

## Collection Mille et un bébés

dirigée par Patrick Ben Soussan

Des bébés en mouvements, des bébés naissant à la pensée, des bébés bien portés, bien-portants, compétents, des bébés malades, des bébés handicapés, des bébés morts, remplacés, des bébés violents, agressés, exilés, des bébés observés, des bébés d'ici ou d'ailleurs, carencés ou éveillés culturellement, des bébés placés, abandonnés, adoptés ou avec d'autres bébés, des bébés et leurs parents, les parents de leurs parents, dans tous ces liens transgénérationnels qui se tissent, des bébés et leur fratrie, des bébés imaginaires aux bébés merveilleux...

Voici les mille et un bébés que nous vous invitons à retrouver dans les ouvrages de cette collection, tout entière consacrée au bébé, dans sa famille et ses différents lieux d'accueil et de soins. Une collection ouverte à toutes les disciplines et à tous les courants de pensée, constituée de petits livres – dans leur pagination, leur taille et leur prix – qui ont de grandes ambitions : celle en tout cas de proposer des textes d'auteurs, reconnus ou à découvrir, écrits dans un langage clair et partageable, qui nous diront, à leur façon, singulière, ce monde magique et déroutant de la petite enfance et leur rencontre, unique, avec les tout-petits.

Mille et un bébés pour une collection qui, nous l'espérons, vous donnera envie de penser, de rêver, de chercher, de comprendre, d'aimer.

Retrouvez tous les titres parus sur  
[www.editions-eres.com](http://www.editions-eres.com)

*Les bébés à  
risque autistique*



# *Les bébés à risque autistique*

Sous la direction de  
Pierre Delion

avec :

Alain Beucher

André Bullinger

André Carel

Martine Charlery

Bernard Golse

François Kotras

François Lechertier

Marie-Françoise Livoir-Petersen

François Pouplard

*1001 BB - Drames et aléas de la vie des bébés*

The logo for Éditions érès features a stylized lowercase 'e' with a vertical bar through its center, followed by the lowercase letters 'rès'.

Conception de la couverture :  
Corinne Dreyfuss  
Réalisation :  
Anne Hébert

Version PDF © Éditions érès 2012  
ME - ISBNPDF : 978-2-7492-2750-4  
Première édition © Éditions érès 1998  
33 avenue Marcel-Dassault, 31500 Toulouse  
**[www.editions-eres.com](http://www.editions-eres.com)**

Aux termes du Code de la propriété intellectuelle, toute reproduction ou représentation, intégrale ou partielle de la présente publication, faite par quelque procédé que ce soit (reprographie, microfilmage, scannérisation, numérisation...) sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite et constitue une contrefaçon sanctionnée par les articles L 335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.

L'autorisation d'effectuer des reproductions par reprographie doit être obtenue auprès du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC), 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris, tél. : 01 44 07 47 70 / Fax : 01 46 34 67 19

# Table des matières

Avant-propos à la deuxième édition <i>Pierre Delion</i> .....	7
Le dépistage clinique précoce. Introduction à la deuxième édition <i>Pierre Delion</i> .....	9
Introduction à la première édition <i>Pierre Delion</i> .....	25
Du risque autistique au risque prédictif : dépistage précoce et prévention <i>Bernard Golse</i> .....	29
Les signes précoces de l'autisme et de l'évitement relationnel du nourrisson <i>André Carel</i> .....	45
Le dialogue sensorimoteur avec l'enfant : les particularités du bébé à risque autistique <i>André Bullinger</i> .....	65

Quand le partage émotionnel ne peut faciliter le développement du bébé <i>Marie-Françoise Livoir-Petersen</i> .....	79
Les bébés à risque autistique : l'exemple d'un dispositif départemental	
I. Prendre en compte les risques autistiques survenant chez les bébés <i>Pierre Delion, Alain Beucher, François Lechertier,     François Pouplard</i> .....	111
II. Maintenir la stratégie de la psychiatrie de secteur au service des bébés à risque autistique <i>Pierre Delion, Martine Charlery, François Kotras</i> .....	117
Bibliographie.....	129

Pierre Delion

## Avant-propos à la deuxième édition

Lorsque j'ai eu l'idée, il y a maintenant quelques années, de réunir les contributions de plusieurs collègues, devenus depuis des amis, autour de la question du bébé à risque autistique, c'était une nécessité clinique et éthique. Beaucoup de praticiens étaient en effet embarrassés par la difficile question de savoir quoi dire et quoi faire quand, au cours d'une consultation, apparaissaient des signes évocateurs d'autisme, surtout dès les deux premières années de la vie. Ce petit ouvrage a rendu quelques services dans cette perspective à tous ceux qui se préoccupent de telles questions, et Marie-Françoise Dubois-Sacrispeyre et Patrick Ben Soussan ont pensé qu'il était judicieux de le rééditer à toutes fins utiles. Aussi ai-je pensé que, en guise d'avant-propos, il serait sans doute important d'actualiser les connaissances en rapport avec ce sujet, car

---

*Pierre Delion, professeur de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, chef du service de pédopsychiatrie, CHU de Lille.*



si certaines d'entre elles ne varient pas beaucoup, en revanche, la manière de les observer, de les comprendre et de les prendre en compte peut avoir sur d'autres des effets non négligeables. C'est pourquoi, en m'appuyant sur un travail de synthèse que m'avait demandé Bianca Lechevallier, je vous « avant-propose » un récapitulatif introductif, mis au goût du jour.

Pierre Delion

# Le dépistage clinique précoce

## Introduction

### à la deuxième édition

Le dépistage précoce de l'autisme devient, depuis quelques années, une préoccupation constante des équipes chargées du soin des enfants porteurs de cette pathologie. Et la notion de « bébé à risque autistique » prend tout son sens dans cette problématique. La généralisation récente des Centres de Ressources Autisme (CRA), en France<sup>1</sup> donne une actualité concrète à ces nouvelles formes de prévention en santé mentale. Mais, si cette tendance constitue un véritable progrès en la matière, elle pose par ailleurs un certain nombre de problèmes éthiques en rapport avec l'annonce d'un diagnostic lors d'un dépistage précoce.

---

*Pierre Delion, professeur de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, chef du service de pédopsychiatrie, CHU de Lille.*

1. Circulaire interministérielle N°DGAS/DGS/DHOS/3C/2005/124 du 8 mars 2005 relative à la politique de prise en charge des personnes atteintes d'autisme et de troubles envahissants du développement.

Les classifications internationales des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent (CIM 10 et DSM-IV) retiennent l'âge de 30 mois pour affirmer le diagnostic d'autisme typique dans le cadre plus général des « troubles envahissants du développement <sup>2</sup> ». Et, donc, tout ce qui survient auparavant ne peut justifier un diagnostic d'autisme infantile *stricto sensu*. Si pour L. Kanner <sup>3</sup>, dans sa description *princeps* de l'autisme infantile, les deux signes cardinaux *aloneness* et *sameness* étaient présentés comme une sorte de double culte voué par l'enfant à la solitude et au « toujours pareil », accompagnés de plusieurs autres signes (troubles du langage, stéréotypies...), il insistait néanmoins sur la précocité de l'apparition de certains de ces signes chez des enfants présentant une pathologie encore méconnue à l'époque. R. Misès et coll. <sup>4</sup> reprendront dans la classification française la plupart de ces signes pour en faire la forme la plus précoce de « psychose infantile ».

Une révision récente a permis d'établir des corrélations précises entre la classification française et les classifications internationales, notamment en ce qui concerne l'autisme et les troubles envahissants du développement. Pour mémoire, dans les classifications internationales, trois grandes catégories de signes cliniques sont décrites.

---

2. American Psychiatric Association, *Mini DSM-IV, critères diagnostiques*, trad. J.-D. Guelfi, Paris, Masson, 2000, p. 58.

3. L. Kanner, « Autistic disturbances of affective contact », *Nervous Child*, 1943, 2, p. 217-250.

4. R. Misès, J. Fortineau, P. Jeammet, J.-L. Lang et coll. « Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent », *Psychiatr Enfance*, 1988, 31, p. 67-134.

Il s'agit d'abord des altérations qualitatives des interactions sociales avec une absence de réaction aux émotions d'autrui, un manque d'adaptation du comportement au contexte social, une faible utilisation des messages sociaux, une faible intégration des comportements de communication, sociaux et émotionnels, et un manque de réciprocité sociale et émotionnelle.

Puis, ce sont des altérations qualitatives de la communication avec un manque d'utilisation sociale des acquisitions langagières, des anomalies dans le domaine du jeu de faire-semblant ou du jeu d'imitation sociale, une faible synchronisation et un manque de réciprocité dans les échanges conversationnels, un manque de souplesse dans l'expression verbale, un manque relatif de créativité et de fantaisie dans les processus de pensée, un manque de réaction émotionnelle aux sollicitations verbales et non verbales d'autres personnes, une utilisation déficiente des variations de rythme et d'accentuation pour traduire les modulations de la communication, et un manque de gestes d'accompagnement pour accentuer et faciliter la compréhension de la communication parlée. Enfin, le caractère restreint, répétitif et stéréotypé du comportement, des intérêts et des activités. Ce peut être soit une préoccupation circonscrite à un ou plusieurs centres d'intérêt stéréotypés et restreints, anormale dans son intensité ou dans son orientation, soit une adhésion inflexible à des habitudes ou à des rituels spécifiques et non fonctionnels, soit des maniérismes moteurs stéréotypés et répétitifs, soit enfin des préoccupations persistantes pour certaines parties des objets.

Si, parfois, nous sommes amenés à rencontrer des enfants présentant un tableau d'autisme presque complet avant cet âge canonique, il nous revient de rester prudents dans l'annonce

d'un tel diagnostic avant cet âge requis. Car il est possible, sinon fréquent, de rencontrer des bébés et des jeunes enfants présentant quelques-uns des signes du tableau complet, et devant une telle situation clinique, il n'est pas facile d'écarter une évolution problématique dans le développement de l'enfant, qui pourra se résoudre soit spontanément, soit par l'accueil et le soin de cette souffrance psychique qui, dépistée tôt, peut devenir potentiellement réorganisatrice.

Dans d'autres cas, plus préoccupants, ce sont de véritables syndromes dépressifs précoces, des états de carence affective qualitative ou mixte, des troubles sensoriels surtout auditifs ou des retards mentaux en rapport avec une atteinte cérébrale, qui se présenteront sous la forme d'un syndrome autistique précoce. Dans de tels cas, outre l'importance de le dépister tôt pour aider l'enfant qui en est porteur, il peut être prudent de parler, en fonction des signes cliniques présentés, de « syndrome d'évitement relationnel <sup>5</sup> », de « bébé à risque autistique », voire de « réaction de retrait <sup>6</sup> », afin de ne pas figer les processus développementaux dans une annonce diagnostique intempestive. Nous avons tous des exemples de jeunes enfants se présentant avec un tableau quasiment complet d'autisme et qui, en fait, traversaient un grave état dépressif. Nous pouvons difficilement mesurer l'impact qu'aurait eu

---

5. A. Carel, « Les signes précoces de l'autisme et de l'évitement relationnel du nourrisson », dans *Les Bébés à risque autistique*, Toulouse, érès, 1998, p. 27-46.

6. A. Guédény, « Dépression et retrait relationnel chez le jeune enfant : analyse critique de la littérature et propositions », *Psychiatr Enfance*, 1999, 42, p. 299-331.

l'annonce d'un diagnostic d'autisme sur l'évolution de ces très jeunes enfants, mais nous voyons, tous les jours, les effets néfastes de prédictions assénées à tort.

Nous allons donc envisager la question du dépistage clinique précoce sous quatre angles complémentaires : à quel âge ? Sur quels signes ? Avec quels outils ? Et pour quoi faire ?

## Dépistage clinique précoce

### À quel âge ?

Dès que l'on parle de dépistage précoce, de quel âge parle-t-on alors ? Et, avant de répondre à cette première question, je voudrais insister sur un point fondamental : quel que soit l'âge de survenue des troubles, si les parents évoquent cette impression de « quelque chose qui ne se développe pas bien chez leur enfant », il convient désormais de tenir le plus grand compte de cette inquiétude. Beaucoup d'entre eux ont maintenant intégré l'idée que le bébé dispose, dès sa naissance, de compétences, notamment celle d'entrer aisément dans la danse interactive avec celui qui s'occupe quotidiennement de lui. Et ces parents peuvent remarquer chez leur enfant des signes inquiétants dès les premiers mois de sa vie avec une indifférence, une absence de contact, une pauvreté des mimiques et, quelquefois même, la présence de stéréotypies. D'autres parents disent avoir observé jusqu'à l'âge de 12 à 18 mois un développement normal, puis avoir assisté à un arrêt plus ou moins brutal de ce développement et à une régression de leur enfant.

Une méta-analyse<sup>7</sup> portant sur 1 512 patients<sup>8</sup> a retrouvé un début des troubles situé par les parents pour 38 % en fin de première année, 41 % lors de la deuxième année et 16 % entre 2 et 3 ans. Les 5 % d'enfants restants présentent leurs troubles après l'âge de 3 ans.

Devant de tels résultats, des chercheurs ont analysé des films et des enregistrements vidéoscopiques familiaux pour retrouver des signes évocateurs survenus chez le bébé et qui auraient échappé à l'attention consciente des parents. H.N. Massie<sup>9</sup>, P. Mazet<sup>10</sup>, J.-L. Adrien et coll.<sup>11</sup>, J. Malvy et coll.<sup>12</sup>, G.T. Baranek<sup>13</sup>, S. Maestro et coll.<sup>14</sup>, notamment,

7. Rapportée par C. Bursztejn, *Carnetspsy*, dossier hors série, 12.

8. S.J. Rogers, D.L. DiLalla, « Age of symptom onset in young children with pervasive developmental disorders », *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1990, 29, p. 863-872.

9. H.N. Massie, « The early natural history of childhood psychosis. Ten cases studied by analysis of family home movies of the infancies of the children », *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1978, 17, p. 29-45.

10. P. Mazet, « Dysfonctionnements interactifs précoces et évolution autistique ultérieure », dans P. Mazet, S. Lebovici, *Autisme et psychoses de l'enfant*, Paris, PUF, 1990, p. 176.

11. J.-L. Adrien, C. Barthelemy, A. Perrot, S. Roux et coll. « Validity and reliability of the infant behavioral summarized evaluation (IBSE) : a rating scale for the assessment of young children with autism and developmental disorders », *J Autism Dev Disord*, 1992, 22, p. 375-394.

12. J. Malvy, P. Roubly, C. Receveur, D. Sauvage, « Histoire naturelle de l'autisme infantile », *Encéphale*, 1997, 23, p. 28-33.

13. Cité par S. Maestro S et coll., « Les films familiaux » dans *Autisme, état des lieux et horizons*, *Carnetspsy*, dossier, 2002, p. 21-2.

14. S. Maestro, F. Muratori, « Development of a research project on autism : the first two years of life studied through the homemovies », *Bulletin du groupe WALMH francophone*, 1999, 6, p. 10-15.

ont ainsi exploré ces signes très précoces. Ils retrouvent des différences significatives dès la première année et la deuxième année, mais surtout confirment l'existence de plusieurs modes évolutifs initiaux. S. Maestro et coll. décrivent trois modalités de début des troubles : soit un début progressif dès le deuxième trimestre, soit avec des signes régressifs vers 18 mois, soit, entre 6 et 18 mois, avec des alternances d'interactions normales et de moments de style autistique.

### Sur quels signes ?

Nous voyons ainsi que différents scénarios de début sont possibles en fonction de l'âge du jeune enfant. Mais examinons maintenant les signes cliniques qu'ils peuvent présenter. L. Kanner<sup>15</sup> – nous l'avons signalé – avait déjà décrit, à partir des onze enfants de sa première publication, des signes précoces d'autisme infantile : un défaut d'ajustement postural et d'attitude anticipatrice, des troubles des conduites alimentaires et du comportement, un retrait et une indifférence au monde extérieur quelquefois très précoces. L'ajustement postural est l'adaptation posturo-tonique dans un « confort » réciproque, du bébé à celui qui le porte, et vice versa ; cet état est perceptible à partir de 4 mois environ. Le futur enfant autiste est décrit par ses parents dans ces cas-là soit, assez rarement, comme une « planche » (hypertonie), soit, plus souvent, comme une « poupée de son » (hypotonie). L'attitude anticipatrice, elle, s'observe habituellement lorsque le bébé de 4 mois environ tend ses bras vers celui qui se penche vers lui,

---

15. L. Kanner, *op. cit.*



montrant ainsi qu'il a inscrit en lui les premières représentations motrices et psychomotrices des rythmes de sa vie quotidienne interactive. Les troubles alimentaires peuvent se manifester par des difficultés à téter, des vomissements et, quelquefois, une anorexie très précoce. Les troubles du comportement peuvent se présenter sous la forme d'une inactivité, d'un ralentissement et de comportements stéréotypés.

D. Houzel<sup>16</sup> et M.-C. Abgrall<sup>17</sup> avaient proposé une synthèse qui a été très longtemps utile aux praticiens intéressés par la question du dépistage précoce : sagesse particulière, retrait et indifférence aux personnes et aux choses, non-apparition des organisateurs de Spitz, troubles tonico-posturo-moteurs (défaut d'ajustement postural, d'attitude anticipatrice, stéréotypies, retards à la position assise, à la marche), troubles de l'audition, du regard, troubles des conduites alimentaires (difficultés à téter, vomissements, anorexies précoces), troubles du sommeil. Lorsque ces signes sont effectivement retrouvés, s'ils doivent attirer notre attention, ils restent malgré tout difficiles à différencier des manifestations d'autres états pathologiques du très jeune enfant : dépression du bébé et carences affectives, troubles sensoriels de l'audition et du regard, autres atteintes physiques avec signes autistiques (métaboliques, génétiques, neurologiques...).

---

16. D. Houzel, « Psychodynamique et traitement précoce de l'autisme infantile », dans *L'aube de la vie psychique*, Paris, ESF, 2002, p. 268.

17. M.C. Abgrall, *Signes précoces de psychotisation chez l'enfant*, mémoire de CES de psychiatrie, sous la direction de D. Houzel, Brest, 1978.

Une récente recension de A. Baghdadli<sup>18</sup> propose aux pédiatres, en conformité avec les classifications internationales des troubles envahissants du développement, des signes requérant leur attention aux trois niveaux des sphères communicationnelles, sociales et comportementales, chez un enfant venant consulter pour des troubles inquiétant les parents :

– *au niveau de la communication* : un retard de langage ou la perte de mots acquis, l'absence de réponse à son nom, un enfant qui ne peut pas dire ce qu'il veut, l'absence de réponse aux ordres, un enfant qui semble sourd par moments, un enfant qui ne pointe pas et ne fait pas « au revoir » ;

– *au niveau de la socialisation* : l'absence de sourire social, peu de contact oculaire, un enfant qui semble préférer jouer seul et reste dans son monde, un enfant qui ignore ses parents et ne porte pas d'intérêt aux autres enfants ;

– *au niveau du comportement* : colères, oppositions, hyperactivité, attachement inhabituel à des objets, un enfant qui ne sait pas utiliser les jouets, un enfant qui reste fixé sur certaines choses de manière répétitive, un enfant qui marche sur la pointe des pieds ou effectue des mouvements bizarres.

On peut retenir, en bref, les éléments suivants : l'absence de babillage ou de gestes sociaux conventionnels (au revoir, pointer...) à 12 mois, l'absence de mots à 16 mois, l'absence d'association de mots à 24 mois, toute perte de langage ou de compétences sociales quel que soit l'âge de l'enfant.

Dans cette description, l'auteur insiste sur un cas particulier, l'autisme de haut niveau ou syndrome d'Asperger : ce

---

18. A. Baghdadli, *Le pédiatre*, n° 212, cahier FMC, janvier-février 2006, p. 1-11.

diagnostic est généralement posé tardivement, à l'âge scolaire, en moyenne vers l'âge de 10 ans, alors que les parents s'inquiètent depuis que leur enfant a 3 ans. Cette situation est due au fait que ces enfants n'ont ni retard de langage ni retard mental, mais ont souvent une hyperlexie, des troubles du contact avec les pairs et des difficultés psychomotrices.

Pour ma part, je trouve que Didier Houzel<sup>19</sup> a proposé récemment une bonne récapitulation des différentes découvertes successives. Il a regroupé l'ensemble des signes précoces dans les dix catégories suivantes :

- troubles des conduites sociales non linguistiques : défaut d'attitude anticipatrice (Kanner), défaut d'ajustement postural (Kanner), aversion pour le contact corporel, défaut d'attention conjointe (Baron-Cohen), défaut de jeu de « faire-semblant » (Baron-Cohen), défaut de pointage (Baron-Cohen) ;
- troubles du prélangage : défaut de lallation (Rutter), babillage monotone (Ricks), vocalisation idiosyncrasique (Ricks) ;
- retard et anomalies du développement psychomoteur : hypotonie, dystonie, mauvais contrôle postural, perte temporaire des acquisitions ;
- absence des organisateurs de Spitz : absence ou rareté du sourire au visage humain, absence d'angoisse devant le visage non familial ;

---

19. D. Houzel, « Les signes précoces et leur signification psychopathologique », dans *Autisme, état des lieux et horizons, Carnetpsy*, dossier, 2003, p. 32-34.

- troubles des conduites perceptives : défaut du contact œil à œil, évitement actif du regard, fascination par les mains, impression de surdité, réactions paradoxales aux bruits ;
- troubles du comportement : retrait, indifférence au monde extérieur (Kanner), absence d'intérêt pour les jouets, inactivité, ralentissement (Kanner), comportements répétitifs (Kanner), mouvements stéréotypés, maniements étranges des objets (objets autistiques de F. Tustin), cris, colères, auto-agressivité ;
- troubles fonctionnels : difficulté à téter, vomissements, anorexie très précoce (Kanner), mérycisme (Sauvage), insomnies agitées ou calmes (Soulé et Kreisler) ;
- phobies précoces des bruits ménagers ;
- conduites d'agrippement <sup>20</sup> (Bick) ;
- conduites de démantèlement <sup>21</sup> (Meltzer).

Qu'il me soit permis d'ajouter plusieurs éléments à ce tableau déjà très complet : le manque de variation dans les

---

20. Une conduite d'agrippement est une des défenses contre les angoisses archaïques qui perpétuent, sur le plan psychique, la fonction des réflexes archaïques type *grasping* observés chez le bébé au tout début de la vie. Le concept vient de l'éthologue et psychanalyste hongrois Imre Hermann (1936), collègue et ami de Ferenczi. Bowlby s'est appuyé sur ces travaux pour développer la théorie de l'attachement et Esther Bick en a notamment extrait la notion d'identité adhésive.

21. Le concept de démantèlement a été proposé par D. Meltzer en 1975 (*Explorations dans le monde de l'autisme*, Payot) à partir de ses travaux sur l'autisme. Le démantèlement est un mécanisme psychique passif coïncidant avec une suspension de l'attention qui a pour effet de réduire l'expérience de l'enfant à une somme de sensations juxtaposées, à l'opposé du mantèlement favorisé par les moments d'attraction consensuelles maximales.

PARMI LES TITRES DÉJÀ PARUS  
dans la rubrique « Drames et aléas de la vie des bébés »  
de la collection « 1001 BB »

Sous la direction de Pierre Delion, Sylvain Missonnier et Nathalie Presme

*Handicap et périnatalité*

*État des lieux*

Sous la direction de Didier Cohen-Salmon

*Le jeune enfant, ses professionnels et la douleur*

Marie Garrigue Abgrall

*Violences en petite enfance, pour une prévention opportune*

Sous la direction de Claude Boukobza

*Les écueils de la relation précoce mère-bébé*

*Prise en charge en unité d'accueil mères-enfants*

L'Escabelle

Textes réunis par Christian Robineau

*Surprenante violence dans la nursery*

Sous la direction de Alain Debourg

*Dans mon berceau... il y a des cactus*

*De la souffrance du fœtus à la souffrance du bébé*

Chantal Zaouche-Gaudron

*Les conditions de vie défavorisées influent-elles sur le développement des jeunes enfants ?*

Joël Clerget

*Bébé est mort*

Sous la direction de Pierre Delion

*L'observation du bébé selon Esther Bick*

Sous la direction de Alain Debourg

*Séparation précoce : rapt, échec ou soin ?*

Sous la direction de Pierre Delion, Bernard Golse

*Bébés agressifs, bébés agressés*

L'Escabelle, Christian Robineau  
*Signes de souffrance en périnatalité*

Patrick Ben Soussan, Dominique Leyronnas, Catherine Vanier, Michèle Vial  
*Soigner*

André Dugnat, Michel Dugnat, Joëlle Lalanne, Sophie Marinopoulos,  
Joëlle Rochette  
*Des bébés exposés*

Stéphane Albry, Patrick Ben Soussan, Sylvain Missonnier,  
Danielle Rapoport, Jean-Claude Risse  
*Un bébé est battu*

Patrick Ben Soussan, Simone Korff-Sausse, Jean-René Nelson,  
Michèle Vial-Courmont  
*Naitre différent*

Retrouvez tous les titres parus sur  
[www.editions-eres.com](http://www.editions-eres.com)