapeutique. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr.* juill 2014;172(5):400-8.
72. R. Debray, R-A Belot. *La psychosomatique du bébé.* Presses universitaires de France.

73. Belot R-A. Modifications du système pare-excitation maternel en pré- et post-partum et expression somatique du bébé. À partir d'une observation, Elise (1 mois 19 jours). *Neuropsychiatr Enfance Adolesc.* juin 2014;62(4):218-25.

74. C. Viodé-Bénomy, B. Golse. *Psychopathologie du bébé*. 2ème édition. Armand Colin;

75. Pinheiro KAT, Pinheiro RT, da Silva RA, Coelho FM da C, Quevedo L de Á, Godoy RV, et al. Chronicity and severity of maternal postpartum depression and infant sleep disorders: a population-based cohort study in southern Brazil. *Infant Behav Dev.* avr 2011;34(2):371-3.

76. Righetti-Veltima M, Conne-Perréard E, Bousquet A, Manzano J. Postpartum depression and mother-infant relationship at 3 months old. *J Affect Disord.* août 2002;70(3):291-306.

77. Dennis C-L, Ross L. Relationships among infant sleep patterns, maternal fatigue, and development of depressive symptomatology. *Birth Berkeley Calif.* sept 2005;32(3):187-93.

78. M-J Challamel, P Franco. *Insomnies et troubles de l'installation du rythme jour/nuit du jeune enfant*. AKOS.

79. Nathalie Boige. *Dysrythmie digestive du bébé: le rythme à trois temps de la consultation pédiatrique*. Spirale. 2007;4(44):210.

80. Vik T, Grote V, Escribano J, Socha J, Verduci E, Fritsch M, et al. Infantile colic, prolonged crying and maternal postnatal depression. *Acta Paediatr Oslo Nor* 1992. août 2009;98(8):1344-8.

81. Radesky JS, Zuckerman B, Silverstein M, Rivara FP, Barr M, Taylor JA, et al. Inconsolable infant crying and maternal postpartum depressive symptoms. *Pediatrics.* juin 2013;131(6):e1857-64.

82. Akman I, Kuşçu K, Ozdemir N, Yurdakul Z, Solakoglu M, Orhan L, et al. Mothers' postpartum psychological adjustment and infantile colic. *Arch Dis Child.* mai 2006;91(5):417-9.

83. J. De Blic, P. Scheinmann. *Asthme de l'enfant et du nourrisson*. EMC Pédiatrie.

84. S-G Consoli. *Psychiatrie et dermatologie*. EMC Dermatologie. 2010.

85. Catherine Epelbaum. *Maltraitance et sévices à enfant*. EMC Psychiatrie. 1999.

86. C. Mille, T. Henniaux. Carences affectives et négligences graves. EMC Pedopsychiatrie.
87. Lee E, Chang HY, Lee K-S, Suh DI, Yu H-S, Kang M-J, et al. The effect of perinatal anxiety on bronchiolitis is influenced by polymorphisms in ROS-related genes. BMC Pulm Med. 2014;14:154.
88. Suzanne B Robert-Ouvray. Intégration motrice et développement psychique. 2ème édition. 2004.
89. JM Albaret. Troubles psychomoteurs chez l'enfant. EMC Psychiatrie. 2001.
90. Mylène Hubin-Gayte. Le tempérament du nourrisson: un concept à redécouvrir ou à réinventer. Devenir. 2006;18(3):72.
91. Petzoldt J, Wittchen H-U, Wittich J, Einsle F, Höfler M, Martini J. Maternal anxiety disorders predict excessive infant crying: a prospective longitudinal study. Arch Dis Child. sept 2014;99(9):800-6.
92. Michel Picco, André Carel. Evitement relationnel du nourrisson et dépistage précoce. In: La psychiatrie de l'enfant. Presses universitaires de France; 2002.
93. Pierre Delion. Les bébés à risque autistique. Eres; 2008.
94. A Guedeney, A-S Mintz, R Dugravier. Risques développementaux chez le nourrisson de la naissance à 18 mois. J Pédiatrie Puériculture. 2007;20(3-4):146-51.
95. B Beauquier-Maccotta, L Alvarez, B Golse. Evaluations complémentaires chez le bébé. EMC Pedopsychiatrie. 2012.
96. American Psychiatric Association, M-A Crocq, J-D Guelfi, P Boyer. DSM-5-Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Elsevier Masson. 2015.
97. Didier Houzel. Les signes précoces de l'autisme et leur signification psychopathologique. Carnet Psy. 2002;8(76):46.
98. B Golse. Depressions du bébé (points de vue psychopathologique et psychanalytique). EMC Pédopsychiatrie. 2011.
99. Sophie Gandillot, Jacqueline Wendland. Etude comparative des interactions précoces des mères psychotiques et déprimées avec leur bébé. Devenir. 2012;24(2):104.
100. Organisation mondiale de la Santé. Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement [Internet]. 2008. Disponible sur: www.who.int/fr/

101. C Agbokou, F Ferreri. Clinique des dépressions maternelles postnatales. EMC Psychiatrie. 2011.
102. J Dayan, P Gerardin. Troubles psychiques de la grossesse et du post-partum. EMC Obstétrique. 2014.
103. Ayissi L, Hubin-Gayte M. Irritabilité du nouveau-né et dépression maternelle du post-partum. Neuropsychiatr Enfance Adolesc. avr 2006;54(2):125-32.
104. Dayan J. Clinique et épidémiologie des troubles anxieux et dépressifs de la grossesse et du post-partum. Revue et synthèse. J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. oct 2007;36(6):549-61.
105. Cohn JF, Matias R, Tronick EZ, Connell D, Lyons-Ruth K. Face-to-face interactions of depressed mothers and their infants. New Dir Child Dev. 1986;(34):31-45.
106. Hiscock H, Wake M. Infant sleep problems and postnatal depression: a community-based study. Pediatrics. juin 2001;107(6):1317-22.
107. A-L Sutter-Dallay. Impact de la dépression postnatale maternelle précoce sur le développement cognitif du nourrisson: étude prospective sur 2 ans. Devenir. 2008;20(1):112.
108. Favez N, Tissot H, Frascarolo F, Fivaz-Depeursinge E. Dépressivité maternelle au post-partum et symptomatologie du bébé à trois mois: l'effet modérateur de l'alliance familiale et de la satisfaction conjugale. Neuropsychiatr Enfance Adolesc. juin 2014;62(4):203-11.
109. F Gressier, M Tabat-Bouher, O Cazas, P Hardy. Dépression paternelle du post-partum: revue de littérature. Presse Médicale. 2015;44(4P1):418-24.
110. Guedeney N, Fermanian J. Validation study of the French version of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS): new results about use and psychometric properties. Eur Psychiatry J Assoc Eur Psychiatr. 1998;13(2):83-9.
111. Jardri R, Pelta J, Maron M, Thomas P, Delion P, Codaccioni X, et al. Predictive validation study of the Edinburgh Postnatal Depression Scale in the first week after delivery and risk analysis for postnatal depression. J Affect Disord. juill 2006;93(1-3):169-76.
112. Circulaire DHOS/01/03/CNAMTS n°2006-151.
113. Réseau Ombrel. Quelques chiffres [Internet]. [cité 4 août 2015]. Disponible sur: www.ombrel.fr

114. P. Boulot. Le point actuel sur la collaboration entre obstétriciens et spécialistes de psychologie périnatale. Spirale [Internet]. 2005;1(33). Disponible sur: www.cairn.info
115. N. Guedeney. Psychiatrie périnatale: spécificités et apports. EMC Pédopsychiatrie.
116. Registre des ostéopathes de France. Qu'est ce qu'un ostéopathe exclusif ? [Internet]. 2014. Disponible sur: www.osteopathie.org
117. Registre des ostéopathes de France. Définition de l'ostéopathie [Internet]. 2013. Disponible sur: www.osteopathie.org
118. Cathébras P, Lachal P. Problématique de la prise en charge du patient fonctionnel. EMC - Traité Médecine AKOS. janv 2011;6(2):1-7.
119. P. Cathébras. Plainte fonctionnelle ou symptômes médicalement inexpliqués. EMC Psychiatrie. 1998.
120. Organisation mondiale de la santé. Stratégie de l'OMS pour la médecine traditionnelle pour 2014-2023 [Internet]. 2013. Disponible sur: www.who.int/fr/
121. Union fédérale des ostéopathes de France. Principes directeurs pour la formation en ostéopathie (traduction française du rapport de l'OMS « Benchmarks for training in osteopathy ») [Internet]. 2010. Disponible sur: www.osteofrance.com
122. B. Fallissard, C. Barry. Evaluation de l'efficacité de la pratique de l'ostéopathie" [Internet]. 2012. Disponible sur: www.inserm.fr
123. O. Auquier. Ostéopathie: Principes et applications ostéoarticulaires. Elsevier; 2007.
124. N. Sergueef. Ostéopathie pédiatrique. Elsevier; 2007.
125. Arrêté du 6 janvier 1962 fixant la liste des actes médicaux ne pouvant être pratiqués que par des médecins Article 2 [Internet]. janv 6, 1962. Disponible sur: www.legifrance.gouv.fr
126. Conseil national de l'ordre des médecins. Titres autorisés [Internet]. 2015. Disponible sur: www.conseil-national.medecin.fr
127. Syndicat national de médecins ostéopathes. Comment reconnaître un ostéopathe? [Internet]. 2010 [cité 25 août 2015]. Disponible sur: www.medecin-osteopathe.org
128. Article 75. Loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. 2002-303 mars 4, 2002.

129. Décret relatif aux actes et conditions d'exercice de l'ostéopathie. 2007-435 mars 25, 2007.
130. Décret relatif à la formation en ostéopathie. 2014-1505 déc 12, 2014.
131. Fantine Rebours-Marandon. L'ostéopathie appliquée aux nourrissons: état des lieux des connaissances et des pratiques des médecins généralistes et pédiatres de Loire-Atlantique. Université de Nantes; 2012.
132. Haute autorité de santé. Avis sur deux projets de décrets relatifs à l'ostéopathie. 2007.
133. Société européenne de recherche en ostéopathie pédiatrique et périnatale. Indications enfants [Internet]. 2010 [cité 26 mai 2015]. Disponible sur: www.seropp.org
134. Laurent Stubbe. Ostéopathie et nourrissons. Analyse critique des risques attribués au traitement ostéopathique des nourrissons de 0 à 9 mois [Internet]. 2006. Disponible sur: www.academie-osteopathie.fr
135. Société européenne de recherche en ostéopathie pédiatrique et périnatale. Règles de bonnes pratiques et d'éthique [Internet]. 2012 [cité 25 mai 2015]. Disponible sur: www.seropp.org
136. Posadzki P, Lee MS, Ernst E. Osteopathic manipulative treatment for pediatric conditions: a systematic review. *Pediatrics*. juill 2013;132(1):140-52.
137. Duncan B, McDonough-Means S, Worden K, Schnyer R, Andrews J, Meaney FJ. Effectiveness of osteopathy in the cranial field and myofascial release versus acupuncture as complementary treatment for children with spastic cerebral palsy: a pilot study. *J Am Osteopath Assoc*. oct 2008;108(10):559-70.
138. Hayden C, Mullinger B. A preliminary assessment of the impact of cranial osteopathy for the relief of infantile colic. 2006;
139. G. Guillet, F. Collombelle. Les effets de l'ostéopathie sur les nouveaux-nés prématurés. *Rev Sage-Femme*. 2014;13(3):171-7.
140. Amiel-Tison C, Soyez-Papiernik E. Place de l'ostéopathie dans la correction des déformations crâniennes du nouveau-né et du jeune enfant. *Arch Pédiatrie*. juin 2008;15:S24-30.
141. Dobson D, Lucassen PL, Miller JJ, Vlieger AM, Prescott P, Lewith G. Manipulative therapies for infantile colic. In: The Cochrane Collaboration, éditeur. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2012.

142. Jérôme Pelta. Le dépistage de la dépression post natale par les pédiatres. Lille 2; 2007.
143. Institut supérieur d'ostéopathie de Lille. La formation d'ostéopathe [Internet]. [cité 13 août 2015]. Disponible sur: www.lille-osteopathie.fr
144. Grégory Landurier, Leslie Bézard, J-E Drumare. Rapport de l'observatoire socio-économique de l'ostéopathie. [Internet]. 2012. Disponible sur: www.observatoire-osteopathie.org
145. Observatoire économique de l'ostéopathie. Rapport Oseostéo 2013 [Internet]. 2015. Disponible sur: www.observatoire-osteopathie.org
146. Fonds interprofessionnel de formation des professionnels libéraux. Critères de prise en charge [Internet]. Disponible sur: www.fifpl.fr
147. Société européenne de recherche en ostéopathie périnatale et pédiatrique. Déroulé d'une consultation [Internet]. 2011 [cité 28 juill 2015]. Disponible sur: www.seropp.org
148. L Lecouturier. Etat des lieux de l'ostéopathie en maternité. L'institut Dauphine d'Ostéopathie; 2013.
149. Ohgi S, Gima H, Akiyama T. Neonatal behavioural profile and crying in premature infants at term age. *Acta Paediatr Oslo Nor* 1992. nov 2006;95(11):1375-80.
150. Gerardin P, Wendland J, Bodeau N, Galin A, Bialobos S, Tordjman S, et al. Depression during pregnancy: is the developmental impact earlier in boys? A prospective case-control study. *J Clin Psychiatry*. mars 2011;72(3):378-87.
151. Patrick Varlet. Ostéopathie somato-émotionnelle. Sully; 2012.
152. P Tricot. Approche tissulaire de l'ostéopathie. Livre 2: Praticien de la conscience. 2005.
153. Pierre Tricot. Approche Tissulaire de l'ostéopathie [Internet]. [cité 4 sept 2015]. Disponible sur: www.approche-tissulaire.fr
154. Ludivine Carlier. L'ostéopathie tissulaire chez le nourrisson. The Belgian School of Osteopathy; 2010.
155. B Golse. Du bébé observé au bébé soigné: la place de l'empathie. *Psychiatr Infant*. 2008;51(2).
156. Richier P, Gocko X, Mory O, Trombert-Paviot B, Patural H. Étude épidémiologique des consultations précoces de nouveau-nés aux services d'accueil des urgences pédiatriques. *Arch Pédiatrie*. févr 2015;22(2):135-40.

157. L Murray. Le rôle de facteurs liés au nourrisson dans la dépression maternelle. *Devenir*. 1998;10(4).
158. Léon Kreisler. La clinique psychosomatique du nourrisson. In: *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*. Troisième édition. Presses universitaires de France; 1997.
159. Patrice Tidière. Approche ostéopathique des troubles digestifs chez l'enfant de 0 à 4 mois. *Troubles digestifs ou digestif troublé*. *Apostill*. 2003;(13):54-7.
160. Bordin C, Leclaire M, Demeester A. L'échelle de douleur et d'inconfort du nouveau-né (EDIN). Étude de validité portant sur 160 nouveau-nés en maternité entre quatre et 12heures de vie. *Rev Sage-Femme*. juin 2012;11(3):120-7.
161. M Tardieu. Diagnostic d'une hypotonie chronique du nouveau-né et du nourrisson. *EMC Pédiatrie*. 2011.
162. C Jacquet. Les liens corps esprit, Regards croisés à partir de cas cliniques. *Dunod*. 2014.
163. E W. Pireyre. Clinique de l'image du corps. Du vécu au concept. *Dunod*. 2011.
164. J Wendland, A Gautier, M Wolff, J Brisson. Retrait relationnel et signes précoces d'autisme: étude préliminaire à partir de films familiaux. *Devenir*. 2010;22(1):106.
165. A Guedeney, C Dumond, F Grasso, N Starakis. Comportement de retrait relationnel du jeune enfant. Du concept à l'outil diagnostique. *Med Sci Paris [Internet]*. 2004;20(11). Disponible sur: www.ipubli.inserm.fr
166. R.A Spitz. Maladie de carence affective chez le nourrisson. De la naissance à la parole. La première année de vie. *Presses universitaires de France*. 1973.
167. Bruno Conjeaud. *Grossesse, hormones et ostéopathie*. Sully; 2012.
168. Matthey S, Fisher J, Rowe H. Using the Edinburgh postnatal depression scale to screen for anxiety disorders: conceptual and methodological considerations. *J Affect Disord*. 5 avr 2013;146(2):224-30.
169. Bocquet C, Deruelle P. Quelles échelles psychométriques utiliser pour évaluer l'état psychologique de la femme enceinte ? *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod*. oct 2014;43(8):587-92.
170. Loi relative au secret professionnel au sein des réseaux de santé. *Code de santé publique, Article L1110-4 août 10, 2011*.

171. Fédération Française de l'ostéopathie. Code de déontologie de l'ostéopathie [Internet]. Disponible sur: www.osteopathe-syndicat.fr

172. Ministère des affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes. Projet de loi de modernisation de notre système de santé [Internet]. Article 25 avr 14, 2015. Disponible sur: www.assemblee-nationale.fr

173. M Berrios, M Abad, M Aubert, M Darmanin, M de Ganay, M Decool, M Douillet. Amendement 2215 de l'article 25 du projet de loi de modernisation de notre système de santé projet de loi. mars 27, 2015.

174. Annuaire du réseau de santé périnatal Parisien [Internet]. [cité 2 sept 2015]. Disponible sur: www.rspp.fr/accueil-professionnel

175. S Pollet, E Boez, S Nadif, C Damageux, J Adam. Interêt d'un traitement par ostéopathie crânienne dans les troubles fonctionnels du nouveau-né [Internet]. 2009. Disponible sur: www.gen-nord-pas-de-calais.fr

176. Institut supérieur d'ostéopathie de Lille. La recherche scientifique [Internet]. [cité 3 août 2015]. Disponible sur: www.lille-osteopathie.fr

177. A-C Oudot De Clerck. Pourquoi les parents consultent-ils un ostéopathe pour leur nourrisson? Université de Nantes; 2011.

178. Dennis C-L, Dowswell T. Psychosocial and psychological interventions for preventing postpartum depression. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;2:CD001134.

179. Sophie Delille. Prise en charge multidisciplinaire de la dépression du post-partum. Enquête auprès des médecins généralistes du secteur armentierois. Lille 2; 2005.

180. M Lecompte-Antoine. Etats des lieux de la prise en charge de la dépression postnatale par les professionnels de premier recours sur la ville de Lille. Lille 2; 2015.

181. J Carretier, A Bataillard, B Fervers. La place du patient dans la médecine factuelle. *J Chir Viscérale.* 2009;146(6):537-44.

182. M Blazy. Interdisciplinarité, recherche et tricot. In: *Manuel de psychologie clinique de la périnatalité.* Elsevier Masson; 2012.

ANNEXES

Annexe 1 : Questionnaire de l'enquête

Questionnaire Ostéo/Psy

Je m'appelle Anne-Sophie Bercez, je suis interne en psychiatrie à la faculté de médecine de Lille. Dans le cadre de ma thèse de fin d'études, j'ai choisi de m'intéresser au repérage de la souffrance psychique des mamans et leurs bébés au cours de la première année de vie de l'enfant.

L'idée d'interroger les ostéopathes sur leur expérience m'est venue des témoignages de plusieurs mamans au cours d'un stage où j'étais amené à accompagner des mamans et leurs bébés dans une période de grand bouleversement que représente le post-partum.

Je me suis souvent dit que j'aurais aimé pouvoir échanger avec les professionnels ostéopathes notamment sur la lecture qu'ils pouvaient faire de ces situations cliniques.

Lorsque c'est le corps qui parle, c'est rarement avec un psychiatre ou un psychologue que l'on prend rendez-vous en première intention.

Avec le corps et le toucher au cœur de votre pratique, votre point de vue sur la question m'intéresse.

Avez vous déjà pensé que pour certaines mamans et leurs bébés la dimension psychologique était en jeu?

Je vous propose de répondre à mon questionnaire qui prendra entre 5 et 10 min de votre temps et qui pourrait je l'espère nous permettre de travailler davantage en partenariat. Si vous êtes par la suite intéressé(e) par les résultats de l'enquête ou pour tout autre renseignement, n'hésitez pas à me contacter à l'adresse suivante :

annesophie.bercez@gmail.com.

Je vous remercie pour votre participation.

*Obligatoire

1. **Question 1 - Vous êtes : ***

Une seule réponse possible.

- Un homme
 Une femme

2. **Question 2 - Le numéro du département dans lequel vous exercez : ***

3. **Question 3 - Quel âge avez- vous? * Une seule réponse possible.**

- Entre 18 et 25 ans
 Entre 25 et 35 ans
 Entre 35 et 50 ans
 Plus de 50 ans

4. **Question 4 - Vous êtes : ***

Une seule réponse possible.

- Ostéopathe diplômé d'une école d'ostéopathie
 Titulaire d'un diplôme complémentaire en ostéopathie

Etudiant en dernière année d'école d'ostéopathie

5. **Question 5 - Si vous êtes titulaire d'un diplôme complémentaire en ostéopathie, précisez votre spécialité initiale** *Une seule réponse possible.*

Kinésithérapeute

Médecin

Sage femme

Psychomotricien Autre :

6. **Question 6 - Avez- vous effectué en supplément de votre formation initiale une formation complémentaire en** *Plusieurs réponses possibles.*

Ostéopathie pédiatrique
Ostéopathie périnatale

7. **Question 7- Le plus souvent vous recevez des bébés adressés par :** * *Plusieurs réponses possibles.*

Le médecin traitant

Le pédiatre

Les sages-femmes de maternité

Les sages-femmes libérales

Les psychiatres, psychologues

Démarche personnelle parentale

8. **Question 8 - Dans votre patientèle, quel est le pourcentage moyen de bébés de 0 à 12 mois?** *

Une seule réponse possible.

Moins de 5%

Entre 5 et 20%

Entre 20 et 50%

Plus de 50%

9. **Question 9 - Parmi ces bébés, quelle est la tranche d'âge la plus représentée?** * *Une seule réponse possible.*

De la naissance à 4 semaines de vie

Entre 1 et 3 mois

Entre 3 et 6 mois

Entre 6 et 12 mois

10. **Question 10 - En moyenne, combien de fois recevez-vous un même bébé durant sa première année?** * *Une seule réponse possible.*

- Une fois
- Deux fois
- Entre deux et cinq fois
- Plus de cinq fois
-

11. **Question 11 - Quand vous êtes amenés à revoir un bébé, quel est l'intervalle moyen entre les consultations? ***

Une seule

- réponse possible.
- moins d'un mois entre 1
- et 3 mois plus de 3 mois

12. **Question 12 - Quel est le principal motif de consultation dans votre patientèle de bébés de 0 à 1 an ? ***

Une seule réponse possible.

- Troubles digestifs (coliques, régurgitations, reflux gastro-oesophagien, constipation) Pleurs, irritabilité
- Troubles du sommeil
- Bilan ostéopathique après l'accouchement
- Plagiocéphalies
- Troubles tonico-posturaux (hypertonie, hypotonie, perte de mobilité..)
- _____ Autre :

13. **Question 13 - Pensez-vous que des symptômes physiques chez le bébé puissent dans certains cas être en lien avec des difficultés psychiques?**

** Une seule réponse possible.*

- Tout à fait d'accord
- Plutôt d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Pas du tout d'accord
-

14. **Question 14 - Prenez-vous en compte la dimension psychologique lors de vos consultations avec ces parents et leurs bébés? ***

Une seule réponse possible.

- Oui toujours
- Oui en fonction du contexte
- Non
-

15. **Question 15 a)- Si oui à la question ci-dessus, pour explorer**

cette dimension psychologique vous vous appuyez sur une anamnèse détaillée:

1=toujours, 2=très souvent, 3=assez souvent, 4=parfois, 5=jamais
Une seule réponse possible.

1	2 3	4	5	
<input type="radio"/>				

16. **b) Sur l'observation des interactions de la maman et son bébé (façon dont elle le porte, manière de s'adresser à lui, ...)**

1=toujours, 2=très souvent, 3=assez souvent, 4=parfois, 5=jamais
Une seule réponse possible.

1	2 3	4	5	
<input type="radio"/>				

17. **c) Sur des questions directes posées à la mère sur son état psychique actuel (ex :**

Comment est votre moral en ce moment ?)

1=toujours, 2=très souvent, 3=assez souvent, 4=parfois, 5=jamais
Une seule réponse possible.

1	2 3	4	5	
<input type="radio"/>				

18. **d) Sur l'impression subjective globale, ce que vous ressentez au cours de cette séance:**

1=toujours, 2=très souvent, 3=assez souvent, 4=parfois, 5=jamais
Une seule réponse possible.

1	2 3	4	5	
<input type="radio"/>				

19. **Question 16 - Dans les situations où la dimension psychique semble en jeu, repérez-vous à l'examen un certain type de dysfonctions plus spécifiques? * Une seule réponse possible.**

- OUI
 NON

20. **Si oui lesquelles?**

21. **Question 17 - Dans votre pratique, parmi les signes suivants, quels sont ceux que vous associez le plus souvent à des difficultés psychologiques? * Plusieurs réponses possibles.**

- Les signes digestifs
 Les pleurs, l'irritabilité
 Les troubles du sommeil
 Les infections répétitives
 Les troubles tonico-posturaux
 Un retard dans le développement psychomoteur
 Aucun
 Autre :

22. **Question 18 -**

- Quelles sont les trois présentations de bébés que vous trouveriez particulièrement inquiétantes en consultation et vous ferez peut-être évoquer une souffrance psychique du bébé? * Plusieurs réponses possibles.**

- Un bébé qui sourit peu, qui vocalise peu
 Un bébé qui détourne le regard lors des échanges, avec qui il est difficile d'entrer en interaction
 Un bébé qui a une motricité spontanée faible, qui bouge lentement
 Un bébé qui paraît agité, irritable, qui pleure beaucoup
 Des troubles du tonus comme une hypertonie ou une hypotonie
 Un retard dans le développement psychomoteur (position assise, préhension, babillage...)
 Des mouvements ou des activités stéréotypés (balancement du corps..)

23. **Question 19 - Parmi ces situations, lesquelles associeriez- vous le plus à des facteurs de risque de souffrance psychique du bébé? * Plusieurs réponses possibles.**

- La prématurité
 Les accouchements traumatiques
 Les malformations, les maladies, le handicap pour le bébé
 Les carences de soins (physiques, affectifs)
 Les troubles psychiatriques parentaux dont la dépression post natale
 Les addictions (toxicomanie, alcool)
 Les événements de vie à impact négatif de la période périnatale (deuil, accident, séparation..)

24. **Question 20 - Avez- vous au cours de votre formation abordé la question de la dépression post-natale? * Une seule réponse possible.**

- Oui
 Non

25. **Question 21 - Selon vous quelle est sa fréquence? * Une seule réponse possible.**

- Moins de 20% des femmes
 Entre 20 et 40 % des femmes
 Entre 40 et 60 % des femmes
 Plus de 60% des femmes

26. **Question 22 - Parmi les signes suivants, quels sont ceux qui au cours d'une consultation vous évoqueraient le plus la dépression post natale?**

** Plusieurs réponses possibles.*

- Une dévalorisation, une impression de ne pas être à la hauteur pour s'occuper du bébé
 Des troubles du sommeil
 Des troubles de l'appétit
 Une irritabilité importante
 Une humeur changeante
 Des plaintes physiques nombreuses de la maman
 Des craintes de faire mal au bébé
 Un sentiment d'épuisement
 Beaucoup de préoccupations anxieuses pour la santé du bébé
 Des difficultés de séparation avec le bébé
 Des interactions entre une maman et son bébé qui ne vous paraissent pas harmonieuses (ex : un portage figé, des réponses inadéquates aux besoins du bébé)

27. **Question 23 - Pensez-vous qu'une dépression post-natale chez une mère puisse entraîner des signes physiques chez son bébé? * Une seule réponse possible.**

- Tout à fait d'accord
 Plutôt d'accord
 Plutôt pas d'accord
 Pas du tout d'accord

28. **Question 24 - Pensez-vous qu'une dépression post-natale chez une mère puisse entraîner une souffrance psychique chez son bébé? * Une seule réponse possible.**

- Tout à fait d'accord
 Plutôt d'accord
 Plutôt pas d'accord
 Pas du tout d'accord

29. **Question 25 - Avez-vous déjà entendu parler de l'organisation en réseau des soins psychiques en périnatalité? * Une seule réponse possible.**

- Oui
 Non

30. **Question 26 - Savez-vous comment interpeller les professionnels des réseaux de soins psychiques en périnatalité? * Une seule réponse possible.**

- Oui
 Non

31. **Si oui comment faites-vous?**

.....

32. **Question 27- Au cours d'une consultation d'une maman avec son bébé, il vous arrive d'être confronté(e) à une situation où la dimension psychique semble en jeu: * Une seule réponse possible.**

- Tout à fait fréquemment
 Plutôt fréquemment
 Plutôt pas fréquemment
 Pas du tout fréquemment
 Jamais

33. **Question 28 - Que faites-vous généralement dans ces cas? * Plusieurs réponses possibles.**

- Vous écoutez, rassurez, conseillez
 Vous proposez un autre rendez vous
 Vous contactez le médecin traitant ou le pédiatre
 Vous orientez vers les psychiatres, psychologues du secteur
 Vous orientez vers les psychiatres, psychologues libéraux

 Autre :

34. **Question 29 - Souhaiteriez-vous collaborer davantage avec les différents partenaires des réseaux de périnatalité de votre secteur (médecins gynécologues, sage femmes, médecins psychiatres, ...) ? * Une seule réponse possible.**

- Oui

Non

35. **Question 30- Comment jugez-vous la collaboration entre les professionnels de soins psychiques en périnatalité et les ostéopathes? ***

Une seule réponse possible.

- Très satisfaisante
 Plutôt satisfaisante
 Plutôt insatisfaisante
 Très insatisfaisante
 Absente

36. **Question 31 - Pensez-vous que l'ostéopathe a son rôle à jouer dans le repérage de la souffrance psychique des dyades mamans-bébés? *** *Une seule réponse possible.*

Une seule réponse possible.

- Tout à fait d'accord
 Plutôt d'accord
 Plutôt pas d'accord
 Pas du tout d'accord

37. **Question 32 - Souhaiteriez-vous des informations complémentaires sur la souffrance psychique du bébé et la dépression post-natale? *** *Une seule réponse possible.*

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

38. **Question 33 - Souhaiteriez-vous des informations complémentaires sur les réseaux de soins en périnatalité? *** *Une seule réponse possible.*

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

39. **Question 34 - Si oui sous quelle forme ?**

Plusieurs réponses possibles.

- Presse
 Au cours de la formation initiale
 Formation continue
 Soirée d'information

40. **Question 35 - Avez-vous des commentaires?**

.....
.....
.....
.....
.....

Fourni par



Annexe 2 : Guide de bonnes pratiques & d’Ethique établi par la Société Européenne de Recherche en Ostéopathie Périnatale et Pédiatrique (disponible sur www.seropp.org)



Guide de bonnes pratiques & d’Ethique ©

Ostéopathie pédiatrique

Interrogatoire, examen clinique

En début de la consultation, l’ostéopathe fait un interrogatoire médical classique (antécédents, motif(s) de consultation, etc.) puis va examiner cliniquement l’enfant avec un examen neurologique exhaustif qui se poursuivra examen ostéopathique palpatoire (cf pratiques et echnicité).

Respecter au cours de la consultation:

- Les règles d’hygiène
 - Utilisation de drap (tissu, papier) et en changer pour chaque nouveau consultant
 - User d’essuie-mains jetables uniquement
 - Nettoyages fréquents de la table de consultation et des jouets
- Les rythmes et les besoins physiologiques des nouveau-nés, nourrissons, enfants, (biberons, repas, changes, etc.) en cours de consultation
- Les étapes du développement, la physiologie neuro-musculaire et biomécanique de l’enfant ; connaître la vulnérabilité des structures (nouveau-né, nourrisson, enfant) cf « pratiques et technicité »
- L’état fébrile et algique (notamment en post-traumatique), etc devra mener à reporter la consultation voire à réorienter vers le pédiatre, les urgences, etc...

- L'interaction psycho-affective parent-enfant et ne pas engager ou pérenniser la culpabilité parentale

Pratiques et technicité :

- Respecter la physiologie du nouveau-né, du nourrisson, de l'enfant, et adapter les techniques, toujours à type de mobilisation, en fonction de l'immaturation des structures sous-jacentes
 - Absence de compression suturale
 - Pas de technique en hyper-extension ou en flexion forcée ^[1]. La « détente musculaire » pouvant être obtenue pendant ou après ces techniques serait proches des signes cliniques d'une hypotonie : donc incompatible avec une approche sécuritaire du nouveau-né et du nourrisson.
 - Pas de suivis des tissus (processus de myélinisation non terminé)
 - Pas de manipulation (voir article 3 des décrets d'application) de type « trust » (synchondroses largement ouvertes et articulations en période de croissance vulnérables : mécanobiologie)
- Respecter l'intégrité des cartilages de croissance de l'enfant (os longs et courts), les synchondroses vertébrales et basi-crâniennes ainsi que les sutures de la voûte crânienne
- Respecter les contre-indications éditées par la SEROPP (voir annexe A)
- Utiliser l'échelle de quantification (de 1 à 3) validée SEROPP ^[1]

Connaître et reconnaître

- Les signes cliniques d'urgence pédiatrique en cours de consultation et référer en urgence.
- Les pathologies à risque manipulatif, voire lors de mobilisations, telles la trisomie 21, Arnold Chiari, angiome cérébral, moelle bifide, neurofibromatose de Reicklinghausen, etc...
- Les troubles du développement
- Les limites de notre pratique: à quels moments s'arrêter dans notre prise en charge ostéopathique.

Savoir utiliser

- Echelles de la douleur : hétéro-évaluation, auto-évaluation (NFCS, EDIN, EVENDOL, voir site Pédiadol, etc.)
Si les signes cliniques en rapport avec la douleur persistent ou apparaissent en cours de consultation, il est impératif de modifier la technique ostéopathique utilisée voire de stopper la consultation, et de référer l'enfant si besoin.
- Avoir connaissance de l'échelle de Brazelton (évaluation du comportement du nouveau-né avec 28 items et les compétences du nouveau-né)

Eviter les pertes de chance

- Repérer, en cours de consultation, les troubles du développement et les signaler au pédiatre ou médecin traitant
- Sans résultat au-delà de la 2^e consultation, demander l'avis d'un ostéopathe-senior en OPP, et/ou référer l'enfant à un autre ostéopathe, au pédiatre, au généraliste et/ou demander un avis pédiatrique spécialisé (de préférence par l'intermédiaire du médecin traitant)

Ostéopathie Périnatale

Interrogatoire, examen clinique

Au début de la consultation, l'ostéopathe fait un interrogatoire médical classique (antécédents, motif(s) de consultation, etc.) puis va examiner cliniquement la patiente avec un examen neurologique exhaustif qui se poursuivra examen ostéopathique palpatoire adapté (cf pratiques et technicité)

Prise de la tension systématique.

Prise en charge de la femme enceinte et en post-partum:

- Les règles d'hygiène

- Utilisation de drap (tissu, papier) et en changer pour chaque nouveau consultant
- User d'essuie-mains jetables uniquement
- Nettoyage fréquent de la table de consultation
- Adapter les positions de traitement en fonction des modifications morphologiques dues à l'avancée de la grossesse.
- L'état fébrile et algique, etc... devra amener l'ostéopathe à reporter la consultation et à référer la patiente vers le gynéco-obstétricien, la sage-femme, les urgences maternité
- Grossesse gémellaire : la prise en charge pluri disciplinaire est conseillée (contre indications pour les grossesses mono amniotiques monozygotes).

Pratiques et technicités :

- Les techniques obstétricales de version par manœuvre externe sont interdites. Elles sont de la seule compétence du gynécologue-obstétricien sous une surveillance échographique.
- Les techniques seront respectueuses de l'état physiologique particulier à la femme enceinte et à la femme en post-partum, notamment au niveau cardio-vasculaire (grossesse gémellaire +++) et au niveau des techniques de hanches (voir annexe 2)
- Connaître et respecter les contre-indications éditées par la SEROPP (voir annexe B)
- Utiliser l'échelle de quantification (de 1 à 3) validée SEROPP ^[1]

Savoir utiliser

- Echelles de la douleur (auto-évaluation, QDSA, ALGOPLUS, etc.)
- Des coussins de positionnement (demi-lune, dit d'allaitement) pour améliorer le confort de la patiente lors des consultations ostéopathiques

Eviter les pertes de chance

- Connaitre les signes d'urgence gravidique : MAP (menace d'accouchement prématuré), pré-éclampsie, cholestase, hématome rétro-placentaire...et orienter en urgence la patiente vers le service de gynéco-obstétrique.
- Connaitre les troubles psychiques de la femme en périnatalité : dénis de grossesse, dépression post-partum, lien mère-enfant non amorcé, rejet du bébé, maltraitance ; réorienter la patiente vers un professionnel spécialisé (PMI, psychologue familial. ...)
 - Sans résultat au-delà de la 2^e consultation, demander l'avis d'un ostéopathe-senior.
- Savoir et accepter de référer la patiente à un autre ostéopathe, au médecin traitant, au gynécologue.
- La femme en post-partum est en « apprentissage » pour être « mère », l'ostéopathe se doit de l'accompagner dans ses choix sans prendre de parti pris (allaitements maternel et artificiel, vaccination, etc .)

ANNEXE A

Enfants, contre-indications absolues ou relatives

L'Ostéopathe compétent en ostéopathie pédiatrique respecte les cartilages de croissance de l'enfant (os longs et courts), mais aussi les synchondroses vertébrales et basi-crâniennes ainsi que les sutures de la voûte crânienne qui sont toutes les "cartilages de croissance" du rachis et du crâne. Avec un toucher fin et précis, l'ostéopathe travaille en décompression les zones trop contraintes in utero ou per partum, sans toutefois appliquer trop de distraction.

Comme chez l'adulte, les mobilisations du rachis cervical supérieur sont faites en légère flexion, puisque le nouveau-né garde une position semi-fœtale ^[3], (rachis avec une unique courbure en flexion -position physiologique de repos). Le rachis cervical sera redressé à un an, la lordose physiologique arrivera plus tard.

L'ostéopathe est d'autant plus vigilant qu'il connaît ^{[4],[5]} les troubles du rachis supérieur. Ils sont, certes, plus fréquents chez l'enfant que chez l'adulte (subluxation, luxation rotatoire) mais l'ostéopathe peut les corriger facilement par une mobilisation fine et précise - ^[5].

Si les indications sont nombreuses, il existe cependant quelques contre-indications ^{[3],[4]}. L'ostéopathe orientera son petit patient vers son Pédiatre ou le Médecin généraliste, ou un service d'urgence si cela lui semble nécessaire.

Chocs, chutes sur la tête ou le rachis

- Si *vomissements, perte de connaissance* ou *troubles de la conscience* dans les heures qui suivent demander une consultation préalable aux urgences pédiatriques ou chez le pédiatre (médecin généraliste), et un examen radiologique.
- Pour un choc sur la face ou le menton : radiographie conseillée, risque de fractures++.

Troubles de l'adaptation néonatale

- Cyanose présente dès le début de consultation et persistante : à adresser au pédiatre.

Anomalie crânio-faciale

- Asymétrie faciale marquée (hyper ou hypotélorisme marqué, épicanthus prononcé) à orienter vers le pédiatre pour avis du Généticien ou du Chirurgien maxillo-facial.
- Craniosténose (suspicion de) orientation vers le chirurgien maxillo-facial ou le neurochirurgien.

- Hématome du scalp (prévalence 2/100 000 naissances après extraction par ventouse) avec un pronostic vital compromis ; en maternité à ne pas confondre avec un céphalématome : demander en urgence l'avis du pédiatre de maternité.

Trouble digestifs

- Diarrhée : risque de déshydratation, à adresser en urgence vers le pédiatre ou aux urgences pédiatriques, surtout si la fontanelle bregmatique est déprimée en position assise
- Sténose du pylore (fin du 1er mois)
- Appui profond au niveau de l'abdomen ^[2], les techniques viscérales ne doivent pas être appliquées avec des "doigts pointés" (fragilité des tissus entériques)

Fièvre

- En cas de fièvre, la consultation sera reportée en orientant vers le pédiatre

Génétiques (pathologies)

Il convient d'être extrêmement prudent lorsqu'on mobilise les enfants porteurs de pathologies génétiques.

- Maladie du collagène (Marfan), ne jamais mettre les enfants à plat ventre (luxation cardiaque à travers le péricarde) entraînant un arrêt cardiaque, risque d'anévrisme..., ainsi que les hyperlaxités surtout des extrémités (Hellers-Danlos) etc.
- Trisomie 21: anomalie de la charnière cranio-cervicale (dislocation), risque d'absence de synostose odontoïde : corps de C après C7 voire absence d'apophyse odontoïde, laxité musculoligamentaire. Aucune manipulation même chez l'enfant plus grand et l'adulte.
- Neurofibromatose de Recklinghausen, Arnold Chiari, etc.

Neurologiques

- Hypotonie marquée, qui est le plus souvent liée à une maladie génétique, une myopathie, etc...
- Malaise vagal du nourrisson (à renvoyer en urgence vers le pédiatre, les urgences pédiatriques ou le SAMU). Mettre en position de sécurité.
- Nystagmus marqué et récidivant (latéral ou vertical) en cours de consultation (à renvoyer vers le pédiatre et le neurologue ou ophtalmologiste pédiatrique)
- Raideur de la nuque (avec ou sans vomissements, sans signe fébrile): Méningite virale possible, à renvoyer vers le pédiatre, les urgences pédiatriques ou le SAMU.
- Signe de la fosse postérieure chez l'enfant plus grand : vertiges, trouble de la statique, douleurs, etc. (à renvoyer en urgence vers le pédiatre et le neurologue ou ophtalmologiste pédiatrique)

- Tension marquée de la fontanelle bregmatique (bombée), peut être le signe d'une hydrocéphalie. Regarder s'il n'existe pas de signe du coucher de soleil (hernie du diencephale) et dysmorphie cranio-faciale
- Syndrome d'alcoolisme fœtal (dysmorphie cranio-faciale, volume cérébral réduit, retard de croissance, atteinte des organes sensoriels (vue, ouïe), malformations cardiaques et urogénitales, défenses immunitaires réduites...)

Orthopédiques

- Arrachement épiphysaire (suite à un accouchement dystocique)
- Ostéochondrite disséquante, Rhume de hanche
- Paralysie obstétricale du plexus brachial complète - signe de Claude-Bernard-Horner (avulsion des racines, rupture des racines)
- Scoliose ou Torticolis douloureux (pathologie sous-jacente possible : syringomyélie, tumeur osseuse ou des tissus mous menaçant la moelle-, ostéome-ostéome).

ORL

- Otites purulentes (à renvoyer vers le pédiatre et ORL)
- Torticolis de Grisel (à renvoyer vers le pédiatre et ORL)

ANNEXE B

Femmes enceintes, Contre-indications absolues ou relatives

Il existe des contre-indications, pendant la grossesse, la Version par Manœuvre Externe ou VME est une contre-indication majeure, les mobilisations des hanches en périnatalité demandent des précautions palpatoires particulières et des examens complémentaires, etc. Cette suite de contre-indications n'est pas exhaustive.

MAP Menace d'accouchement prématuré, épisode contractile +++ récent, perte du bouchon muqueux, fissure de la poche des eaux. À réorienter vers le gynécologue ou la maternité

Cholestase gravidique ^[3] : Prurits récents: Pas de contre-indications aux mobilisations mais il est impératif de demander une consultation pour bilan auprès de l'équipe obstétricale.

Grossesse gémellaire

Contre-indication ABSOLUE pour la monoamniotique-monochoriale: ne pas s'intéresser aux muscles proches de la poche utérine (risque de tricotage des cordons, jumeaux transfuseur-transfusé, MFIU mort

foetale in utero, pathologie foetale cardiaque, rénale,...)

Contre-indication ABSOLUE pour la biamniotique- monochoriale (jumeaux transfuseur-transfusé, MFIU mort foetale in utero, pathologie foetale cardiaque, rénale, ...)

Contre-indications relatives pour les autres grossesses gémellaires (risques : MAP, accouchement prématuré, maladie des membranes hyalines, à détresse respiratoire à la naissance, ...). Les consultations doivent se faire en accord, et avec un suivi et une collaboration avec l'équipe obstétricale.

Hématome rétro-placentaire : conséquence d'une HTA; si le tableau est complet : métrorragies, douleurs abdominales (coup de poignard) dans le fond utérin, abdomen dur (Ventre de bois) et très douloureux à la palpation... adresser en urgence à l'équipe obstétricale

Articulation coxo-fémorale douloureuse ^[5] avant toute mobilisation d'une hanche avoir au préalable une radiographie du bassin voire un arthroscanner pour vérifier qu'il n'existe pas d'algodystrophie de la hanche ou de micro fractures...

Pré-éclampsie ^[3] ou **toxémie gravidique**: Œdème des membres inférieurs avec dyspnée et/ou maux de tête, bourdonnements d'oreilles, douleurs abdominales, nausées, vomissements, myodésopsies (mouches volantes) : demander une consultation en urgence auprès de l'équipe obstétricale.

Toucher vaginal (TV) du col utérus ^[3] (risque d'accouchement prématuré, chorioamniotite, infection, etc.).

VME (Version par Manoeuvre Externe) doit être effectuée par un obstétricien ^[6] (avec vérification échographique et un monitoring de contrôle pour apprécier l'état foetal).

Si Syndrome de compression de la veine cave : ne pas coucher la femme enceinte sur le côté droit de la femme enceinte au cours d'une séance d'ostéopathie.

Femmes en post-partum et les mois suivants, Contre-indications

Articulation coxo-fémorale douloureuse ^[5] avant toute mobilisation d'une hanche, il faut avoir au préalable une radiographie du bassin voire un arthroscanner pour vérifier qu'il n'existe pas d'algodystrophie ou de microfractures....

Bibliographie

1. Lalauze-Pol R. D.O., Mendizabal H.M.D., Delarozière JC. M.D. Is there any relationship between impactions, overlapping, dysmorphisms of skull seams and some neurovegetative troubles or anomalies locomotion system. Unconventional medicine at beginning of third millennium. European Commission; Pavia 1998 Jun: 44.
2. Lalauze-Pol R. le crâne du nouveau-né, Sauramps-Médical Montpellier 2003:248-256
3. Le "cocon (brevet Salducci D.)" Service de Néonatalogie -Hôpital Nord Marseille
4. Lalauze-Pol R. Le crâne du nouveau-né. Montpellier, Sauramps-médical 2003: 6e partie
5. Lalauze-Pol R, Lambert S, Fellus P, Bennaceur S, Elmahed M. Importance of early treatment of postural plagiocephaly, a prevention of maxilla-facial dysmorphism. Rev Orthop Dento Facial 2007; 41:159-174.
6. Gonnet C. La hanche de la femme en perinatalité. In Lalauze-Pol R Le crâne du nouveau-né Montpellier Sauramps médical 2003 Tome 2 6è partie 976-978
7. Puch C. Doit-on faire une VME en ostéopathie. Lalauze-Pol R. Le crâne du nouveau-né. Montpellier, Sauramps-médical 2003: Tome 2, 6e partie:972-974.

Annexe 3 : Tableaux récapitulatifs de l'ensemble des résultats par sous groupes

Question 7 :

	Ostéopathes exclusifs	Kinésithérapeutes	Etudiants	Autres	Echantillon global
Médecin traitant	28	11	4	2	45 (27,3%)
Pédiatre	23	7	6	3	39 (23,6%)
Psychiatres, psychologues	0	1	0	2	3 (1,8%)
Sages-femmes de maternité	52	14	17	5	88 (53,3%)
Sages-femmes libérales	68	9	8	5	90 (54,5%)
Démarche personnelle parentale	94	22	20	5	141 (85,4%)
Total sous groupe	108	23	28	6	165 (100%)

Question 8 :

	Ostéopathes exclusifs	Kinesithérapeutes	Etudiants	Autres	Echantillon global
<5 %	27	3	8	1	39 (23,6%)
Entre 5 et 20%	62	11	19	1	93 (56,4%)
Entre 20 et 50%	18	4	1	3	26 (15,8%)
>50%	1	5	0	1	7 (4,2%)
Total sous groupe	108	23	28	6	165 (100%)

Question 9 :

	Ostéopathes exclusifs	Kinésithérapeutes	Etudiants	Autres	Echantillon global
0 à 4 semaines	16	5	1	2	24 (14,6%)
1 à 3 mois	79	14	22	3	118 (71,5%)
3 à 6 mois	12	4	5	1	22 (13,3%)
6 à 12 mois	1	0	0	0	1 (0,6%)
Total sous groupe	108	23	28	6	165 (100%)

Question 10 :

	Ostéopathes exclusifs	Kinesithérapeutes	Etudiants	Autres	Echantillon global
Une fois	2	0	0	1	3 (1,8%)
Deux fois	55	12	12	4	83 (50,3%)
Entre deux et cinq fois	51	11	16	1	79 (47,9%)
Supérieur à 5 fois	0	0	0	0	0 (0%)
Total sous groupe	108	23	28	6	165 (100%)

Question 11 :

Moins d'un mois après	60	10	15	3	88 (53,3%)
Entre un et trois mois après	44	12	13	3	72 (43,6%)
Plus de trois mois après	4	1	0	0	5 (3,1%)
Total sous groupe	108	23	28	6	165 (100%)

Question 12 :

	Ostéopathes exclusifs	Kinésithérapeutes	Etudiants	Autres	Echantillon global
Troubles digestifs	63	11	14	1	89 (54%)
Pleurs, irritabilité	8	1	1	1	11 (6,7%)
Troubles du sommeil	1	0	0	0	1 (0,6%)
Bilan post accouchement	16	3	2	2	23 (13,9%)
Plagiocéphalies	12	4	10	2	28 (17%)
Troubles tonico posturau	4	0	0	0	4 (2,4%)
Autres	4	4	1	0	9 (5,4%)
Total sous groupe	108	23	28	6	165 (100%)

Question 13 :

	Ostéopathes exclusifs	Kinésithérapeutes	Etudiants	Autres	Echantillon global
Tout à fait d'accord	63	13	16	5	97(58,8%)
Plutôt d'accord	42	8	10	1	61(37%)
Plutôt pas d'accord	3	1	2	0	6(3,6%)
Pas du tout d'accord	0	1	0	0	1(0,6%)
Total sous groupe	108	23	28	6	165 (100%)

Question 14 :

	Ostéopathes exclusifs	Kinésithérapeutes	Etudiants	Autres	Echantillon global
Oui toujours	76	18	13(46,4%)	6	113 (68,5%)
Oui en fonction du context	32	4	15(53,6%)	0	51 (30,9%)
Non	0	1	0	0	1 (0,6%)
Total sous groupe	108	23	28	6	165 (100%)

Question 15 :

		Ostéopathes exclusifs	Kinésithérapeutes	Etudiants	Autres	Echantillon global
a) Anamnèse	Toujours	53	8	9	6	76 (46,6%)
	Très souvent	31	6	10	0	47 (28,8%)
	Assez souvent	17	3	7	0	27 (16,6%)
	Parfois	5	2	1	0	8 (4,9%)
	Jamais	2	3	0	0	5 (3,1%)
	Total sous groupe	108	22	27		163 (100%)
b) Observation des interactions	Toujours	62	16	21	5	104 (63,8%)
	Très souvent	27	6	6	0	39 (23,9%)
	Assez souvent	9	0	1	0	10 (6,1%)
	Parfois	7	1	0	0	8 (5%)
	Jamais	2	0	0	0	2 (1,2%)
	Total sous groupe	107	23	28	5	163 (100%)
c) Questions posées à la mère sur son état psychique	Toujours	33	11	11	5	60 (36,4%)
	Très souvent	39	7	7	1	54 (32,7%)
	Assez souvent	16	4	8	0	28 (17%)
	Parfois	19	1	2	0	22 (13,3%)
	Jamais	1	0	0	0	1 (0,6%)
	Total sous groupe	108	23	28	6	165 (100%)
d) Impression subjective globale	Toujours	43	14	13	4	74 (45,4%)
	Très souvent	46	4	12	1	63 (38,6%)
	Assez souvent	11	3	2	1	17 (10,4%)
	Parfois	4	0	1	0	5 (3,1%)
	Jamais	3	1	0	0	4 (2,5%)
	Total sous groupe	107	22	28	6	165 (100%)

Question 16 :

	Ostéopathes exclusifs	Kinésithérapeutes	Etudiants	Autres	Echantillon global
Dysfonctions spécifiques repérées	60	14	12	5	91 (55,2%)
Pas de dysfonctions spécifiques repérées	48	9	16	1	74 (44,8%)
Total sous groupe	108	23	28	6	165 (100%)

Question 17 :

	Ostéopathes exclusifs N=108	Kinésithérapeutes N=23	Etudiants N=28	Autres N=6	Echantillon global N=165
Troubles digestifs	38	14	10	4	66 (40%)
Pleurs, irritabilité	78	14	18	3	113 (68,5%)
Troubles du sommeil	78	14	18	3	113 (68,5%)
Infections à répétition	20	3	3	0	26 (15,8%)
Troubles du tonus	22	4	2	3	31 (18,8%)
Retard psychomoteur	26	4	11	3	44 (26,7%)
Aucun	1	2	1	1	5 (3%)
Autres	5	2	0	0	7 (4,2%)

Question 18

	Ostéopathes exclusifs N=108	Kinésithérapeutes N=23	Etudiants N=28	Autres N=6	Echantillon global N=165
Rareté du sourire et des vocalises	45	12	13	3	73 (44,2%)
Détournement actif du regard	73	15	21	6	115 (69,7%)
Motricité faible et diminuée	31	4	3	3	41 (24,8%)
Agitation, pleurs	49	14	14	2	79 (47,9%)
Troubles du tonus	30	4	3	1	38 (23%)
Retard psychomoteur	31	4	13	1	49 (29,7%)
Mouvements stéréotypés	63	12	13	4	92 (55,8%)

Question 19 :

	Ostéopathes exclusifs N=108	Kinésithérapeutes N=23	Etudiants N=28	Autres N=6	Echantillon global N=165
Prématurité	16	4	6	2	28 (17%)
Accouchements traumatiques	58	12	13	4	87 (52,7%)
Malformations, maladie, handicap	10	3	4	1	18 (10,9%)
Carences de soins, maltraitance	87	18	24	6	135 (81,8%)
Pathologies psychiatriques parentales	82	12	21	5	120 (72,7%)
Addictions parentales	62	13	18	4	97 (58,8%)
Événements de vie à impact négatif de la période périnatale	93	20	25	4	142 (86,1%)

Question 20 :

	Ostéopathes exclusifs	Kinésithérapeutes	Etudiants	Autres	Echantillon global
Oui	82	18	23	5	128 (77,6%)
Non	26	5	5	1	37 (22,4%)
Total sous groupe	108	23	28	6	165 (100%)

Question 21 :

	Ostéopathes exclusifs	Kinésithérapeutes	Etudiants	Autres	Echantillon global
Inférieure à 20%	32	5	6	1	44 (26,7%)
Entre 20 et 40%	56	13	17	5	91 (55,1%)
Entre 40 et 60%	19	4	5	0	28 (17%)
Supérieure à 60%	1	1	0	0	2 (1,2%)
Total sous groupe	108	23	28	6	165 (100%)

Question 22 :

	Ostéopathes exclusifs N=108	Kinésithérapeutes N=23	Etudiants N=28	Autres N=6	Echantillon global N=165
Dévalorisation	94	19	27	4	144 (87,3%)
Sentiment d'épuisement	83	18	19	4	124 (75,1%)
Trouble de l'appétit	29	6	9	1	45 (27,3%)
Irritabilité	54	10	10	0	74 (44,8%)
Humeur changeante	18	2	0	0	20 (12,1%)
Plaintes physiques	42	9	10	2	63 (38,2%)
Craintes de faire mal au	17	6	10	2	35 (21,2%)
Troubles du sommeil	26	8	7	2	43 (26,1%)
Préoccupations anxieuses excessives pour le bébé	29	9	8	4	50 (30,3%)
Difficultés de séparation avec le bébé	19	6	6	1	32 (19,4%)
Intéactions	77	13	18	6	114 (69,1%)

Question 23 :

	Ostéopathes exclusifs	Kinésithérapeutes	Etudiants	Autres	Echantillon global
Tout a fait d'accord	48	9	17	4	78 (47,3%)
Plutôt d'accord	49	10	11	1	71 (43%)
Plutôt pas d'accord	11	4	0	1	16 (9,7%)
Total sous groupe	108	23	28	6	165(100%)

Question 24 :

	Ostéopathes exclusifs	Kinésithérapeutes	Etudiants	Autres	Echantillon global
Tout a fait d'accord	59	10	20	4	93 (56,4%)
Plutôt d'accord	46	12	8	2	68 (41,2%)
Plutôt pas d'accord	3	1	0	0	4 (2,4%)
Total sous groupe	108	23	28	6	165 (100%)

Question 25 :

	Ostéopathes exclusifs	Kinésithérapeutes	Etudiants	Autres
Oui	23	5	6	5
Non	85	18	22	1
Total sous groupe	108	23	28	6

Question 26 :

	Ostéopathes exclusifs	Kinésithérapeutes	Etudiants	Autres	Echantillon global
Oui	12	5	1	5	23 (13,9%)
Non	96	18	27	1	142 (86,1%)
Total sous groupe	108	23	28	6	165 (100%)

Question 27 :

	Ostéopathes exclusifs	Kinésithérapeutes	Etudiants	Autres	Echantillon global
Tout a fait fréquemment	13	3	1	1	18 (11%)
Plutôt fréquemment	41	10	12	4	67 (40,6%)
Plutôt pas fréquemment	47	10	14	1	72 (43,6%)
Pas du tout fréquemment	7	0	1	0	8 (4,8%)
Total sous groupe	108	23	28	6	165 (100%)

Question 28 :

	Ostéopathes exclusifs N=108	Kinésithérapeutes N=23	Etudiants N=28	Autres N=6	Echantillon global N=165
Ecoute, réassurance	100	14	22	6	142 (86,1%)
Autre Rendez-vous	31	5	8	3	47 (28,5%)
Contact médecin traitant	15	7	6	3	31 (18,8%)
Contact "psys" secteur	33	7	9	3	52 (31,5%)
Contact "psy" libéraux	39	5	11	2	57 (34,5%)
Autre	14	3	1	0	18 (10,9%)

Question 29 :

	Ostéopathes exclusifs	Kinésithérapeutes	Etudiants	Autres	Echantillon global
Oui	106	21	28	5	160 (97%)
Non	2	2	0	1	5 (3%)
Total sous groupe	108	23	28	6	165 (100%)

Question 30 :

	Ostéopathes exclusifs	Kinésithérapeutes	Etudiants	Autres	Echantillon global
Très satisfaisante	2	0	0	2	2 (2,4%)
Plutôt satisfaisante	10	4	5	1	20 (12,1%)
Plutôt insatisfaisante	40	7	9	1	57 (34,6%)
Très insatisfaisante	19	5	5	2	31 (18,8%)
Absente	37	7	9	0	53 (32,1%)
Total sous groupe	108	23	28	6	165 (100%)

Question 31 :

	Ostéopathes exclusifs	Kinésithérapeutes	Etudiants	Autres	Echantillon global
Tout à fait d'accord	64	11	15	4	94 (57%)
Plutôt d'accord	41	11	12	2	66 (40%)
Plutôt pas d'accord	3	1	0	0	4 (2,4%)
Pas du tout d'accord	0	0	1	0	1 (0,6%)
Total sous groupe	108	23	28	6	165 (100%)

Question 32 :

	Ostéopathes exclusifs	Kinésithérapeutes	Etudiants	Autres	Echantillon global
Oui	105	21	28	5	159 (96,4%)
Non	3	2	0	1	6 (3,6%)
Total sous groupe	108	23	28	6	165 (100%)

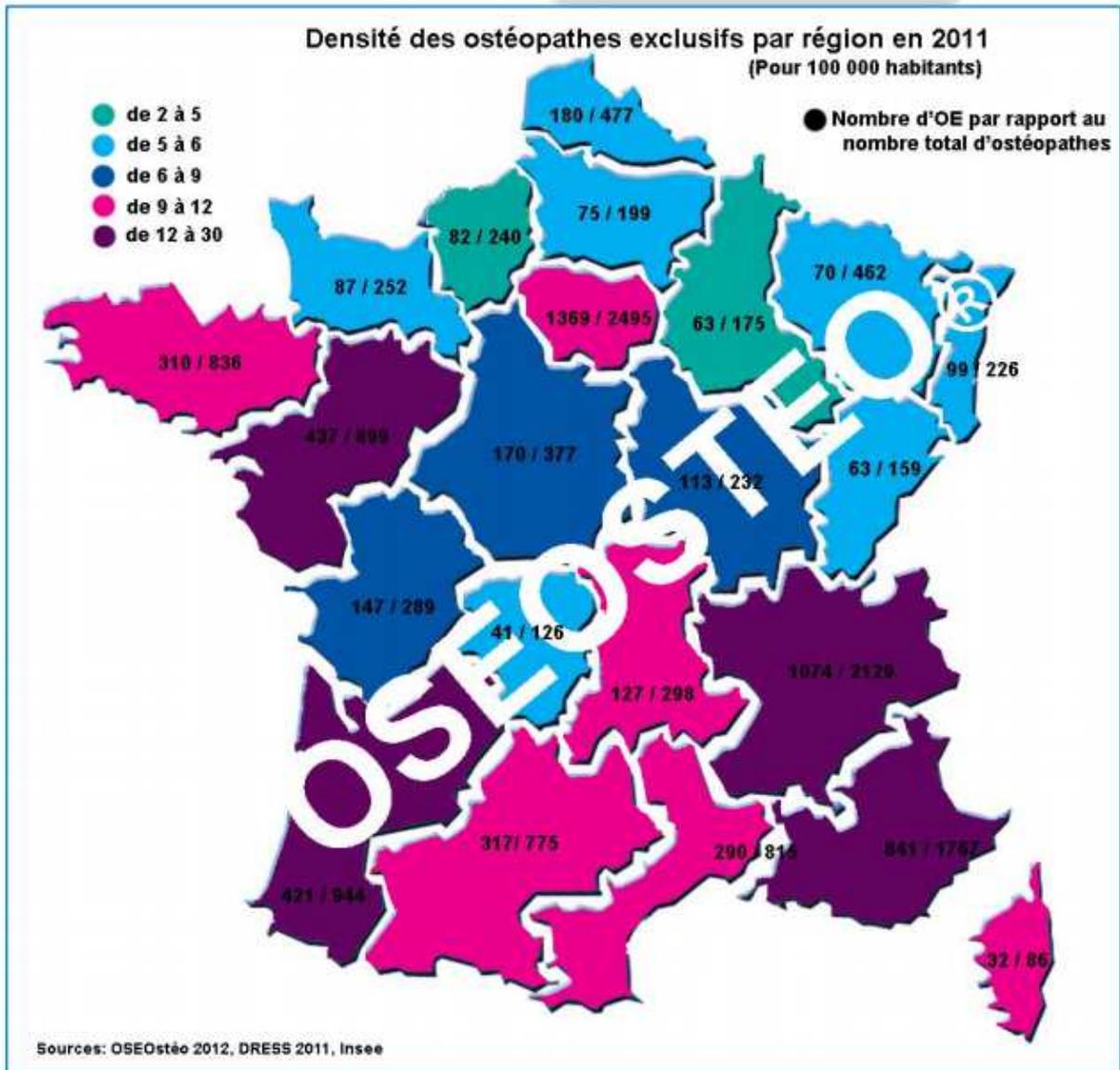
Question 33 :

	Ostéopathes exclusifs	Kinésithérapeutes	Etudiants	Autres	Echantillon global
Oui	105	22	28	6	161 (97,6%)
Non	3	1	0	0	4 (2,4%)
Total sous groupe	108	23	28	6	165 (100%)

Question 34 :

	Ostéopathes exclusifs N=108	Kinésithérapeutes N=23	Etudiants N=28	Autres N=6	Echantillon global N=165
Presse	35	7	12	3	57 (34,5%)
Formation initiale	52	6	19	2	79 (47,8%)
Formation continue	44	7	5	4	60 (36,4%)
Soirée d'information	75	18	16	3	112 (67,9%)

Annexe 4 : Densité des ostéopathes exclusifs au niveau national en 2011



AUTEUR : Nom : BERCEZ DUEZ Prénom : Anne-Sophie

Date de Soutenance : 7 OCTOBRE 2015

Titre de la Thèse : Représentations de la souffrance psychique et du réseau en périnatalité des ostéopathes. Enquête auprès de 165 praticiens et revue de la littérature

Thèse - Médecine - Lille 2015

Cadre de classement : Psychiatrie

DES + spécialité : DES Psychiatrie

Mots-clés : Périnatalité, souffrance psychique du bébé, dépression post natale, ostéopathie, réseau

Résumé :

Introduction

Durant ses premiers mois, le bébé exprime sa souffrance qu'elle soit physique ou psychique essentiellement à travers son corps. C'est aussi une période à risque de dépression post-natale chez les mères, avec des répercussions possibles sur l'état de santé du bébé. En pratique, la souffrance psychique en périnatalité n'est pas facile à repérer. De nos jours, de nombreux parents consultent un ostéopathe pour leur bébé mais nous n'avons pas pour habitude de communiquer avec ces praticiens. Les objectifs de ce travail ont été de déterminer les représentations de la souffrance psychique en périnatalité des ostéopathes et leurs liens avec les réseaux de soins psychiques dans ce domaine.

Méthodes

Une enquête épidémiologique, transversale, analytique, basée sur un questionnaire en ligne a été menée. Concernant le réseau, nous avons défini une variable « connaissance du réseau de soins psychiques en périnatalité ».

Résultats

Sur 165 questionnaires analysés, 95,8% des ostéopathes reconnaissent l'éventualité pour un bébé de souffrir psychologiquement. 99,4% sont attentifs à l'évaluation de la dimension psychosomatique et interactionnelle des troubles au cours de leurs consultations. 97,6% reconnaissent les liens possibles avec la dépression post-natale. La majorité des praticiens ostéopathes savent identifier les principaux signes évocateurs d'une souffrance psychique au sein d'une dyade maman-bébé, même si la prévalence de la dépression post-natale est surestimée par 73,3% d'entre eux. 51,6% des ostéopathes estiment être régulièrement confrontés à une situation où la dimension psychologique des troubles semble en jeu. Pourtant, seulement 10,9% des praticiens ont déjà entendu parler et savent comment interpeller le réseau de soins psychiques en périnatalité. Cette connaissance du réseau est significativement associée ($p < 0,05$), à un âge compris entre 35 et 50 ans, à un pourcentage croissant de bébés constituant la patientèle et au fait d'exercer l'ostéopathie en complémentarité d'une profession de santé.

Conclusion

Les ostéopathes tiennent compte de la dimension interactionnelle des troubles qu'un bébé peut présenter. Ils représentent des partenaires qu'il serait intéressant de mieux connaître pour améliorer le repérage de la souffrance psychique en périnatalité. Cependant, les liens entre ostéopathes et réseaux périnataux sont actuellement insuffisants et il serait important de réfléchir à la question du travail partenarial autour des familles.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Pierre THOMAS

Assesseurs : Monsieur le Professeur Frédéric GOTTRAND, Monsieur le Professeur Renaud JARDRI, Madame le Docteur Sophie DIAZ, Madame le Docteur Catharina SCHOEMAKER